



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ρόλος της πνευματικότητας στην ψυχοσωματική ποιότητα ζωής των ατόμων της ύστερης ενήλικης ζωής στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας»

Αγγελική Μουτσιούλη
ΤΕ Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Γκούβα Μαίρη, Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Παν/μιο Ιωαννίνων

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Μαλλιαρού Μαρία, Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Επαγγελματικής Υγείας, Παν/μιο Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: Μάλλη Φωτεινή, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας-Φροντίδα Καρδιοαναπνευστικού Ασθενή, Παν/μιο Θεσσαλίας

Λάρισα, 2023

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**“The role of spirituality in the psychosomatic quality of life
of people in late adulthood in the context of Primary Health
Care”**

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	3
1. ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	3
1.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	3
1.2 Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	5
1.3 ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ - ΜΙΑ ΓΕΝΙΚΗ Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ.....	8
2. ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	11
2.1 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟΣ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ	11
2.2.1 Πνευματικότητα και Ποιότητα Ζωής σε Ενήλικες Μεγαλύτερης Ηλικίας.....	13
2.2.2 Πνευματικότητα, Κοινωνική Υποστήριξη και Ποιότητα Ζωής σε Ηλικιωμένους.....	15
2.2.3 Πνευματικότητα και Ψυχική Υγεία στους Ηλικιωμένους	16
2.2.4 Κοινωνική Συνδεσιμότητα, Πνευματικότητα, Ποιότητα Ζωής και Αίσθημα Απελπισίας μεταξύ των Ηλικιωμένων.....	18
2.2.5 Η πνευματικότητα και η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους: Ο μεσολαβητικός ρόλος της αυτοσυμπόνιας και της αίσθησης συνοχής.....	20
2.3 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΚΕΝΟ.....	21
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	22
1. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ/METHODS	22
1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ	22
1.2 ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΕΙΓΜΑΤΟΛΗΨΙΑ.....	22
1.3 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	23
2. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	25
2.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	25
2.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	25
2.1.2 Περιγραφικά Στοιχεία Κλιμάκων.....	31
2.1.3 Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων.....	32
2.2 ΕΠΑΓΩΓΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ – ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ	33
2.2.1 Συσχέτιση Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής	33
2.2.2 Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής.....	34
2.2.3 Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Πνευματικότητας.....	36
2.2.4 Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής.....	39
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	46
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	50
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	58

Περιεχόμενα Πινάκων/Διαγραμμάτων

Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά.....	26
Πίνακας 2: Περιγραφικά Στοιχεία Κλιμάκων.....	32
Πίνακας 3: Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων	33
Πίνακας 4: Συσχετίσεις μεταξύ Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής	33
Πίνακας 5: Συσχετίσεις μεταξύ Παραγόντων Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής	34
Πίνακας 6: Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Πνευματικότητας	36
Πίνακας 7: Επίδραση των Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στο Σύνολο της Πνευματικότητας	38
Πίνακας 8: Επίδραση των Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής (1/2)	41
Πίνακας 9: Επίδραση των Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής (2/2)	42
Πίνακας 10: Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στα Σύνολα Ποιότητας Ζωής.....	44
Διάγραμμα 1: Φύλο.....	27
Διάγραμμα 2: Ηλικία.....	27
Διάγραμμα 3: Οικογενειακή Κατάσταση	28
Διάγραμμα 4: Τόπος Καταγωγής	28
Διάγραμμα 5: Εκπαιδευτικό Επίπεδο	28
Διάγραμμα 6: Διαμονή	29
Διάγραμμα 7: Σύνταξη	29
Διάγραμμα 8: Εργασία για χρήματα	29
Διάγραμμα 9: Αδέρφια	30
Διάγραμμα 10: Παιδιά.....	30

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία και φτάνοντας στο τέλος του όμορφου και εποικοδομητικού ταξιδιού του μεταπτυχιακού της Ιατρικής Σχολής Θεσσαλίας, με τίτλο Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, θα ήθελα να ευχαριστήσω πρώτα από όλα τους καθηγητές για τις γνώσεις που μου μεταλαμπάδευσαν αυτά τα δύο χρόνια, με αποτέλεσμα να ανοίξω τους ορίζοντες μου και να μπορώ να προσφέρω περισσότερα στην εργασία μου.

Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτρια δρ. Γκούβα Μαίρη του τμ. Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, για όλη την υποστήριξη και την καθοδήγηση που μου προσέφερε, δίνοντας μου χρήσιμες συμβουλές για τη διεκπεραίωση της διπλωματικής εργασίας.

Οφείλω επίσης ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους όσους συνέβαλαν πρακτικά, για τη συλλογή δεδομένων μέσω των ερωτηματολογίων, έτσι ώστε να γίνει εφικτή η πραγματοποίηση της έρευνας.

Τέλος, να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου για την αμέριστη συμπαράσταση και το ενδιαφέρον, από οικογενειακά πρόσωπα και φίλους σε όλο το διάστημα των σπουδών.

Μουτσιούλη Αγγελική

Περίληψη

Εισαγωγή: Η πνευματικότητα έχει διερευνηθεί από διάφορους επιστημονικούς κλάδους κατά την τελευταία δεκαετία και φέρεται να συσχετίζεται με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής ιδίως στους ηλικιωμένους.

Σκοπός: Σκοπό της παρούσας διπλωματικής διατριβής αποτελεί η διερεύνηση της πνευματικότητας στα ηλικιωμένα άτομα και ειδικότερα η σχέση της με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε ποσοτική έρευνα με τη χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς το οποίο περιελάμβανε την κλίμακα Ποιότητας Ζωής SF-36 και την κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας (5pREUK-SF-10). Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ηλικιωμένων 60 ετών και άνω. Η επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS-23 και τις μεθόδους της περιγραφικής και επαγωγικής ανάλυσης.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα οι ηλικιωμένοι καταγράφουν χαμηλά επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, ζωτικότητας και συνόλου φυσικής υγείας ενώ σε καλά επίπεδα αποτυπώνεται ο συναισθηματικός ρόλος και η γενική υγεία. Σχετικά με την συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την πνευματικότητα των ηλικιωμένων προέκυψαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων, μεταξύ αυτών όσο υψηλότερα επίπεδα σωματικού ρόλου καταγράφουν οι ηλικιωμένοι τόσο υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς κάτι ανώτερο εμφανίζουν. Τέλος, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων του δείγματος φαίνεται επίσης να επιδρούν στα επίπεδα ποιότητας ζωής και πνευματικότητας με την ύπαρξη των αδερφών και τη διαμονή μαζί τους να διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα υποδηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν στρατηγικές που μπορούν να βελτιώσουν την πνευματική ευεξία και να αναπτυχθεί μια ολιστική παρέμβαση.

Λέξεις – κλειδιά: ηλικιωμένοι, ποιότητα ζωής, πνευματικότητα/θρησκευτικότητα, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγεία.

Abstract

Introduction: Spirituality has been investigated by various scientific disciplines over the last decade and is reported to be related to levels of quality of life especially in the elderly.

Purpose: The purpose of this diploma thesis is the investigation of spirituality in elderly people and in particular its relationship with the psychosomatic quality of life of this particular age group.

Methodology: Quantitative research was conducted using a self-report questionnaire that included the SF-36 Quality of Life scale and the Spirituality and Religiousness scale (5pREUK-SF-10). The research was carried out on a sample of elderly people aged 60 and over. The data was processed with the SPSS-23 statistical program and descriptive and inductive analysis methods.

Results: According to the findings, the elderly register low levels of physical functionality, physical role, vitality and overall physical health, while emotional role and general health are recorded at good levels. Regarding the correlation of the quality of life with the spirituality of the elderly, positive correlations emerged between the factors, among them the higher levels of physical role recorded by the elderly, the higher levels of trust in something higher they show. Finally, the personal characteristics of the elderly in the sample also seem to influence the levels of quality of life and spirituality with the existence of siblings and living with them playing an important role.

Conclusions: The findings suggest that there is a need to develop and implement strategies that can improve mental well-being and develop a holistic intervention.

Keywords: elderly, quality of life, spirituality/religiousness, Primary Health Care.

Εισαγωγή

Η έννοια της πνευματικότητας αφορά στον βαθμό τον οποίο ένα άτομο αναγνωρίζει την πνευματική του φύση και διαμορφώνει τρόπους ελεύθερης έκφρασης της κατά τη διάρκεια της υλικής ζωής. Έχει σαν απαραίτητη προϋπόθεση την ανοιχτή στάση απέναντι στα πνευματικά κηρύγματα των θρησκειών και των σχολών σκέψης και όχι τη δογματική απόρριψη όλων όσων δεν προέρχονται από τη θρησκευτική προτίμηση του. Μορφοποιεί την οντολογική και υπαρξιακή διάσταση του ανθρώπου, που απορρέει από την ανάγκη για ολοκλήρωση και αναζήτηση νοήματος και σκοπού της ανθρώπινης ύπαρξης (Milleretal., 2012).

Ο όρος της πνευματικότητας εκφράζεται εξατομικευμένα, ως δυναμική και εξελισσόμενη διαδικασία, η οποία επιδρά καθοριστικά στις διαχρονικές μεταβολές της προσωπικότητας σε όλες τις φάσεις και τις εκφάνσεις της ζωής. Η πνευματικότητα συνδέει μέσω της εσωτερικής εμπειρίας το υπερβατικό με την πραγματικότητα σε ένα υψηλότερο επίπεδο συνείδησης, παρέχοντας έτσι στο άτομο τη δυνατότητα να σχετίζεται με τους άλλους και το περιβάλλον του. Η πνευματικότητα δεν ταυτίζεται απαραίτητα με τη θρησκευτικότητα (Balbonieta1., 2013).

Η πνευματικότητα έχει άμεση σχέση με τις δύσκολες στιγμές, ακριβώς επειδή όταν ένας άνθρωπος βιώνει μια δύσκολη κατάσταση επικαλείται τις αξίες που συνδέονται με την πνευματικότητα (Pike, 2011). Η ικανοποίηση από τη ζωή και η ελπίδα είναι σημαντικά χαρακτηριστικά στα ηλικιωμένα άτομα. Η πνευματική ευεξία θεωρείται ότι επηρεάζει την ικανοποίηση από τη ζωή και την ελπίδα στους ηλικιωμένους (Ozdemir, KavakBuda, Dural&Gültekin, 2022).

Σήμερα, λόγω του αυξανόμενου ρυθμού ανάπτυξης των ηλικιωμένων είναι πιο απαραίτητο να διατηρηθεί και να βελτιωθεί η υγεία και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ως ευάλωτη δημογραφική ομάδα. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η πνευματική υγεία, η κοινωνική υποστήριξη, η ανθεκτικότητα και η ελπίδα μπορεί να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό. Αυτά τα αποτελέσματα συμβάλλουν στη θεωρητική γνώση για το πώς η κοινωνική υποστήριξη και η πνευματική υγεία επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (YousefiAfrashteh&Moradi, 2022).

Τα ευρήματα τελευταίων μελετών υποδηλώνουν ότι υπάρχει ανάγκη να αναπτυχθούν και να εφαρμοστούν στρατηγικές που μπορούν να βελτιώσουν την πνευματική ευεξία και να αναπτυχθεί μια ολιστική παρέμβαση που να λαμβάνει υπόψη την κατάθλιψη και τις συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, όπως η πνευματικότητα, κατά περίπτωση, για τη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας σε ηλικιωμένους (Ja & Pok-Ja, 2022).

Η παρούσα διπλωματική διατριβή αφορά στη διερεύνηση της πνευματικότητας των ατόμων στην ύστερη ενήλικη ζωή και συγκεκριμένα εξετάζεται η σχέση της με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Η εργασία χωρίζεται σε δύο ενότητες, το θεωρητικό μέρος και την έρευνα πεδίου. Στην πρώτη ενότητα πραγματοποιείται ανασκόπηση της υπάρχουσας διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας, με την αποτύπωση επιστημονικών δημοσιεύσεων και μόνο. Η ανασκόπηση εφαρμόστηκε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed, Cinahl, ScienceDirect, GoogleScholar καθώς και ευρέως στο διαδίκτυο με τη χρήση των λέξεων – κλειδιά: ηλικιωμένοι (elderly), πνευματικότητα (spirituality), ποιότητα ζωής (quality of life), ψυχική υγεία (mental health), Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Primary Health Care).

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Εννοιολογικός Προσδιορισμός Πνευματικότητας

1.1. Ορισμός της Πνευματικότητας

Η πνευματικότητα είναι πολύπλευρη και ολιστική. Αναφέρεται σε εμπειρίες, γνώσεις (πιστεύω, στάσεις), συναισθήματα, κοσμοθεωρίες και τρόπους ζωής των ατόμων. Ως μια μυστηριώδης και άπιαστη διαδικασία, είναι δύσκολο να αποτυπωθεί με λέξεις, και οι μελετητές έχουν δώσει μια σειρά από διαφορετικούς ορισμούς. Η πνευματικότητα αποτελεί μια σύνθετη έννοια η οποία περιλαμβάνει ολόκληρο τον άνθρωπο. Η πνευματικότητα ξεπερνάει τη θρησκευτικότητα των ατόμων. Η υπέρβαση της θρησκείας ήταν ζωτικής σημασίας για την κατανόηση της πνευματικότητας. Ιστορικά, η θρησκεία δίχαζε τα άτομα, ενώ η πνευματικότητα περιλάμβανε ευρείες ιδέες και εξατομικευμένα στοιχεία που ξεπερνούσαν τα εμπόδια της θρησκείας. Η πνευματικότητα περιλαμβάνει ένα ευρύ σύστημα πεποιθήσεων που εμπεριέχει τα ανθρώπινα δικαιώματα, τη θρησκεία, τις εμπειρίες και τον πολιτισμό (Withers, etal., 2017).

Η πνευματικότητα γενικά βιώνεται και εκφράζεται μεμονωμένα. Οι άνθρωποι έχουν κάποιο είδος, και κάποιο επίπεδο βάθους ή έντασης πνευματικότητας και αυτό διαφέρει από άτομο σε άτομο. Μπορεί να διαφέρει ανάλογα με την εθνική καταγωγή, τον πολιτισμό και το περιβάλλον ενός ατόμου και μπορεί να διαφέρει στην ίδια ευρεία κουλτούρα. Η πνευματικότητα ενός Χριστιανού, για παράδειγμα, μπορεί να είναι διαφορετική από αυτή ενός Θιβετιανού μοναχού, ενός Αυστραλού Αβορίγινου, ενός Βουδιστή ενός άθεου (Can, etal., 2022).

Για παράδειγμα, ο Pargament (2011, σελ. 32) ορίζει την πνευματικότητα ως «την αναζήτηση του ιερού», με το ιερό να αναφέρεται όχι μόνο στον Θεό ή μια ανώτερη δύναμη αλλά και σε άλλες πτυχές της ζωής που θεωρούνται εκδηλώσεις του ιερού ή του θείου. Θεϊκό, όπως η φύση, ή ως έκφραση ιερών ιδιοτήτων, όπως η υπέρβαση, η απεριόριστη και η εσχάτη.

Οι Lerner, Dowling και Anderson (2003) βλέπουν την πνευματικότητα ως την υπέρβαση του εαυτού και την ανάπτυξη μιας δέσμευσης για συνεισφορά σε άλλους πέρα από τον εαυτό.

Ο Barnum (2010) κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πνευματικότητα ήταν δύσκολο να οριστεί λόγω της αφηρημένης φύσης και της έλλειψης συγκεκριμένων απαντήσεων ναι ή όχι. Για παράδειγμα, το Merriam-Webster Online Dictionary παρείχε έναν περιορισμένο ορισμό της πνευματικότητας. Το Merriam-Webster Online Dictionary όρισε την πνευματικότητα ως *«την ποιότητα ή την κατάσταση του να ασχολείσαι με τη θρησκεία ή τα θρησκευτικά ζητήματα: την ποιότητα ή την κατάσταση του να είσαι πνευματικός»*. Ο ορισμός παρείχε μια στενή άποψη της έννοιας της πνευματικότητας. Ο ορισμός επικεντρώθηκε μόνο σε θρησκευτικές πτυχές της πνευματικότητας (Withers, etal., 2017).

Ο Brown (2010) όρισε την πνευματικότητα ως: *Αναγνωρίζοντας και γιορτάζοντας ότι είμαστε όλοι άρρηκτα συνδεδεμένοι μεταξύ μας με μια δύναμη μεγαλύτερη από όλους μας και ότι η σύνδεσή μας με τη δύναμη και ο ένας με τον άλλο βασίζεται στην αγάπη και τη συμπόνια*. Η εξάσκηση της πνευματικότητας φέρνει μια αίσθηση προοπτικής και σκοπού στη ζωή μας. (σελ. 64)

Η πνευματικότητα συνίστατο σε μια συνειδητή απόφαση να αφήσουμε ένα άτομο να δείξει τον πραγματικό του εαυτό. Οι συγγραφείς θεώρησαν ότι ο ορισμός του Brown περιλαμβάνει μεγάλη εικόνα της έννοιας της πνευματικότητας. Ο Brown θεωρούσε την πνευματικότητα εξαιρετικά προσωπική, αλλά η πνευματικότητα επέτρεπε επίσης στα άτομα να βλέπουν τις προσωπικές τους ανάγκες στους άλλους γύρω τους (Withers, etal., 2017).

Οι Dossey και Keegan (1989) όρισαν την πνευματικότητα ως: Μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει αξίες, νόημα και σκοπό. Κάποιος στρέφεται προς τα μέσα στα ανθρώπινα χαρακτηριστικά της ειλικρίνειας, της αγάπης, της φροντίδας, της σοφίας, της φαντασίας και της συμπόνιας. ύπαρξη μιας ιδιότητας ανώτερης αρχής, μαχητικού καθοδηγητικού πνεύματος ή υπέρβασης που είναι μυστικιστική. Μια ρέουσα, δυναμική ισορροπία που επιτρέπει και δημιουργεί θεραπεία σώματος-νου-πνεύματος και μπορεί να περιλαμβάνει ή όχι οργανωμένη θρησκεία. (σελ. 24)

Ο ορισμός των Dossey and Keegan (1989) ενσωμάτωσε τη θρησκεία αλλά ήταν πολύ εξατομικευμένος για κάθε άτομο. Σύμφωνα με τους Dossey και Keegan (1989), η πνευματικότητα αύξησε την ανθρωπιά ενός ατόμου δημιουργώντας προβληματισμό σχετικά με την ειλικρίνεια, την αγάπη, τη φροντίδα, τη σοφία, τη φαντασία και τη συμπόνια. Η αύξηση αυτών των χαρακτηριστικών στηνοσηλευτική φροντίδα αποδίδει προηγμένη φροντίδα και προσωπική ανάπτυξη στο χώρο υγείας.

Οι περισσότεροι ορισμοί περιλαμβάνουν τις ακόλουθες τρεις πτυχές:

- I. Το ιερό, το θείο, μια ανώτερη δύναμη ή το υπερβατικό. Αυτή η όψη είναι η συνειδητοποίηση της ύπαρξης κάτι που είναι πέρα από το συνηθισμένο ή το υλικό, πέρα από το σώμα και το μυαλό, και άπειρο. Θεωρείται συχνά ως υπερβατικό, αλλά μπορεί να είναι έμφυτο ή μπορεί να είναι και τα δύο. Είναι μεγαλύτερο από τον εαυτό και μπορεί μόνο εν μέρει να το γνωρίσουμε ή να το βιώσουμε και όμως είναι κεντρικό στην ύπαρξή μας. Αυτό το βασίλειο μπορεί να περιγραφεί με διαφορετικούς όρους, όπως ο Θεός, το θείο, μια ανώτερη δύναμη, η ενέργεια της ζωής ή το ιερό.
- II. Μια σύνδεση. Έχουμε κάποια μορφή συγγένειας, δεσμού, σύνδεσης ή σχέσης με αυτή την υπερβατική/ιερή σφαίρα. Μπορούμε να το αντιληφθούμε, να το βιώσουμε και να το συλλογιστούμε, να γίνουμε μέρος του ή να κρατήσουμε μέρος του μέσα μας
- III. Σκοπός και νόημα. Αυτή η σύνδεση μας παρέχει συχνά έναν τελικό (θεμελιώδη και ζωτικό) σκοπό και νόημα στη ζωή μας (Withers, et al., 2017)

1.2 Η έννοια της Πνευματικότητας για τους Ηλικιωμένους

Λόγω της πτώσης της γονιμότητας και της προόδου στην ιατρική και τις τεχνολογίες υγείας, ο παγκόσμιος πληθυσμός γερνά ταχέως (Vitorino et al., 2019). Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται κατά 2% κάθε χρόνο παγκοσμίως και αναμένεται να συνεχίσει να αυξάνεται, φτάνοντας το 21% του συνολικού παγκόσμιου πληθυσμού έως το 2050 (Song & Kong, 2015). Τα οικονομικά, υγειονομικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα των ατόμων εντείνονται στην τρίτη ηλικία, η οποία γενικά ταυτίζεται με τη μείωση των σωματικών και γνωστικών ικανοτήτων (Hirakawa et al., 2019).

Περιστάσεις όπως η απώλεια ενός συζύγου, ο θάνατος στενών φίλων, η συνταξιοδότηση και οι αλλαγές ρόλων αυξάνουν τα επίπεδα άγχους των ατόμων και τους προκαλούν ψυχικά προβλήματα όπως κατάθλιψη και άγχος (Gürsu & Ay, 2018). Η πνευματικότητα είναι ένα κρίσιμο εργαλείο συναισθηματικής υποστήριξης που έχει

σημαντικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική υγεία.Γενικά, η πνευματικότητα χρησιμοποιείται εναλλακτικά με όρους όπως η θρησκεία και η θρησκευτικότητα. Ωστόσο, όπως αναφέρθηκε και πρωτίτερα, υπάρχει μια θεμελιώδης διαφορά μεταξύ των όρων πνευματικότητα και θρησκεία. Η θρησκευτικότητα ορίζει την προσκόλληση ενός ατόμου σε μια θρησκεία (Gautam et al., 2019). Από την άλλη πλευρά, η πνευματικότητα περιγράφει την αναζήτηση ενός ατόμου για νόημα στη ζωή και τις εμπειρίες.

Η πνευματικότητα είναι η πτυχή της ανθρωπότητας που αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αναζητούν και εκφράζουν νόημα και σκοπό και τον τρόπο που βιώνουν τη σύνδεσή τους με τη στιγμή, τον εαυτό τους, τους άλλους, τη φύση και το σημαντικό ή ιερό.Η πνευματικότητα είναι μια δυναμική και εσωτερική διάσταση της ανθρωπότητας μέσω της οποίας τα ανθρώπινα όντα αναζητούν το τελικό νόημα, τον σκοπό και την υπέρβασή τους και απολαμβάνουν τις σχέσεις τους με τον εαυτό τους, τις οικογένειές τους, τους άλλους, την κοινότητά τους, την κοινωνία, τη φύση και μια ανώτερη δύναμη ή ιερό ον (Lepherd et al., 2020). Με αυτόν τον ορισμό, η σημαντική διαφορά είναι ότι η πνευματικότητα υπερβαίνει τη θρησκεία και ένα άτομο μπορεί να είναι πνευματικό χωρίς να είναι θρησκευόμενο. Αυτό το χαρακτηριστικό μετατρέπει την πνευματικότητα σε έναν πιο περιεκτικό όρο (Gautam et al., 2019)

Οι πνευματικές πεποιθήσεις και πρακτικές γενικά βοηθούν τους ηλικιωμένους να ξεπεράσουν τις προκλήσεις της ζωής (Mukherjee, 2016). Η πνευματικότητα χρησιμοποιείται για να αντιμετωπίσει την απώλεια και την αλλαγή που βιώνεται σε μεταγενέστερες ηλικίες, ειδικά στην αντιμετώπιση προβλημάτων σωματικής υγείας και στην αύξηση της εξάρτησης (Peteet et al., 2019). Στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, η πνευματικότητα έχει ισχυρές σχέσεις τόσο με την ψυχική όσο και με τη σωματική υγεία (Zimmer et al., 2016). Η πνευματικότητα πιστεύεται ότι ανακουφίζει τη μοναξιά και σχετίζεται με χαμηλά ποσοστά ασθένειας και θανάτου (Toivonen et al., 2018).

Η μελέτη των Lima et al. (2020) διαπίστωσε ότι η πνευματικότητα έχει άμεση επίδραση στην ποιότητα της ψυχικής ζωής. Επιπλέον, στη σχετική βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ότι η πνευματικότητα βρίσκεται στο επίκεντρο της ευημερίας των ατόμων (Linscott et al., 2016).

Έχει βρεθεί ότι οι ηλικιωμένοι γενικά, οι ηλικιωμένοι με προβλήματα σωματικής υγείας και οι ηλικιωμένοι με προβλήματα ψυχικής υγείας όπως άγχος, κατάθλιψη και άνοια έχουν την ευκαιρία να έχουν κοινωνική υποστήριξη, να επικοινωνούν με άλλους και να έχουν την αίσθηση ότι ανήκουν σε μια κοινότητα μέσω της θρησκείας, της πνευματικότητας ή/και των πεποιθήσεών τους (Malone & Dadswell, 2018).

Η χρήση της θρησκείας και της πνευματικότητας για τη διαχείριση προβλημάτων είναι πολύ κοινή μεταξύ των ηλικιωμένων (Shaw et al., 2016). Επιπλέον, η κατανόηση του τρόπου με τον οποίο οι ηλικιωμένοι ενήλικες βιώνουν την πνευματικότητα και πώς αντιλαμβάνονται τη θρησκεία και την πνευματικότητα είναι επίσης ζωτικής σημασίας για να προχωρήσουμε πέρα από την απλή βεβαίωση ότι η θρησκεία και η πνευματικότητα είναι χρήσιμες για τους ηλικιωμένους.

Στην ερευνά τους οι Can και συν. (2021) εξέτασε τον ρόλο και τη σημασία της πνευματικότητας για τον ηλικιωμένο πληθυσμό πραγματοποιώντας ένα ποιοτικό ερευνητικό μοντέλο με φαινομενολογικό ερευνητικό σχεδιασμό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες βλέπουν την είσοδο στην ενήλικη ζωή ως μια διαδικασία που ενισχύει τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους και εντείνει τη βοήθεια και τη συμπόνια. Τα αποτελέσματα καταγράφουν επίσης ότι η πνευματικότητα μπορεί να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στην καθοδήγηση της ζωής των ηλικιωμένων και μπορεί να τους βοηθήσει να ξεκαθαρίσουν το νόημα της ζωής τους και να αντιμετωπίσουν αρνητικές περιστάσεις. Η πνευματική υποστήριξη των ηλικιωμένων θα μπορούσε επίσης να τους βοηθήσει να έχουν θετικά συναισθήματα και να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το άγχος.

Το πρόσφατο άρθρο των Peteet et al. (2019) σχετικά με την ενσωμάτωση της πνευματικότητας στη φροντίδα των ηλικιωμένων ενηλίκων επικεντρώθηκε στην ενσωμάτωση της θρησκευτικής/πνευματικής συμμετοχής στην υγειονομική περίθαλψη, ιδιαίτερα από ιατρική και ψυχιατρική άποψη. Το άρθρο ασχολήθηκε με την αντιληπτή σκέψη ότι πολλοί ηλικιωμένοι θέλουν να προσφέρεται πνευματική φροντίδα σε σχέση με την υγειονομική τους περίθαλψη. Οι συγγραφείς πρόσφεραν την πνευματική ιστορία ως σημαντικό συστατικό της φροντίδας.

Οι Puchalski et al. (2014) εξέτασαν ζητήματα θέσπισης εθνικών και διεθνών συναινήσεις για τη φροντίδα ολόκληρου του ατόμου ενσωματώνοντας την πνευματικότητα, όπου υποστήριξαν τα συμφωνημένα πρότυπα για την πνευματική φροντίδα που ορίζονται στο πλαίσιο της φροντίδας ολόκληρου του ατόμου.

Ένα ωφέλιμο συνιστώμενο πρότυπο πνευματικής φροντίδας είναι από τους Puchalski et al. (2014). Στα Συνιστώμενα Πρότυπα για την Πνευματική Φροντίδα, η Δήλωση Νούμερο 5 από 12 της έκθεσης ορίζει «*Η πνευματικότητα στην υγειονομική περίθαλψη αναπτύσσεται σε συνεργασία με θρησκευτικές παραδόσεις και ομάδες πεποιθήσεων*» (Puchalski et al. 2014, σελ. 656).

Τις τελευταίες δεκαετίες, υπήρξε μια τάση απομόνωσης της πνευματικότητας από τις θρησκευτικές παραδόσεις και τις ομάδες πεποιθήσεων. Αυτό μπορεί να βλάψει την όλη προσπάθεια για την παροχή της καλύτερης πνευματικής φροντίδας. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι στο de Brito Sena et al. (2021) συστηματική ανασκόπηση και εννοιολογικό πλαίσιο της πνευματικότητας στην υγειονομική περίθαλψη, τα αποτελέσματά τους αναγνώρισαν «*ότι η πνευματικότητα και η θρησκευτικότητα σχετίζονται και επικαλύπτονται, ποικίλλουν ανάλογα με το πολιτισμικό πλαίσιο και τη δυναμική ποιότητα της ίδιας της πνευματικότητας*» (de Brito Sena et al. 2021 , σελ. 4). Αυτή η αναγνώριση είναι ζωτικής σημασίας για την ανάπτυξη της μελλοντικής πορείας στην πρακτική της πνευματικής φροντίδας στην υγειονομική περίθαλψη.

1.3 Πνευματικότητα - Μια γενική ή αναπτυξιακή προοπτική στο πλαίσιο της γήρανσης

Υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με το εάν η θρησκεία και η πνευματικότητα αλλάζουν κατά τη διάρκεια της ζωής. Οι συνέπειες της αποδοχής μιας αμετάβλητης πνευματικότητας κατά τη διάρκεια της ζωής μπορεί να οδηγήσουν σε μια ευκολότερη αποδοχή ενός γενικού πλαισίου για τη φροντίδα ολόκληρου του ατόμου, όπως συνιστάται από τους Puchalski et al. (2014). Ωστόσο, ακόμα κι αν ήταν έτσι, η αναγνώριση της αύξησης των πνευματικών αναγκών, σε διάφορες χρονικές στιγμές, μπορεί να καταστήσει το γενικό πλαίσιο μη πρακτικό (για παράδειγμα, στην παρηγορητική φροντίδα, τη γήρανση και την ψυχική υγεία, για να δώσουμε μόνο τρία

παραδείγματα). Είναι επίσης σημαντικό να λάβουμε υπόψη ότι η πνευματική διάσταση δεν αφορά μόνο τις πνευματικές ανάγκες, αλλά και μια διάσταση με δυνατότητα για συνεχή πνευματική ανάπτυξη και ανάπτυξη και για μεταμόρφωση ή υπέρβαση του εαυτού σε όλο το μακροχρόνιο ταξίδι (MacKinlay, 2022).

Η άποψη της δυνατότητας για συνέχιση της πνευματικής αλλαγής μέσω της ζωής αμφισβητεί το γενικό πλαίσιο που αποτυγχάνει να δει την πνευματικότητα με αναπτυξιακό τρόπο. Η πιθανότητα πνευματικής ανάπτυξης (και πνευματικής δυσφορίας) μπορεί να συμβεί σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Αυτός ο αναπτυξιακός τρόπος τονίζεται στα στάδια ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης των Erikson et al. (1986), η οποία είναι ευρέως αναγνωρισμένη ως μια δια βίου διαδικασία. Οι Erikson et al. (1986) και J. Erikson (1997), αμφότεροι αναγνώρισαν ότι, στο ένατο και τελευταίο στάδιο της ζωής της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης, ο αγώνας γίνεται ένας παράγοντας και το δυστονικό μπορεί να δημιουργήσει αυξανόμενες προκλήσεις για τους οκταγενείς και τους μη γενιανούς.

Οι Eriksons αναγνώρισαν επίσης αυτό το τελικό στάδιο της ζωής ως ένα πνευματικό στάδιο, όπου τα δυναμικά στάδια της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης θα μπορούσαν να αντιστραφούν για να φέρουν το αρνητικό στο προσκήνιο. Έτσι, το στάδιο της ακεραιότητας έναντι της απόγνωσης γίνεται απόγνωση έναντι της ακεραιότητας, με την απόγνωση να γίνεται η κυρίαρχη θέση. Ωστόσο, αυτό το τελευταίο και πιο επισφαλές στάδιο, είπαν, μπορεί να γίνει μια περίοδος πνευματικής ανάπτυξης (Erikson, 1997).

Άλλοι σημαντικοί μελετητές που έγραψαν ειδικά για τη γήρανση ήταν ο Robert Butler ([1963] 1968), γνωστός για την πρόωπη εργασία του σχετικά με την ανάμνηση στη δεκαετία του 1960, τον οποίο ακολούθησε στενά ο Peter Coleman (1994). Αυτοί οι πρωτοποριακοί ερευνητές στην ψυχιατρική και την ψυχολογία άλλαξαν τη σκέψη μιας γενιάς για τη γεροντολογία από τη δεκαετία του 1960 και μετά. Ο Mel Kimble (1990), με την ηγεσία του στην υποτροφία στην ποιμαντική θεολογία, πρόσφερε ένα όραμα για τη γήρανση και την πνευματική διάσταση που έφτασε πέρα από το βιοϊατρικό παράδειγμα.

Μετά από αυτές τις εξελίξεις στην υποτροφία, μια νέα εστίαση μελέτης παρατηρήθηκε με το έργο του Goldsmith (1996) στις εξειδικευμένες μελέτες γήρανσης και ποιμαντικής φροντίδας για την άνοια και την άνοια, ενώ ο Kitwood (1997) πρωτοστάτησε στην κριτική ανακάλυψη της γνώσης που ξεκίνησε με την ιδέα

ότι , στην άνοια, το άτομο έρχεται πρώτο. Το έργο του Swinton, και ειδικά το βιβλίο του *Dementia: Living in the memories of God* (Swinton 2012), γραμμένο από μια πρακτική θεολογική προοπτική για την αναπηρία και την άνοια, έφερε μια άλλη σημαντική κατεύθυνση στην υποτροφία. Σταδιακά, φωνές από τη θεολογία έχουν ακουστεί μέσα από την πολλαπλότητα των φωνών των επαγγελματιών φροντίδας ηλικιωμένων και υγείας.

Σε πρόσφατη έρευνα των CanOz και συν. (2022) επιχειρήθηκε ο προσδιορισμός του νοήματος και των αποτελεσμάτων που αντιλαμβάνεται ένα άτομο σχετικά με τη θρησκεία και την πνευματικότητα καθώς αυτό το άτομο γερνά. Συνολικά 19 ενήλικες ηλικίας 65–88 ετών, πέντε από τους οποίους ήταν άνδρες και οι δεκατέσσερις γυναίκες, συμμετείχαν σε ημιδομημένες συνεντεύξεις. Σύμφωνα με τα ευρήματα της θεματικής ανάλυσης, προέκυψαν τέσσερα κύρια θέματα: η έννοια της πνευματικότητας, οι πνευματικές πρακτικές, η επίδραση της πνευματικότητας και η έννοια της γήρανσης για το άτομο. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες βλέπουν την είσοδο στην ενήλικη ζωή ως μια διαδικασία που ενισχύει τις αλληλεπιδράσεις με τους άλλους και εντείνει τη βοήθεια και τη συμπόνια. Τα αποτελέσματα δείχνουν επίσης ότι η πνευματικότητα μπορεί να διαδραματίσει κρίσιμο ρόλο στην καθοδήγηση της ζωής των ηλικιωμένων και μπορεί να τους βοηθήσει να ξεκαθαρίσουν το νόημα της ζωής τους και να αντιμετωπίσουν τις αρνητικές συνθήκες. Η πνευματική υποστήριξη των ηλικιωμένων θα μπορούσε επίσης να τους βοηθήσει να έχουν θετικά συναισθήματα και να τους βοηθήσει να αντιμετωπίσουν το άγχος. Συνιστάται η οργάνωση τακτικών εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών υγείας για τις πνευματικές ανάγκες.

2. Πνευματικότητα και Ποιότητα Ζωής

2.1 Εννοιολογικός Προσδιορισμός Ποιότητας Ζωής

Η ποιότητα ζωής (quality of life - QOL) έχει οριστεί ως η αίσθηση ευημερίας ενός ατόμου που πηγάζει από την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια με τους τομείς της ζωής που είναι σημαντικοί για αυτόν. Η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια και ένα μέτρο της συνολικής ευημερίας και της αντίληψης του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των πτυχών της σωματικής και ψυχικής υγείας, των σχέσεων και του περιβάλλοντος (Post, 2014).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως *“την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του”* (WHO, 2012, σελ. 3).

Η εισαγωγή της έννοιας της ποιότητας ζωής (QoL) ως μέτρου έκβασης στην υγειονομική περίθαλψη εμφανίστηκε τη δεκαετία του 1970, στο πλαίσιο της ιατρικής πρόοδου. Αυτή η πρόοδος έφερε μια αύξηση στο προσδόκιμο ζωής, καθώς οι οξείες ασθένειες που προηγουμένως θανατηφόρες (π.χ. λοιμώξεις) κατέστην ιάσιμες και οι χρόνιες ασθένειες (π.χ. ο διαβήτης) μπορούσαν επίσης να ελεγχθούν με αποτελεσματικές θεραπείες. Κατά συνέπεια, έγινε πολύ σημαντικό να μετρηθεί ο τρόπος με τον οποίο ζουν οι άνθρωποι αυτά τα «πρόσθετα χρόνια». Στην πραγματικότητα, ο Fallowfield (1990) όρισε την ποιότητα ζωής ως *«το μέτρο που λείπει στην υγεία»*.

Η ποιότητα ζωής έχει διασταυρώσεις με βιολογικές και λειτουργικές έννοιες, όπως η κατάσταση της υγείας, η λειτουργική κατάσταση και η αναπηρία. Κοινωνικές και ψυχολογικές έννοιες όπως ευημερία, ικανοποίηση και ευτυχία. και βασίζεται στην οικονομική θεωρία της «προτίμησης» (χρησιμότητα). Έξι σημαντικές τάσεις έχουν συγκλίνει στην ανάπτυξη της έννοιας της ποιότητας ζωής: (1) βασικές επιδημιολογικές μελέτες για την ευτυχία και την ευημερία. (2) η αναζήτηση κοινωνικών δεικτών (3) η ανεπάρκεια αντικειμενικών μέτρων για την έκβαση της υγείας. (4) *«ικανοποίηση πελατών»*. (5) το κίνημα του εξανθρωπισμού της ιατρικής και (6) η θετική ψυχολογία. Το τελευταίο εντάσσεται στην τρέχουσα τάση για ανάπτυξη έρευνας των θετικών πτυχών της ανθρώπινης εμπειρίας (Gallardo-Peralta,

2017; Lima, etal., 2020).

Υποστηριζόμενη από την ευρεία αντίληψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946, σ. 1) ότι η υγεία είναι «κατάσταση πλήρους σωματικής, διανοητικής και κοινωνικής και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας», η αποκλειστική εστίαση στη νόσο, που πάντα κυριαρχούσε στην έρευνα στον τομέα της υγείας, δίνει τη θέση της στη μελέτη προσαρμοστικών χαρακτηριστικών όπως η ανθεκτικότητα, η ελπίδα, σοφία, δημιουργικότητα, θάρρος και πνευματικότητα.

Δεν υπάρχει ακόμη οριστική συναίνεση στη βιβλιογραφία σχετικά με την έννοια της ποιότητας ζωής. Ωστόσο, είναι σημαντικό να γίνει διάκριση μεταξύ των εννοιών του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής. Το πρώτο περιλαμβάνει αντικειμενικούς κοινωνικοοικονομικούς, δημογραφικούς και βασικούς δείκτες υγειονομικής περίθαλψης. Το δεύτερο βασίζεται σε παραμέτρους που αναφέρονται στην υποκειμενική αντίληψη των σημαντικών πτυχών της ζωής ενός ατόμου, η οποία μπορεί να μην συμπίπτει με τους αντικειμενικούς δείκτες του βιοτικού επιπέδου.

Η Ομάδα Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO QoL Group) πρότεινε ότι αυτές οι αντιλήψεις προέρχονται από την κουλτούρα στην οποία ανήκει κάποιος. Επομένως, το πολιτισμικό ζήτημα είναι θεμελιώδες στην ποιότητα ζωής, καθώς διαφορετικοί πολιτισμοί τείνουν να τονίζουν διαφορετικές πτυχές ως θεμελιώδεις στον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής. Η Ομάδα WHOQoL ήταν η πρώτη που συμπεριέλαβε το πολιτιστικό στοιχείο ως κεντρικό στον ορισμό της ποιότητας ζωής. Αυτή η ομάδα είναι μια συνεργασία μεταξύ ερευνητών, κλινικών γιατρών και επιστημόνων που έχουν εργαστεί μαζί για περισσότερα από 12 χρόνια με βάση τα διεθνή πρωτόκολλα συναίνεσης που έχουν αναπτυχθεί σε συμφωνία σε κάθε στάδιο ανάπτυξης του έργου. Από πολιτισμική άποψη, αυτή η ομάδα όρισε την ποιότητα ζωής «την αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τα πρότυπα προσδοκιών και τις ανησυχίες του» (WHO QoL Group, 1994, σελ. 43).

Συνοψίζοντας η ποιότητα ζωής ορίζεται ως τα βέλτιστα επίπεδα ψυχικής, σωματικής, ρόλου (π.χ. εργασία, γονέας, φροντιστής, κ.λπ.) και κοινωνική λειτουργία, συμπεριλαμβανομένων των σχέσεων και των αντιλήψεων για την υγεία, τη φυσική κατάσταση, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευεξία. Είναι και περιλαμβάνει επίσης την επάρκεια στέγασης, εισοδήματος και αντιλήψεις για το άμεσο περιβάλλον.

2.2 Συσχέτιση Ποιότητας Ζωής και Πνευματικότητας σε Ηλικιωμένους

Αρκετές μελέτες έχουν επικεντρωθεί στη σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και πνευματικότητας σε άτομα της ύστερης ενήλικης ζωής. Αν και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις κοινωνικές ομάδες των ηλικιωμένων, υπάρχει σχετική επιστημονική υποστήριξη για αυτές τις σχέσεις προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής (Shaw, et al., 2016; de Oliveira, et al., 2014), να προωθηθούν οι κοινωνικές ανταλλαγές και η κοινωνική ζωή, να δοθεί νόημα στη ζωή, να βοηθήσει αντιμετώπιζουν το πεπερασμένο της ζωής και προωθούν μια θετική στάση απέναντι στη γήρανση (Costa, et al., 2017; Unsar, et al., 2016). Η πίστη στο υπερβατικό ή στο θείο αντιπροσωπεύει μια σημαντική διάσταση για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας στο νόημα της ζωής, στην ανθεκτικότητα στις δυσκολίες, ενεργώντας θετικά ως παράγοντας προαγωγής της υγείας (Abu, et al., 2018; Chokkanathan, 2013).

Στη συνέχεια αποτυπώνονται τα αποτελέσματα ερευνών που πραγματοποιήθηκαν κατά την τελευταία δεκαετία και αφορούν στη διερεύνηση των παραγόντων της ποιότητας ζωής και της πνευματικότητας σε ηλικιωμένο πληθυσμό. Οι έρευνες που κατεγράφησαν εμπεριέχουν και τη σχέση με επιπλέον παράγοντες που λαμβάνονται στο πλαίσιο της μελέτης.

2.2.1 Πνευματικότητα και Ποιότητα Ζωής σε Ενήλικες Μεγαλύτερης Ηλικίας

Υπάρχει συναίνεση ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι μια πολυδιάστατη έννοια όπου διαφορετικές διαστάσεις έχουν διαφορετικό αντίκτυπο στα άτομα. Η αντίληψη της ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη αντανακλά την υγεία των ηλικιωμένων και είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη ανέφεραν ότι η χαμηλότερη κατάσταση υγείας είναι η κοινωνική υποστήριξη ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας στους ηλικιωμένους (Gallardo-Peralta, 2017).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στους ηλικιωμένους η αντίληψη της ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη ήταν μια θετική σχέση με την ποιότητα ζωής (Mahmoud, 2017) όντας επίσης, προγνωστική μεταβλητή της ποιότητας ζωής. Υποστηριζόμενες από τις παραπάνω περιγραφές που σχετίζονται με επιστημονικά στοιχεία και προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, η γνώση των σχέσεων αυτών των μεταβλητών είναι πολύ χρήσιμοι δείκτες για την εισαγωγή προσαρμοσμένων αλλαγών στους ηλικιωμένους και στο πλαίσιο της ζωής τους (Lima, et al., 2016; Şahin, et al., 2019).

Γίνεται λοιπόν αντιληπτό ότι η μελέτη της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων γίνεται ολοένα και πιο σημαντική για την αξιολόγηση, τη βελτίωση της ποιότητας και την κατανομή των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Υπό το πρίσμα αυτό η έρευνα των Lima και συν. (2020) διερεύνησε τη σχέση μεταξύ τροποποιήσιμων (ψυχολογικών μεταβλητών) και μη τροποποιήσιμων μεταβλητών (κοινωνικο-δημογραφικών) και της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους, σχετικά με τις ψυχολογικές και κοινωνικές μεταβλητές. Ήταν μια συγχρονική μελέτη, η οποία περιλαμβάνει 604 ενήλικες από 65 ετών και άνω. Το 63,6% του δείγματος αποτελούνταν από γυναικείο φύλο με μέση ηλικία τα 71,6 (SD = 4,81). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα ακόλουθα μέσα: Δείκτης Barthel για την αξιολόγηση της λειτουργικότητας, Κλίμακα ικανοποίησης με την κοινωνική υποστήριξη για την αξιολόγηση της κοινωνικής υποστήριξης, The Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness για την αξιολόγηση της πνευματικότητας και Σύντομη Έρευνα Υγείας 36, για την αξιολόγηση της ψυχικής και σωματικής ποιότητας ζωής. Πραγματοποιήθηκε ένα μοντέλο ανάλυσης διαδρομής όπου η παρουσία χρόνιας ασθένειας, ηλικίας και λειτουργικότητας έχει άμεση επίδραση στη σωματική ποιότητα ζωής και η πνευματικότητα είχε άμεση επίδραση στην ψυχική ποιότητα ζωής. Η κοινωνική υποστήριξη διαμεσολάβησε τη σχέση μεταξύ λειτουργικότητας και ψυχικής ποιότητας ζωής και με τη σειρά της, η λειτουργικότητα μεσολάβησε στη σχέση μεταξύ ηλικίας και σωματικής ποιότητας ζωής. Τα αποτελέσματα ενισχύουν την επίδραση της ηλικίας και της χρόνιας νόσου ως μη τροποποιήσιμες μεταβλητές καθώς και της λειτουργικότητας, της πνευματικότητας και της ικανοποίησης με την κοινωνική υποστήριξη ως τροποποιήσιμες μεταβλητές στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Τα προγράμματα κοινωνικής υποστήριξης, υγείας και εκπαίδευση στην κοινότητα θα πρέπει να προωθηθούν προκειμένου να

βελτιωθεί η ποιότητα ζωής σε αυτόν τον πληθυσμό. Οι στρατηγικές για την προώθηση της λειτουργικότητας και την ενίσχυση του δικτύου κοινωνικής υποστήριξης, ειδικά στους ηλικιωμένους με χρόνιες ασθένειες, θα πρέπει να αποτελούν προτεραιότητα.

2.2.2 Πνευματικότητα, Κοινωνική Υποστήριξη και Ποιότητα Ζωής σε Ηλικιωμένους

Έρευνες επιβεβαιώνουν ότι στην τρίτη ηλικία, η πνευματικότητα διαδραματίζει σημαντικό ρόλο ως προστατευτικός πόρος όταν αντιμετωπίζουμε κρίσεις που είναι κοινές σε αυτό το στάδιο του κύκλου ζωής, όπως η επιδείνωση της υγείας και η μείωση της λειτουργικότητας. Απώλειες όσον αφορά τους ρόλους, τα κοινωνικά δίκτυα και τις γνωστικές λειτουργίες, υποβαθμισμένη οικονομική κατάσταση και παρουσία συναισθημάτων μοναξιάς, λύπης ή απελπισίας, μεταξύ άλλων (González-Celis και Gómez Benito, 2013) κάνουν την εμφάνισή τους.

Στο ίδιο μήκος κύματος, μελέτη εξέτασε τη σχέση μεταξύ πνευματικής εμπειρίας, συγχώρεσης και θρησκευτικής υποστήριξης (που νοούνται ως διαφορετικοί τομείς θρησκευτικότητας/πνευματικότητας) και διαφορετικών πτυχών της ευημερίας, όπως το άγχος, η κατάθλιψη, η θετική ευημερία. είναι, αυτοέλεγχος, ζωτικότητα και γενική υγεία. Όπως μπορεί να αναγνωρισθεί, αυτό υποστηρίζεται από την υπόθεση ότι η επίδραση της θρησκευτικότητας και της πνευματικότητας στην ευημερία των ηλικιωμένων χαρακτηρίζεται από πολυδιάστατο χαρακτήρα. Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον για τη μελέτη της σχέσης μεταξύ θρησκευτικότητας/πνευματικότητας και ποιότητας ζωής έχει αυξηθεί σημαντικά τις τελευταίες δεκαετίες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη, ολιστική και πολύπλοκη διαδικασία, η ανάλυση της οποίας περιλαμβάνει μελέτη των φυσικών, περιβαλλοντικών, σχεσιακών και ψυχολογικών τομέων. Με άλλα λόγια, είναι μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ευημερίας των ατόμων στους πιο σημαντικούς τομείς της ζωής τους. Γενικά, μπορεί να συναχθεί το συμπέρασμα ότι υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ της πνευματικότητας και της ποιότητας ζωής (Karner-Hužuleac, 2012).

Στην έρευνα της ηGallardo-Peralta (2017) αναλύει τη συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων διαστάσεων της θρησκευτικότητας, της πνευματικότητας και των διαφορετικών πτυχών της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους Χιλιανούς. Αξιολογεί επίσης την ιδιαιτερότητα αυτής της ένωσης σε σχέση με τις διαδικασίες κοινωνικής υποστήριξης. Στη μελέτη συμμετείχαν ένα δείγμα 777 ηλικιωμένων που ζούσαν στο βόρειο τμήμα της Χιλής. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν μέσω της ιεραρχικής ανάλυσης παλινδρόμησης δείχνουν μια συγκεκριμένη συσχέτιση της πνευματικότητας με την ποιότητα ζωής. Η θρησκευτικότητα παρουσιάζει μόνο μια συγκεκριμένη συσχέτιση με την ποιότητα ζωής όσον αφορά τη σχέση μεταξύ υποστήριξης από την εκκλησία και ικανοποίησης από τις κοινωνικές σχέσεις. Είναι επομένως αντιληπτό ότι η θρησκευτικότητα και η πνευματικότητα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στις παρεμβάσεις κοινωνικής εργασίας.

2.2.3 Πνευματικότητα και Ψυχική Υγεία στους Ηλικιωμένους

Η ψυχική υγεία είναι ένα αναπόσπαστο και ζωτικό συστατικό της υγείας που περιλαμβάνει τη συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία. Αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι συμπεριφέρονται, αναγνωρίζουν τον εαυτό τους και αντιμετωπίζουν στρεσογόνα γεγονότα, επηρεάζοντας έτσι πώς βιώνουν και κατανοούν τα γεγονότα της ζωής (Center for Disease Control and Prevention, 2021; World Health Organization, 2018). Αντίθετα, η πτώση της ψυχικής υγείας συνοδεύεται από υψηλή συχνότητα επίμονων αρνητικών συναισθημάτων, σκέψεων και πεποιθήσεων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (World Health Organization, 2019).

Οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς σε προβλήματα ψυχικής υγείας. Αναμένεται ότι ένας στους πέντε ηλικιωμένους θα παρουσιάσει κάποια μορφή ψυχικής ασθένειας κατά τη διάρκεια της ύστερης ζωής (Center for Disease Control and Prevention, 2021). Η κατάθλιψη, το άγχος και η κατάχρηση ουσιών είναι οι πιο συχνές καταστάσεις που απαντώνται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (McComb, et al., 2018; Sinha, et al., 2021; Ausín, et al., 2017; Andreas, et al., 2017), αν και πολλά άλλα σύνδρομα, όπως διαταραχές ύπνου, απάθεια και διέγερση/επιθετικότητα έχουν επίσης συχνά παρατηρηθεί. Η εξέλιξη των ψυχικών διαταραχών είναι καταστροφική για τους ασθενείς και συνήθως περιλαμβάνει αναπηρία και αυτοκτονία (Kuřak-Bejda,

etal., 2021; Mezuk, et al., 2014; The Lancet Global Health, 2020), εκτός από το υψηλό οικονομικό κόστος (The Lancet Global Health, 2020)

Αυτό το σενάριο σημειώθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) (2018, 2019), ο οποίος καθιέρωσε τη διατήρηση της ψυχικής υγείας στους ηλικιωμένους ως προτεραιότητα για τους επαγγελματίες υγείας και τις κοινωνίες σε όλο τον κόσμο. Ωστόσο, αυτό το θέμα είναι ένα σχετικά πρόσφατο ζήτημα στις ιατρικές και βιολογικές επιστήμες και εξακολουθεί να αντιμετωπίζεται ελάχιστα (Carpenter, et al., 2021), εμποδίζοντας τη δημιουργία και την καθιέρωση συγκεκριμένων θεραπειών που βασίζονται σε στοιχεία που καλύπτουν αποτελεσματικά όλες τις ανάγκες των ασθενών

Όσον αφορά την υγεία, ένας αυξανόμενος αριθμός μελετών έχει παρατηρήσει καλύτερη κατάσταση ψυχικής υγείας σε άτομα που εμπλέκονται σε δραστηριότητες πνευματικότητας (Aslan, et al., 2021; Bae, 2020; Fastame, et al., 2017; Stecz, et al., 2015). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώθηκαν περαιτέρω από περιγραφικές και συστηματικές ανασκοπήσεις (Braam & Koenig, 2019; Rosmarin&Koenig, 2020). Ωστόσο, χρειάζεται ακόμη μια συγκεκριμένη συγκεντρωτική ανάλυση που βασίζεται σε μια συστηματική αναζήτηση που επικεντρώνεται στον ηλικιωμένο πληθυσμό και ενσωματώνει μια ποικιλία πνευματικών προσεγγίσεων.

Τέτοιες έρευνες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην υγεία και την πολιτική, δεδομένου ότι οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε μεγάλο βαθμό σε δραστηριότητες πνευματικότητας (Zimmer, et al., 2016) και έχουν συχνά αναφέρει ότι θα ένιωθαν καλύτερα εάν οι επαγγελματίες υγείας μπορούσαν να κατανοήσουν και να λάβουν υπόψη τις προσωπικές τους πεποιθήσεις (Ferreira, et al., 2015).

Παρόλα αυτά, τα εμπειρικά στοιχεία τείνουν να επικεντρώνονται στη συσχέτιση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής γενικά ή στον συγκεκριμένο τομέα της υγείας και της ψυχικής υγείας. Προηγούμενες μελέτες δείχνουν ότι οι πιο ηλικιωμένοι με ιδιαίτερα ενεργό το πνευματικό στοιχείο στη ζωή τους βιώνουν λιγότερα καταθλιπτικά συναισθήματα και λιγότερη γνωστική επιδείνωση και αντιλαμβάνονται ότι έχουν καλύτερη υγεία, υποφέρουν λιγότερο πόνο και έχουν υψηλότερη ποιότητα ζωής όσον αφορά την υγεία (Abdala et al., 2015). Επί του παρόντος, η ψυχική υγεία είναι ο τομέας που έχει υποβληθεί σε περισσότερες έρευνες. Από αυτή την άποψη, οι Park et al. (2012) υποστηρίζουν ότι η πνευματικότητα είναι μια σημαντική πηγή στα γηρατειά, γιατί τόσο αποτρέπει την

κοινωνική απομόνωση όσο και προστατεύει την ψυχική υγεία.

Στην συστηματική ανασκόπηση που πραγματοποίησαν οι Coelho-Junior και συν. (2022) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ πνευματικότητας με τον επιπολασμό, τη σοβαρότητα και τη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ενήλικες 60 ετών και άνω. Η ανασκόπηση εξέτασε εκατόν δύο μελέτες με συνολικά 79.918 κατοίκους της κοινότητας και νοσηλευόμενους ηλικιωμένους ενήλικες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας συσχετίστηκαν αρνητικά με τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, ενώ παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη ζωή, το νόημα στη ζωή, τις κοινωνικές σχέσεις και την ψυχολογική ευεξία. Συγκεκριμένα, άτομα με υψηλή πνευματικότητα, εγγενή θρησκευτικότητα και θρησκευτική πεποίθηση είχαν χαμηλότερο επιπολασμό συμπτωμάτων κατάθλιψης. Σε σχέση με τη διαχρονική ανάλυση, οι περισσότερες μελέτες υποστήριξαν ότι τα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας συσχετίστηκαν με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης και φόβου θανάτου, καθώς και με καλύτερη κατάσταση ψυχικής υγείας. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν ότι η πνευματικότητα σχετίζεται σημαντικά με την ψυχική υγεία σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα πνευματικότητας είχαν χαμηλότερο επιπολασμό συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, καθώς και ανέφεραν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και ψυχολογική ευεξία, καλύτερες κοινωνικές σχέσεις και πιο σαφές νόημα στη ζωή. Τα δεδομένα που παρέχονται από έναν αυξανόμενο αριθμό διαχρονικών μελετών έχουν υποστηρίξει τα περισσότερα από αυτά τα ευρήματα.

2.2.4 Κοινωνική Συνδεσιμότητα, Πνευματικότητα, Ποιότητα Ζωής και Αίσθημα Απελπισίας μεταξύ των Ηλικιωμένων

Η κοινωνική διασύνδεση παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην προαγωγή της υγείας και της ευημερίας. Η κοινωνική ευημερία στους ηλικιωμένους βοηθά στην ενίσχυση της καλής ψυχικής υγείας και συνίσταται στη διευθέτηση των δικτύων και των διασυνδέσεών τους (Galloway, 2013). Η πνευματικότητα έχει γίνει ουσιαστικό μέρος της συναισθηματικής υγείας στον σημερινό κόσμο. Η διατήρηση μιας αίσθησης αξίας ή λογικής στη ζωή ως ηλικιωμένος είναι ένα σημάδι γενικής ευτυχίας και σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Van Orden et al., 2012). Οι

ηλικιωμένοι με κλινικά σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στο να πιστεύουν ότι η ζωή δεν έχει καμία σημασία.

Παρέχονται αποτελέσματα από μετα-αναλύσεις που δείχνουν θετικές συσχετίσεις μεταξύ πνευματικότητας και ευεξίας. Η πνευματικότητα αναφέρεται στην εμπειρία ενός ατόμου για το ιερό και σχετίζεται με χαμηλότερα καταθλιπτικά συμπτώματα, μεγαλύτερη ψυχολογική ευεξία και μεγαλύτερα επίπεδα θετικού συναισθήματος. Στους ηλικιωμένους, η πνευματικότητα έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την αρνητική συσχέτιση μεταξύ αδυναμίας και ψυχολογικής ευεξίας. Οι παράγοντες που μπορούν να συμβάλουν σε προβλήματα υγείας, κοινωνικών και συμπεριφορικών προβλημάτων, μπορούν να περιορίσουν τις σωματικές ικανότητες και τη διάθεση των ηλικιωμένων στις κοινότητές τους. Το αίσθημα απελπισίας μεταξύ των ηλικιωμένων εμφανίζεται συνήθως σε ηλικιωμένους και επίσης επηρεάζει τους ηλικιωμένους στο σχηματισμό αυτοκτονικών σκέψεων και ένα συστατικό της καταθλιπτικής κατάστασης. Έχει ως αποτέλεσμα μια αρνητική στάση απέναντι στη ζωή που οδηγεί σε δυσπροσαρμοστικότητα και ανωμαλία στη συμπεριφορά. Η έναρξη των σκέψεων απελπισίας επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Υπάρχουν μερικές διαθέσιμες στρατηγικές κοινωνικών συνδέσεων για ηλικιωμένους (Van Orden et al., 2020).

Λαμβάνοντας υπόψη την αδυναμία των ηλικιωμένων και τη σημασία της κατάστασης υγείας στον ηλικιωμένο πληθυσμό και λόγω της απουσίας μελετών σχετικά με την κοινωνική διασύνδεση, την πνευματικότητα και την ποιότητα ζωής για την απελπισία των ηλικιωμένων, η έρευνα των Choudhary και Naz (2021) εξέτασε τη σχέση μεταξύ των παραπάνω παραγόντων. Στο πλαίσιο της έρευνας έλαβαν μέρος 100 ηλικιωμένοι από την περιοχή του Τζαμού. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η κλίμακα απελπισίας Beck, η κλίμακα καθημερινής πνευματικής εμπειρίας Lynwood και η κλίμακα WHOQOL.

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν αναλύσεις πολυμεταβλητής παλινδρόμησης. Το αποτέλεσμα της μελέτης έδειξε ότι υπήρχε θετική και σημαντική σχέση μεταξύ όλων των μεταβλητών. Η πνευματικότητα και η κοινωνική διασύνδεση έχουν θετική επίδραση στην ποιότητα ζωής και τείνουν να μειώνουν την απελπισία στους ηλικιωμένους. Το κύριο εύρημα της μελέτης αποκάλυψε ότι γίνονται προσπάθειες να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μέσω της αυξανόμενης κοινωνικής σύνδεσης και πνευματικότητας. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης

θεωρούνται ιδιαίτερος σημαντικά για συνεχιζόμενες μελέτες.

2.2.5 Η πνευματικότητα και η ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους: Ο μεσολαβητικός ρόλος της αυτοσυμπόνιας και της αίσθησης συνοχής

Δεδομένου του αυξανόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων, φαίνεται απαραίτητο να μελετηθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία των ηλικιωμένων, οι οποίοι φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα ζωής τους. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η πνευματικότητα, η αυτοσυμπόνια και η αίσθηση της συνοχής μπορεί να βελτιώσουν την υγεία σε αυτόν τον πληθυσμό.

Ως εκ τούτου, η μελέτη των Yousefi Afrashteh και Rezaei (2021) στοχεύει στον προσδιορισμό του μοντέλου ποιότητας ζωής με βάση την πνευματικότητα μέσω του διαμεσολαβητικού ρόλου της αυτοσυμπόνιας και της αίσθησης συνοχής στους ηλικιωμένους. Ο πληθυσμός της μελέτης περιελάμβανε όλους τους ηλικιωμένους που ζουν στο Zanjan του Ιράν, μεταξύ των οποίων επιλέχθηκαν 370 με τη μέθοδο της ευκολίας δειγματοληψίας. Τα εργαλεία έρευνας που εφαρμόστηκαν στην παρούσα μελέτη αποτελούνταν από την πνευματικότητα των Parsian και Dunning, την αυτοσυμπόνια των Raes et al., την αίσθηση συνοχής του Antonovsky και τα ερωτηματολόγια QOL του Παγκόσμιου Οργανισμού. Η ανάλυση διαδρομής χρησιμοποιήθηκε για την ανάλυση του αιτιακού μοντέλου. Τα αποτελέσματα έδειξαν την προσαρμογή του μοντέλου με τα δεδομένα. Τα αποτελέσματα έδειξαν άμεση και σημαντική επίδραση μεταξύ πνευματικότητας ($\beta=0,28$, $P<0,05$), αυτοσυμπόνιας ($\beta=0,23$, $P<0,05$) και αίσθησης συνοχής ($\beta=0,40$, $P<0,05$) με την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η ανάλυση του ρόλου των πολλαπλών διαμεσολαβητών χρησιμοποιώντας την προσέγγιση των Preacher και Hayes επιβεβαίωσε τον μεσολαβητικό ρόλο της αυτοσυμπόνιας και της αίσθησης συνοχής στη σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής. Επιπλέον, η ανάλυση του ρόλου των πολλαπλών διαμεσολαβητών χρησιμοποιώντας την προσέγγιση των Preacher και Hayes επιβεβαίωσε τον μεσολαβητικό ρόλο της αυτοσυμπόνιας και της αίσθησης συνοχής στη σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής. Αυτά τα αποτελέσματα συμβάλλουν στη θεωρητική γνώση σχετικά με το πώς η πνευματικότητα επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Τα ευρήματα έδειξαν ότι η πνευματικότητα έχει τη δύναμη να προβλέψει την ποιότητα ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων μέσω της αυτοσυμπόνιας και

της αίσθησης συνοχής. Και οι τρεις προαναφερθείσες προγνωστικές μεταβλητές πιστεύεται ότι είναι επεκτάσιμες και μπορούν να εφαρμοστούν με τη μορφή παρεμβάσεων για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους.

2.3 Ερευνητικό Κενό

Συνοπτικά, τα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με τη σχέση ποιότητας ζωής και πνευματικότητας επικεντρώνονται ουσιαστικά στην υγεία, με λίγες μελέτες που επιδιώκουν να αναλύσουν αυτή τη συσχέτιση ενσωματώνοντας τον πολυδιάστατο χαρακτήρα της ποιότητας ζωής στις εμπειρικές τους αναλύσεις. Στην ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε στην παρούσα ενότητα διαπιστώθηκε πλειάδα ερευνών που έγιναν κατά την τελευταία δεκαετία και εξετάζουν το αντικείμενο της πνευματικότητας σε άτομα της ύστερης ενήλικης ζωής.

Οι μελέτες διερευνούν τόσο το αντικείμενο της πνευματικότητας μεμονωμένα όσο και σε σύγκριση με ορισμένους άλλους παράγοντες όπως η ψυχική υγεία, το σύνολο της ποιότητας ζωής, η αυτοσυμπόνια και τα αισθήματα ενοχής και απελπισίας. Οι μελέτες προέρχονται κυρίως από διεθνείς έρευνες και δεν διαπιστώθηκε κάποια που να εξετάζει τους παράγοντες της πνευματικότητας και της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους Έλληνες.

Ακόμη οι έρευνες που εξετάζουν τι σχέση μεταξύ των παραγόντων της πνευματικότητας με τους παράγοντες της ποιότητας ζωής είναι μεμονωμένες καταγράφοντας ένα σημαντικό ερευνητικό κενό. Η σημαντικότητα της διερεύνησης της πνευματικότητας σε σχέση με την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους έγκειται στο γεγονός ότι η επιβεβαίωση ή μη συσχετίσεων θα οδηγήσει στις απαραίτητες ενέργειες που χρειάζονται στο πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας από τους επαγγελματίες υγείας.

Σύμφωνα με τα παραπάνω λοιπόν η παρούσα έρευνα επεχείρησε να καλύψει εν μέρη αυτό το ερευνητικό κενό εξετάζοντας τη σχέση ανάμεσα στους παράγοντες της πνευματικότητας με τους παράγοντες της ποιότητας ζωής σε άτομα της ύστερης ενήλικης ζωής που προέρχονται από τον Ελλαδικό χώρο.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. Μεθοδολογία/Methods

1.1 Σκοπός και Ερευνητικά Ερωτήματα

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της πνευματικότητας στα ηλικιωμένα άτομα και ειδικότερα η σχέση της με την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής της συγκεκριμένης ηλικιακής ομάδας. Οι ερευνητικές υποθέσεις που θα εξεταστούν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης είναι:

- Το βίωμα των γηρατειών συνδέεται με συνθήκες που οδηγούν στη διαφοροποίηση της ποιότητας της ψυχοσωματικοκοινωνικής ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Ως προς την ψυχοσωματική ποιότητα ζωής, λοιπόν, η υπόθεσή μας είναι ότι τα άτομα που θα έχουν υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας θα εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της πνευματικότητας με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ατόμων και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα του ρόλου της προσωπικότητας. Κατά συνέπεια, και σύμφωνα με τις υπάρχουσες μελέτες, ως προς τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των ηλικιωμένων ατόμων με υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, η υπόθεσή μας είναι ότι η προσωπικότητά τους θα διέπεται από υψηλά επίπεδα θρησκευτικότητας και πνευματικότητας.

1.2 Δείγμα και Δειγματοληψία

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Φεβρουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023.

Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ηλικιωμένα άτομα από τον υγιή πληθυσμό που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου. Στην παρούσα ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε η σκόπιμη ή δειγματοληψία κατά κρίση. Στη συγκεκριμένη διαδικασία, η επιλογή καθοδηγήθηκε από την εξέταση των μεταβλητών (ηλικία) με σκοπό τη συλλογή ιδανικότερων δεδομένων για την

επιστημονική έρευνα. (Farrugia 2019; Etikan & Bala, 2017).

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

- Τα άτομα να είναι ηλικιωμένα (άνω των 65 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.
- Τα ηλικιωμένα άτομα να μην έχουν συμπτώματα γνωστικής δυσλειτουργίας, μια και οι κλίμακες βασίζονται σε αυτοαξιολόγηση και δεν μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με γνωστική δυσλειτουργία.
- Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 120 άτομα και από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 110 άτομα. Από τους 110 φακέλους οι 7 εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα, και οι 3 με σχεδόν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 100 ηλικιωμένα άτομα.

1.3 Εργαλεία έρευνας

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «ΠΦΥ» από τον Φεβρουάριο του 2023 έως τον Ιούνιο του 2023. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν άτομα της Ύστερης Ενήλικης Ζωής που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου. Τα άτομα που συμμετέχουν στη μελέτη ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και διαβεβαιώθηκαν για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Τα ερευνητικά εργαλεία που συμπλήρωσαν είναι:

- I. **Κλίμακα Πνευματικότητας και Θρησκευτικότητας** (SpREUK-SF-10; Bussingetal. 2005). Η πνευματικότητα και θρησκευτικότητα θα μετρηθεί με το τεστ SpREUK-SF-10 του Bussing από το Πανεπιστήμιο Witten/Herdecke (Bussing, 2005). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε με σκοπό να μελετήσει το βαθμό πνευματικότητας και θρησκευτικότητας και είναι ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς 15 ερωτήσεων. Οι ερωτήσεις συνίστανται σε φράσεις όπως: «Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο» και η απάντηση δίνεται σε

μια κλίμακα πέντε διαβαθμίσεων (1=δεν ισχύει καθόλου έως 5=ισχύει απόλυτα). Στην ελληνική στάθμιση ο συντελεστής αξιοπιστίας Cronbach α ήταν, Cronbach=0,816, (Gouvaetal, 2022). Η κλίμακα περιλαμβάνει 3 διαστάσεις : Αναζήτηση {για υποστήριξη} (Search {forSupport /Access}): αφορά την πρόθεση να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε πνευματικές/θρησκευτικές πηγές οι οποίες μπορεί να είναι ευεργετικές. Αφορά το ενδιαφέρον για πνευματικά/θρησκευτικά θέματα. Εμπιστοσύνη {σε έναν ανώτερο προσανατολισμό}(Trust {inHigherGuidance / Source}): μετράει την εγγενή θρησκευτικότητα, την πεποίθηση ότι τα άτομα θα πρέπει να συνδέονται με μια ανώτερη δύναμη για να προστατεύονται και να καθοδηγούνται από αυτή τη δύναμη. Αντανάκλαση {θετική ερμηνεία της ασθένειας}(Reflection {PositiveInterpretation o Disease}): αφορά στη γνωστική επανεκτίμηση με αφορμή ένα γεγονός κρίσης καθώς και στις μελλοντικές προσπάθειες για πνευματική/θρησκευτική αλλαγή, με στόχο την εσωτερική εξέλιξη και τη νοηματοδότηση του γεγονότος.

- II. **Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας SF- 36** Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία, η ζωτικότητα, η κοινωνική λειτουργικότητα, ο συναισθηματικός ρόλος και η πνευματική- ψυχική υγεία (Ware 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων. Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Ware, 1993). Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

2. Αποτελέσματα

2.1 Περιγραφική Ανάλυση Δεδομένων

2.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά

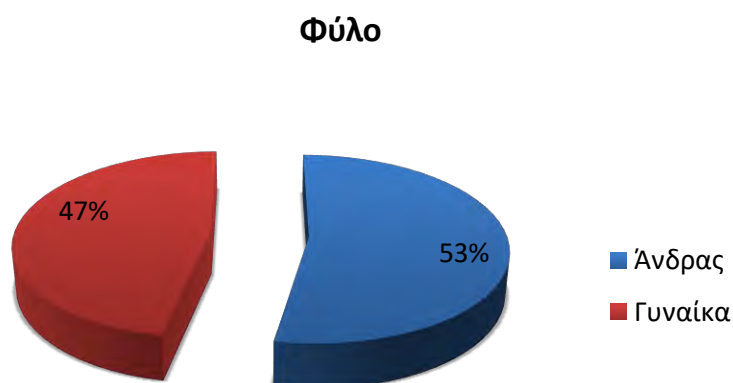
Στον πίνακα 1 που ακολουθεί καταγράφονται τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα η πλειοψηφία τους δείγματος με 53% είναι άντρες και το 47% γυναίκες. Αναφορικά με το ηλικιακό εύρος το 26% είναι από 66 έως 70 ετών, το 24% είναι από 60 έως 65 ετών, 76 έως 80 ετών δηλώνει είναι το 23% των ηλικιωμένων, 20% είναι από 71 έως 75 ετών και πάνω από 81 ετών είναι μόλις το 7% του δείγματος. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων δήλωσαν παντρεμένοι με 53%, ανύπαντροι είναι το 19%, 17% ήταν διαζευγμένοι και 11% βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας.

Σχετικά με τον τόπο από όπου κατάγονται η πλειοψηφία με 48% απάντησε ότι προέρχεται από πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους, το 39% κατάγεται από χωριό/κωμόπολη και 13% από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους. Ερωτώμενοι για το εκπαιδευτικό τους επίπεδο το 26% απάντησε ότι είναι απόφοιτοι λυκείου, το 24% των ηλικιωμένων δήλωσαν αναλφάβητοι, το 23% απόφοιτοι δημοτικοί, το 16% απόφοιτοι γυμνασίου και 11% απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ. Το 30% των ηλικιωμένων του δείγματος απάντησε ότι παίρνει σύνταξη και το 67% ότι εργάζεται ακόμη για τα λεφτά. Το 52% των ερωτηθέντων απάντησε ότι έχει αδέρφια και 83% έχει παιδιά. Όσον αφορά με το, με ποιον μένουν η πλειοψηφία με 29% δήλωσε ότι συγκατοικεί με την αδερφή, το 19% με τον σύντροφο, το 16% με κάποιον φίλο, το 15% των ηλικιωμένων ζει μόνο του, το 14% με τον αδερφό και το 7% διαμένει με τα παιδιά του.

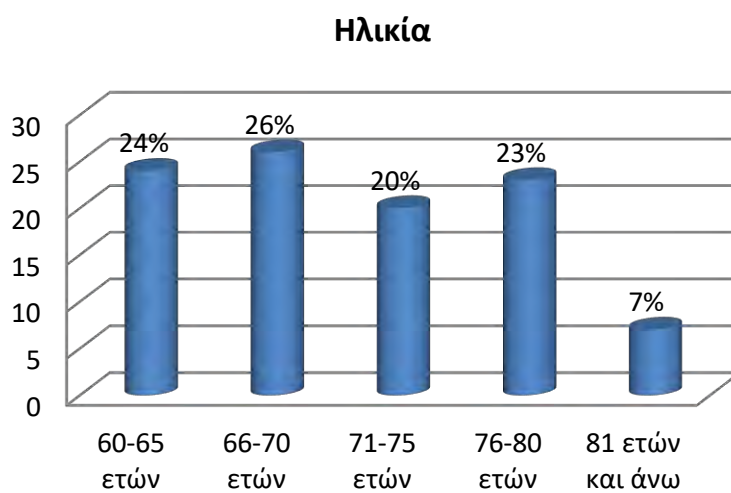
Πίνακας 1: Κοινωνικο-δημογραφικά Χαρακτηριστικά

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ	Ν/%
ΦΥΛΟ	
Άνδρας	53
Γυναίκα	47
ΗΛΙΚΙΑ	
60-65 ετών	24
66-70 ετών	26
71-75 ετών	20
76-80 ετών	23
81 ετών και άνω	7
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Άγαμος	19
Έγγαμος	53
Διαζευγμένος	17
Χήρος	11
ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ	
Χωριό/κωμόπολη	39
Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	48
Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	13
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	
Αναλφάβητος	24
Απόφοιτος δημοτικού	23
Απόφοιτος γυμνασίου	16
Απόφοιτος λυκείου	26
Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	11
ΣΥΝΤΑΞΗ	
Ναι	30
Όχι	70
ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΧΡΗΜΑΤΑ	
Ναι	67
Όχι	33
ΑΔΕΡΦΙΑ	
Ναι	52
Όχι	48
ΠΑΙΔΙΑ	
Ναι	83
Όχι	17
ΜΕΝΕΤΕ ΜΕ:	
Μόνος	15
Με το σύντροφο	19
Με φίλο	16
Με την αδελφή	29
Με τον αδελφό	14
Με τα παιδιά μου	7

Στη συνέχεια δίνονται διαγραμματικά οι ποσοστιαίες αναλογίες των απαντήσεων των ηλικιωμένων αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του.

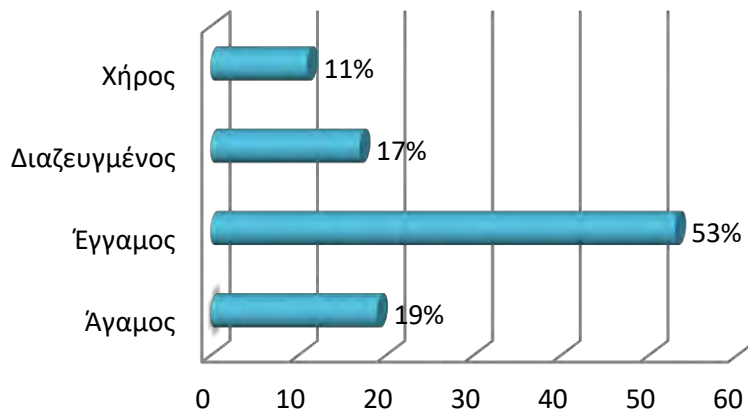


Διάγραμμα 1: Φύλο



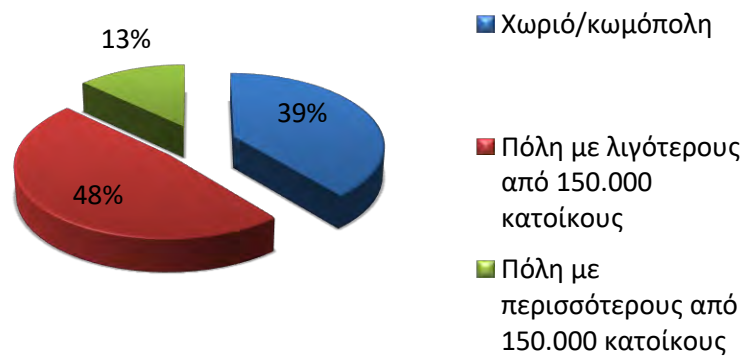
Διάγραμμα 2: Ηλικία

Οικογενειακή Κατάσταση



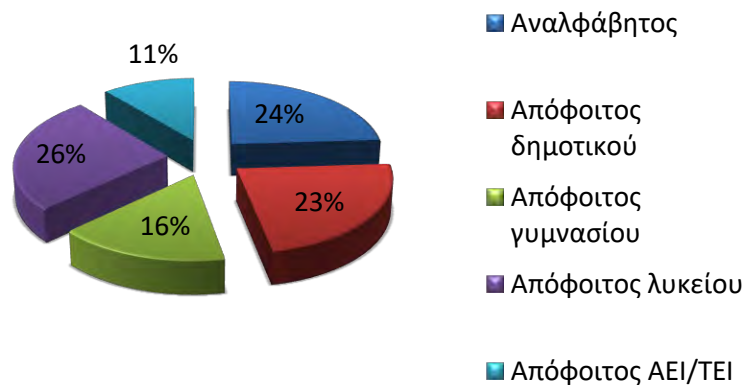
Διάγραμμα 3: Οικογενειακή Κατάσταση

Τόπος Καταγωγής



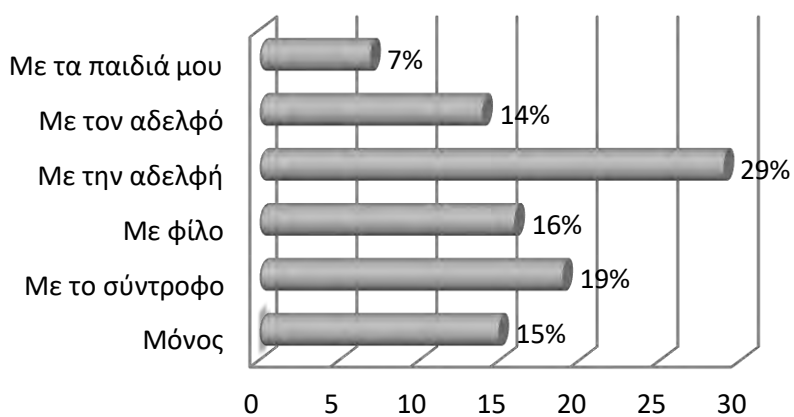
Διάγραμμα 4: Τόπος Καταγωγής

Εκπαιδευτικό Επίπεδο



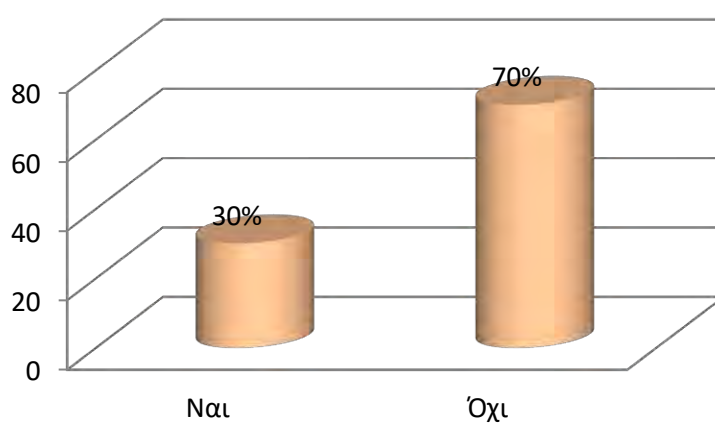
Διάγραμμα 5: Εκπαιδευτικό Επίπεδο

Μένετε με:



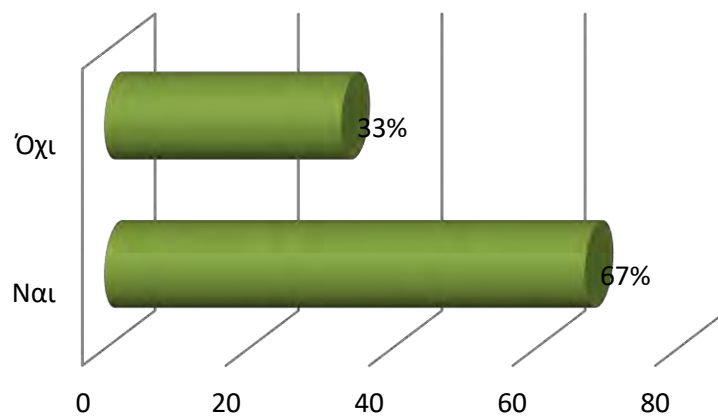
Διάγραμμα 6: Διαμονή

Σύνταξη



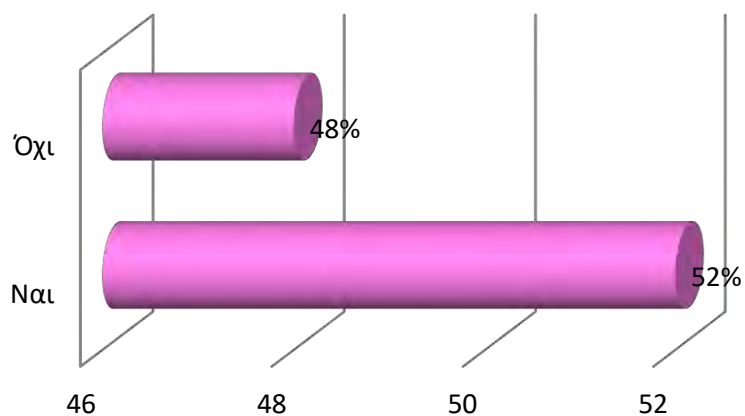
Διάγραμμα 7: Σύνταξη

Εργασία για Χρήματα



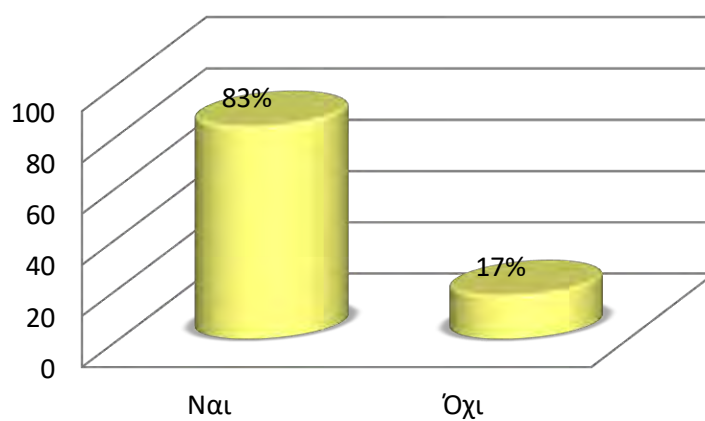
Διάγραμμα 8: Εργασία για χρήματα

Αδέρφια



Διάγραμμα 9: Αδέρφια

Παιδιά



Διάγραμμα 10: Παιδιά

2.1.2 Περιγραφικά Στοιχεία Κλιμάκων

Ο πίνακας 2 αναφέρεται στα περιγραφικά στοιχεία των κλιμάκων της έρευνας. Σύμφωνα με τα ευρήματα τα χαμηλότερα επίπεδα καταγράφουν οι παράγοντες της Σωματικής Λειτουργικότητας (μέσος όρος=33,75, διάμεσο=32,5, εύρος 10-65), του Σωματικού Ρόλου (μέσος όρος=31,75, διάμεσο=25, εύρος 0-75), η Ζωτικότητα (μέσος όρος=49,40, διάμεσο=17,67, εύρος 10-85) και η Συνολική Φυσική Υγεία (μέσος όρος=43,51, διάμεσο=43,33, εύρος 24,79-66,46). Τα υψηλότερα επίπεδα εμφανίζουν ο Συναισθηματικός Ρόλος (μέσος όρος=52, διάμεσο=66,66, εύρος 0-100) και η Γενική Υγεία (μέσος όρος=55,54, διάμεσο=54,26, εύρος 16,67-91,67). Συμπερασματικά, όσον αφορά την Ποιότητα Ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος διακρίνουμε σημαντικά προβλήματα σχετικά τη σωματική λειτουργικότητα και τον σωματικό τους ρόλο καθώς και τη ζωτικότητα και το σύνολο της σωματικής/φυσικής υγείας τους. Από την άλλη σε καλά επίπεδα φαίνεται να βρίσκεται το συναισθηματικό τους υπόβαθρο καθώς και η γενική υγεία.

Αναφορικά με τα επίπεδα πνευματικότητα καταγράφονται οι παράγοντες 1. Religionsupporto οποίος αφορά την πρόθεση που έχουν οι ηλικιωμένοι να βρουν ή να έχουν πρόσβαση σε κάποιον θρησκευτικό/πνευματικό καθώς και το ενδιαφέρον για τα θρησκευτικά/πνευματικά θέματα (ενόραση κλπ) (μέσος όρος=16,63, διάμεσο=17, εύρος 11-23), 2. Religiontrust που είναι ένα μέτρο της εγγενούς θρησκευτικότητας και αφορά την πεποίθηση των ηλικιωμένων ότι συνδέονται με μια ανώτερη πηγή, προστατεύονται και καθοδηγούνται από αυτή οτιδήποτε κι εάν συμβεί (μέσος όρος=15,84, διάμεσο=16, εύρος 8-24), 3. Religionreflection που αφορά τη γνωστική εκτίμηση και τις επακόλουθες προσπάθειες αλλαγής δηλ. προβληματισμοί σχετικά με το τι είναι ουσιαστικό στη ζωή, υποδείξεις αλλαγής της ζωής, ευκαιρίες ανάπτυξης, κλπ. (μέσος όρος=15,17, διάμεσο=15, εύρος 9-21). Τέλος, καταγράφεται η συνολική Πνευματικότητα των ηλικιωμένων (Religiontotal) (μέσος όρος=47,64, διάμεσο=48, εύρος 35-58).

Πίνακας 2: Περιγραφικά Στοιχεία Κλιμάκων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	Μ.Ο. ± Τ.Α	ΕΛΑΧ.-ΜΕΓ.	ΔΙΑΜΕΣΟΣ
SF_Σωματική λειτουργικότητα	33,75±13,01	10-65	32,5
SF_Σωματικός Ρόλος	31,75±22,98	0-75	25
SF_Συναισθηματικός Ρόλος	52±26,51	0-100	66,66
SF_Ζωτικότητα	49,40±17,67	10-85	50
SF_Ψυχική Υγεία	49,88±14,16	20-80	52
SF_Κοινωνικός Ρόλος	56,12±22,22	0-100	50
SF_Σωματικός Πόνος	53±20,95	10-90	53,75
SF_Γενική Υγεία	55,54±14,56	16,67-91,67	54,16
SF_Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	51,85±10,22	22,63-75,38	51,85
SF_Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	43,51±8,78	24,79-66,46	43,33
Religion_Support	16,63±2,61	11-23	17
Religion_Trust	15,84±3,02	8-24	16
Religion_Reflection	15,17±2,48	9-21	15
Religion_Total	47,64±4,86	35-58	48

2.1.3 Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων

Ο πίνακας 3 καταγράφει τα αποτελέσματα του ελέγχου κανονικότητας για τις κλίμακες της έρευνας όσον αφορά το συγκεκριμένο δείγμα των ηλικιωμένων. Ο έλεγχος πραγματοποιήθηκε με τον δείκτη Kolmogorov – Smirnov τιμές του οποίου $>0,05$ δηλώνουν κανονικότητα κατανομής του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα 3 λοιπόν το Σύνολο της Ψυχικής Υγείας, η Συνολική Σωματική Υγεία και η Συνολική Πνευματικότητα ακολουθούν την κανονική κατανομή ($p=0,200$). Ενώ όλες οι άλλοι παράγοντες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

Επομένως, όσον αφορά την επαγωγική ανάλυση και τη διερεύνηση των συσχετίσεων εφαρμόστηκε παραμετρική ανάλυση των δεδομένων για τις κλίμακες που ακολουθούν την κανονική κατανομή, με τη χρήση των ελέγχων t-test (διμεταβλητές) και ANOVA(F) (πολυμεταβλητές) για τις ποιοτικές μεταβλητές και Pearson(r) για τις ποσοτικές. Για τις κλίμακες που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή έγινε μη παραμετρική ανάλυση των δεδομένων με τη χρήση των ελέγχων Mann – Whitney (U) (διμεταβλητές) και Kruskal – Wallis (F) (πολυμεταβλητές) για τις ποιοτικές μεταβλητές καθώς και ο μη παραμετρικός έλεγχος συσχετίσεων Spearman (rho) για τις ποσοτικές μεταβλητές.

Πίνακας 3: Έλεγχος Κανονικότητας Κλιμάκων

	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	Df	Sig.
SF_ Σωματική λειτουργικότητα	,149	100	,000
SF_ Σωματικός Ρόλος	,225	100	,000
SF_ Συναισθηματικός Ρόλος	,280	100	,000
SF_ Ζωτικότητα	,094	100	,031
SF_ Ψυχική Υγεία	,103	100	,011
SF_ Κοινωνικός Ρόλος	,159	100	,000
SF_ Σωματικός Πόνος	,095	100	,027
SF_ Γενική Υγεία	,096	100	,023
SF_ Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	,062	100	,200*
SF_ Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	,057	100	,200*
Religion_Support	,110	100	,005
Religion_Trust	,091	100	,040
Religion_Reflection	,107	100	,006
Religion_Total	,070	100	,200*

2.2 Επαγωγική Ανάλυση – Διερεύνηση Συσχετίσεων

2.2.1 Συσχέτιση Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής

Πίνακας 4: Συσχετίσεις μεταξύ Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής

		SF_ Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	SF_ Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	Religion_Total
SF_ Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	r			
	p			
SF_ Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	r	0,069		
	p	0,493		
Religion_Total	r	-0,045	-0,056	
	p	0,658	0,579	

Στον πίνακα 4 καταγράφονται τα αποτελέσματα των ελέγχων ανάμεσα στο Σύνολο της Πνευματικότητας και το Σύνολο της Ψυχικής και Φυσικής Υγείας. Σύμφωνα με τα ευρήματα δεν παρατηρείται καμία συσχέτιση.

2.2.2 Συσχετίσεις μεταξύ των Παραγόντων Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής

Πίνακας 5: Συσχετίσεις μεταξύ Παραγόντων Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής

		SF_Σωματική λειτουργικότητα	SF_Σωματικός Ρόλος	SF_Συναισθηματικός Ρόλος	SF_ Ζωτικότητα	SF_ Ψυχική Υγεία	SF_ Κοινωνικός Ρόλος	SF_ Σωματικό ς Πόνος	SF_ Γενική Υγεία	Religion_ Support	Religion_ Trust
SF_Σωματική λειτουργικότητα	rho	.									
	p	.									
SF_Σωματικός Ρόλος	rho	,116	.								
	p	,250	.								
SF_Συναισθηματι κός Ρόλος	rho	-,110	-,099	.							
	p	,276	,326	.							
SF_Ζωτικότητα	rho	-,117	,067	-,078	.						
	p	,245	,509	,441	.						
SF_Ψυχική Υγεία	rho	-,121	,011	,151	-,042	.					
	p	,230	,912	,133	,675	.					
SF_Κοινωνικός Ρόλος	rho	-,182	-,142	-,123	,123	-,094	.				
	p	,070	,160	,221	,221	,351	.				
SF_Σωματικός Πόνος	rho	-,190	-,110	-,055	,055	,057	,596**	.			
	p	,058	,275	,587	,589	,573	,000	.			
SF_Γενική Υγεία	rho	-,078	,075	-,044	-,027	,160	,161	,063	.		
	p	,438	,460	,664	,793	,112	,109	,532	.		
Religion_Support	rho	-,115	-,032	,207*	-,130	,048	-,098	-,048	-,003	.	
	p	,253	,755	,039	,199	,638	,334	,638	,977	.	
Religion_Trust	rho	,047	,250*	-,090	-,081	-,068	-,078	-,111	-,166	,001	.
	p	,645	,012	,371	,424	,499	,442	,272	,099	,989	.
Religion_Reflecti on	rho	-,002	,129	,181	-,039	-,040	-,142	-,188	-,047	,089	,056
	p	,985	,199	,071	,701	,689	,158	,061	,640	,378	,580

*Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,05

**Η συσχέτιση είναι σημαντική στο επίπεδο 0,01

Στον πίνακα 5 καταγράφονται οι συσχετίσεις μεταξύ παραγόντων Πνευματικότητας και Ποιότητας Ζωής. Σύμφωνα με τα ευρήματα του πίνακα διαπιστώνονται τα ακόλουθα:

- Προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του παράγοντα Σωματικός Ρόλος με τον παράγοντα ReligionTrust ($r=0,250$, $p=0,012$). Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερα επίπεδα σωματικού ρόλου εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι του δείγματος τόσο πιο υψηλά επίπεδα εμπιστοσύνης προς το θείο καταγράφουν.
- Προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση της διάστασης Συναισθηματικός Ρόλος με τη διάσταση ReligionSupport ($r=0,207$, $p=0,039$). Ειδικότερα, τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικού ρόλου στους ηλικιωμένους του δείγματος υποδεικνύουν αντίστοιχα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας.
- Προκύπτει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του παράγοντα Κοινωνικός Ρόλος με τον παράγοντα Σωματικός Πόνος ($r=0,596$, $p<0,001$). Συγκεκριμένα, υψηλά επίπεδα κοινωνικότητας των ηλικιωμένων συνδέονται με υψηλά επίπεδα σωματικού πόνου.

2.2.3 Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Πνευματικότητας

Πίνακας 6: Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Πνευματικότητας

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		Religion_ Support	Religion_ Trust	Religion_ Reflection	
Φύλο	median	Άντρας	16	16	15
		Γυναίκα	17	16	15
	U	1187,0	1133,0	1097,5	
	p value	0,684	0,435	0,303	
Ηλικία	median	60-65 ετών	17,5	16,5	15
		66-70 ετών	15,5	16	15
		71-75 ετών	17	16,5	14,5
		76-80 ετών	17	15	16
		81 ετών και άνω	16	17	15
	H	4,622	2,095	4,320	
p value	0,328	0,718	0,364		
Οικογενειακή Κατάσταση	median	Άγαμος	15	17	15
		Έγγαμος	17	16	15
		Διαζευγμένος	16	16	16
		Χήρος	18	15	14
	H	8,780	2,346	3,069	
p value	0,032	0,504	0,381		
Τόπος Καταγωγής	median	Χωριό/κωμόπολη	17	16	15
		Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	17	16	15
		Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	15	17	14
	H	3,375	,975	5,114	
P value	0,185	0,614	0,078		
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	median	Αναλφάβητος	17	16	15
		Απόφοιτος δημοτικού	17	17	15
		Απόφοιτος γυμνασίου	16,5	16	15
		Απόφοιτος λυκείου	17	15,5	15,5
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	14	14	14
	H	3,550	5,700	3,754	
P value	0,470	0,223	0,440		
Σύνταξη	median	Ναι	17	15	<u>15,5</u>
		Όχι	16,5	16	15
	U	876,0	974,5	781,0	
	p value	0,187	0,568	0,041	
Εργασία για Χρήματα	median	Ναι	17	<u>17</u>	15
		Όχι	17	15	15
	U	1007,0	781,0	1091,50	

		p value	0,467	0,017	0,918
Αδέρφια	median	Ναι	16	16	15
		Όχι	17	16	15
		U	1140,0	1173,5	1217,0
		p value	0,452	0,605	0,829
Παιδιά	median	Ναι	16	16	15
		Όχι	18	16	15
		U	547,5	666,0	555,5
		p value	0,144	0,716	0,165
Μένετε με:		Μόνος	17	15	16
		Με το σύντροφο	16	16	15
	median	Με φίλο	18	18	14,5
		Με την αδελφή	16	16	15
		Με τον αδελφό	15,5	15,5	15
		Με τα παιδιά μου	18	16	15
		H	6,990	5,195	8,124
		p value	0,221	0,393	0,150

Η επίδραση των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων στα επίπεδα της Πνευματικότητας αποδίδεται στους πίνακες 6 και 7. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτουν τα εξής:

- Η μεταβλητή «οικογένεια» φαίνεται να επιδρά στα επίπεδα του παράγοντα ReligionSupport ($p=0,032$). Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας (media=18).
- Η μεταβλητή «σύνταξη» επηρεάζει τα επίπεδα του παράγοντα ReligionReflection ($p=0,041$). Ειδικότερα, όσοι ηλικιωμένοι λαμβάνουν σύνταξη καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα πνευματικότητας (median=15,5).
- Η μεταβλητή «εργασία για χρήματα» επιδρά στα επίπεδα ReligionTrust ($p=0,017$). Συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι εξακολουθούν να εργάζονται για λεφτά εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης στο θείο (median=17).

Πίνακας 7: Επίδραση των Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στο Σύνολο της Πνευματικότητας

		ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ	Religion_Total
Φύλο	M.O.	Άντρας	47,69
		Γυναίκα	47,57
		T	0,126
		p value	0,900
Ηλικία	M.O.	60-65 ετών	47,41
		66-70 ετών	46,15
		71-75 ετών	48,10
		76-80 ετών	48,86
		81 ετών και άνω	48,57
		F	1,102
	p value	0,360	
Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	Άγαμος	46,42
		Έγγαμος	48,62
		Διαζευγμένος	46,88
		Χήρος	46,18
		F	1,618
	p value	0,190	
Τόπος Καταγωγής	M.O.	Χωριό/κωμόπολη	47,82
		Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	48,06
		Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	45,53
		F	1,436
		P value	0,243
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	M.O.	Αναλφάβητος	48,16
		Απόφοιτος δημοτικού	48,95
		Απόφοιτος γυμνασίου	47,43
		Απόφοιτος λυκείου	47,50
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	44,36
		F	1,812
	P value	0,133	
Σύνταξη	M.O.	Ναι	48,80
		Όχι	47,14
		T	1,574
		p value	0,119
Εργασία για Χρήματα	M.O.	Ναι	48,00
		Όχι	46,90
		T	1,056
		p value	0,294
Αδέρφια	M.O.	Ναι	47,59
		Όχι	47,68
		T	-0,093

		p value	0,926
Παιδιά	M.O.	Ναι	47,38
		Όχι	48,88
		T	-1,159
		p value	0,249
Μένετε με:	M.O.	Μόνος	48,06
		Με το σύντροφο	46,63
		Με φίλο	49,31
		Με την αδελφή	47,41
		Με τον αδελφό	46,71
		Με τα παιδιά μου	48,42
			F
		p value	0,620

2.2.4 Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής

Στους πίνακες 8-10 καταγράφονται οι επιδράσεις των κοινωνικο-δημογραφικών παραγόντων στα επίπεδα ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτουν τα ακόλουθα:

- Η μεταβλητή «ηλικία» επιδρά στα επίπεδα του παράγοντα Συναισθηματικός Ρόλος ($p=0,020$). Συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι άνω των 76 ετών εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα (median=66,66).
- Η μεταβλητή «σύνταξη» επηρεάζει τα επίπεδα της διάστασης Συναισθηματικός Ρόλος ($p=0,002$). Ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι του δείγματος που λαμβάνουν σύνταξη καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα (median=66,66).
- Η μεταβλητή «διαμονή» επιδρά στα επίπεδα των παραγόντων Σωματική Λειτουργικότητα ($p=0,023$) και Συναισθηματικός Ρόλος ($p=0,011$). Συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι ζουν με τα παιδιά τους φαίνεται να έχουν την καλύτερη ποιότητα σωματικής λειτουργικότητας και συναισθημάτων.

- Η μεταβλητή «αδέρφια» επιδρά στα επίπεδα Κοινωνικού Ρόλου ($p=0,015$) και Γενικής Υγείας ($p=0,015$). Συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής κοινωνικού ρόλου ($median=62,5$) και γενικής υγείας ($median=58,33$).
- Η μεταβλητή «ηλικία» επιδρά στα επίπεδα του Συνόλου της Ψυχικής Υγείας ($p=0,034$). Ειδικότερα, οι ηλικιωμένοι άνω των 81 ετών καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ποιότητας ζωής ($M.O.=57,35$).
- Η μεταβλητή «εκπαιδευτικό επίπεδο» επηρεάζει το Σύνολο Ψυχικής Υγείας ($p=0,010$). Συγκεκριμένα, οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ καταγράφουν τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ποιότητας ζωής ($M.O.=55,62$).
- Η μεταβλητή «εργασία για χρήματα» επηρεάζει το Σύνολο της Φυσικής Υγείας ($p=0,012$). Ειδικότερα, όσοι ηλικιωμένοι εργάζονται ακόμη εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα φυσικής υγείας ($M.O.=45,04$).
- Η μεταβλητή «σύνταξη» επιδρά στα επίπεδα συνόλου Ψυχικής Υγείας ($p=0,003$). Ειδικότερα, όσοι ηλικιωμένοι λαμβάνουν σύνταξη εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ψυχικής υγείας ($M.O.=56,39$).
- Η μεταβλητή «αδέρφια» επιδρά στα επίπεδα συνόλου Φυσικής Υγείας ($p=0,006$). Συγκεκριμένα, όσοι ηλικιωμένοι έχουν αδέρφια εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα φυσικής υγείας ($M.O.=45,80$).

Πίνακας 8: Επίδραση των Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής (1/2)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		SF_Σωματική Λειτουργικότητα	SF_Σωματικός Ρόλος	SF_Συναισθηματικός Ρόλος	SF_Ζωτικότητα	
Φύλο	median	Αντρας	35	25	66,6	50
		Γυναίκα	30	25	66,6	50
	U	1143,0	1102,0	1238,5	1166,0	
	p value	0,475	0,297	0,958	0,581	
Ηλικία	median	60-65 ετών	35	25	33,33	47,5
		66-70 ετών	35	50	50	52,5
		71-75 ετών	40	25	50	50
		76-80 ετών	25	25	66,66	50
		81 ετών και άνω	25	25	66,66	50
	H	3,804	6,483	11,612	1,278	
	p value	0,433	0,166	0,020	0,865	
Οικογενειακή Κατάσταση	median	Άγαμος	40	25	33,33	55
		Έγγαμος	30	25	66,66	50
		Διαζευγμένος	35	25	66,66	50
		Χήρος	25	25	33,33	45
	H	5,864	1,800	6,036	4,986	
p value	0,118	0,615	0,110	0,173		
Τόπος Καταγωγής	median	Χωριό/κωμόπολη	30	25	66,66	50
		Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	35	25	33,33	50
		Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	35	50	66,66	55
	H	1,947	,361	3,176	0,435	
	P value	0,378	0,835	0,204	0,805	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	median	Αναλφάβητος	32,5	50	66,66	52,5
		Απόφοιτος δημοτικού	30	25	33,33	50
		Απόφοιτος γυμνασίου	30	25	66,66	50
		Απόφοιτος λυκείου	32,5	25	66,66	45
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	35	25	66,66	60
	H	0,663	6,063	5,802	5,746	
P value	0,956	0,194	0,214	0,219		
Σύνταξη	median	Ναι	25	25	66,66	50
		Όχι	35,	25	33,33	50
	U	858,5	888,5	662,0	959,5	
	p value	0,146	0,202	0,002	0,494	
Εργασία για Χρήματα	median	Ναι	35	25	66,66	50
		Όχι	25	25	66,66	45

	U	993,5	747,0	1081,0	895,5	
	p value	0,408	0,066	0,846	0,122	
Αδέρφια	median	Ναι	30	25	33,33	50
		Όχι	35	25	66,66	50
	U	1158,5	1004,5	1023,5	1128,0	
	p value	0,534	0,077	0,093	0,406	
Παιδιά	median	Ναι	35,	25	66,66	50
		Όχι	30	25	66,66	45
	U	664,5	621,0	509,5	536,5	
	p value	0,704	0,415	0,052	0,119	
Μένετε με:	median	Μόνος	45	25	66,66	50
		Με το σύντροφο	35	25	33,33	55
		Με φίλο	25	25	66,66	47,5
		Με την αδελφή	30	25	66,66	50
		Με τον αδελφό	40	25	33,33	55
		Με τα παιδιά μου	45	25	66,66	45,
		H	13,056	5,073	14,877	6,965
p value	0,023	0,407	0,011	0,223		

Πίνακας 9: Επίδραση των Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στους Παράγοντες Ποιότητας Ζωής (2/2)

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		SF_Ψυχική Υγεία	SF_Κοινωνικός Ρόλος	SF_Σωματικός Πόνος	SF_Γενική Υγεία	
Φύλο	median	Άντρας	52	50	55	54,16
		Γυναίκα	48	50	52,5	54,16
	U	1103,0	1215,0	1208,0	1224,5	
	p value	0,323	0,830	0,795	0,884	
Ηλικία	median	60-65 ετών	48	56,25	65	52,08
		66-70 ετών	50	50	50	58,33
		71-75 ετών	46	56,25	55	58,33
		76-80 ετών	52	50	52,5	54,16
		81 ετών και άνω	64	62,5	60	54,16
		H	5,019	3,288	5,527	3,043
p value	0,285	0,511	0,237	0,551		
Οικογενειακή Κατάσταση	median	Άγαμος	48	50	57,5	54,16
		Έγγαμος	48	50	52,5	54,16
		Διαζευγμένος	48	50	52,5	54,16
		Χήρος	56	62,5	62,5	58,33
		H	3,215	1,078	0,489	1,170
p value	0,360	0,782	0,921	0,760		
Τόπος Καταγωγής	median	Χωριό/κωμόπολη	52	50	52,5000	58,3333
		Πόλη με λιγότερους από	52	62,5	55	54,16

		150.000 κατοίκους			
		Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	44	50	45
		H	0,787	2,221	1,212
		P value	0,675	0,329	0,546
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	median	Αναλφάβητος	56	62,5	65
		Απόφοιτος δημοτικού	52	50	50
		Απόφοιτος γυμνασίου	44	50	56,25
		Απόφοιτος λυκείου	52,	62,5	55
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	60	50	52,5
		H	4,198	5,536	3,535
		P value	0,380	0,237	0,473
Σύνταξη	median	Ναι	52	56,25	53,75
		Όχι	48	50	53,75
		U	858,0	872,0	1046,0
		p value	0,147	0,172	0,976
Εργασία για Χρήματα	median	Ναι	52	50	52,5
		Όχι	48	62,5	57,5
		U	1045,5	898,0	1051,5
		p value	0,659	0,121	0,692
Αδέρφια	median	Ναι	48	<u>62,5</u>	58,75
		Όχι	52	50	50
		U	1143,5	903,5	1006,0
		p value	0,469	0,015	0,094
Παιδιά	median	Ναι	48	50	55
		Όχι	52	50	42,5
		U	662,0	631,5	541,5
		p value	0,689	0,489	0,132
Μένετε με:	median	Μόνος	44	50	35
		Με το σύντροφο	52	62,5	60
		Με φίλο	58	50	56,25
		Με την αδελφή	48	50	52,50
		Με τον αδελφό	44	62,5	58,75
		Με τα παιδιά μου	52	37,5	55
		H	4,422	6,027	4,659
			p value	0,490	0,304

Πίνακας 10: Επίδραση Κοινωνικο-δημογραφικών Χαρακτηριστικών στα Σύνολα Ποιότητας Ζωής

ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ		SF_Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας	SF_Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας	
Φύλο	M.O.	Αντρας	52,75	44,37
		Γυναίκα	50,82	42,53
	T	0,943	1,051	
	p value	0,348	0,296	
Ηλικία	M.O.	60-65 ετών	47,76	43,68
		66-70 ετών	51,10	44,51
	71-75 ετών	50,91	43,87	
	76-80 ετών	56,10	43,05	
	81 ετών και άνω	<u>57,35</u>	39,64	
	F	2,715	0,440	
p value	0,034	0,779		
Οικογενειακή Κατάσταση	M.O.	Άγαμος	51,23	46,48
		Έγγαμος	52,38	42,59
		Διαζευγμένος	52,16	42,52
		Χήρος	49,86	44,31
	F	0,209	1,020	
p value	0,890	0,387		
Τόπος Καταγωγής	M.O.	Χωριό/κωμόπολη	52,83	42,99
		Πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους	51,72	43,98
	Πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους	49,36	43,30	
	F	0,562	0,141	
	P value	0,572	0,869	
Εκπαιδευτικό Επίπεδο	median	Αναλφάβητος	<u>56,58</u>	45,98
		Απόφοιτος δημοτικού	47,32	42,01
		Απόφοιτος γυμνασίου	48,67	44,07
		Απόφοιτος λυκείου	51,84	41,90
		Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	<u>55,62</u>	44,20
	F	3,496	0,893	
P value	0,010	0,472		
Σύνταξη	M.O.	Ναι	<u>56,39</u>	42,25
		Όχι	49,90	44,04
	T	3,028	-0,934	
	p value	0,003	0,353	

Εργασία για Χρήματα	M.O.	Ναι	51,86	<u>45,04</u>	
		Όχι	51,82	40,38	
		T	0,015	2,567	
		p value	0,988	0,012	
Αδέρφια	M.O.	Ναι	52,27	<u>45,80</u>	
		Όχι	51,39	41,02	
		T	0,429	2,819	
		p value	0,699	0,006	
Παιδιά	M.O.	Ναι	51,78	43,89	
		Όχι	52,16	41,64	
		T	-0,138	0,963	
		p value	0,891	0,338	
Μένετε με:	M.O.	Μόνος	48,50	41,20	
		Με το σύντροφο	51,88	42,43	
		Με φίλο	53,06	41,34	
		Με την αδελφή	51,96	45,56	
		Με τον αδελφό	52,20	45,34	
		Με τα παιδιά μου	54,98	44,13	
			F	0,490	0,901
			p value	0,783	0,484

Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα με τίτλο «Ο ρόλος της πνευματικότητας στην ψυχοσωματική ποιότητα ζωής των ατόμων της ύστερης ενήλικης ζωής στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας» πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας με στόχο να διερευνήσει την αλληλεπίδραση ποιότητας ζωής και πνευματικότητας σε δείγμα ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τα ευρήματα που καταγράφησαν οι ηλικιωμένοι του δείγματος εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα στον συναισθηματικό ρόλο και τη γενική υγεία ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα παρουσιάζονται στη σωματική λειτουργικότητα, στο σωματικό ρόλο, στη ζωτικότητα και στο σύνολο της φυσικής υγείας. Όσον αφορά στην πνευματικότητα καταγράφονται μεσαία επίπεδα.

Σχετικά με την συσχέτιση της ποιότητας ζωής με την πνευματικότητα των ηλικιωμένων προέκυψαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των παραγόντων. Συγκεκριμένα, όσο υψηλότερα επίπεδα σωματικού ρόλου καταγράφουν οι ηλικιωμένοι τόσο υψηλότερα επίπεδα εμπιστοσύνης προς κάτι ανώτερο εμφανίζουν. Ακόμη, τα υψηλά επίπεδα συναισθηματικού ρόλου στους ηλικιωμένους του δείγματος υποδεικνύουν αντίστοιχα υψηλά επίπεδα πνευματικότητας. Τέλος, τα επίπεδα κοινωνικού ρόλου και σωματικού πόνου φαίνεται να αλληλεπιδρούν.

Τα προσωπικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων του δείγματος φαίνεται επίσης να επιδρούν στα επίπεδα ποιότητας ζωής και πνευματικότητας. Η οικογένεια, το εάν λαμβάνουν σύνταξη και η εργασία για χρήματα φαίνεται να επηρεάζουν τα επίπεδα πνευματικότητας των ηλικιωμένων. Από την άλλη η ηλικία, η σύνταξη, η διαμονή, τα αδέρφια, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η εργασία για χρήματα επιδρούν στα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Απ' ότι φαίνεται οι ηλικιωμένοι οι οποίοι έχουν αδέρφια και διαμένουν με τα αδέρφια τους καταγράφουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Η έρευνα των Hollifield και Conger (2015) αναδεικνύει τη μοναδική επιρροή των αδελφών στη συμβολή στην ικανοποίηση από τη ζωή. Η ικανοποίηση από τη ζωή κατά την ύστερη ενήλικη ζωή είναι σημαντική γιατί προάγει τη θετική ψυχολογική λειτουργία και αποτρέπει επικίνδυνες συμπεριφορές που οδηγούν σε κακή υγεία. Η θεωρία του αυτοκαθορισμού δίνει έμφαση στην πρακτορική φύση των ατόμων για τη διατήρηση της ευημερίας μέσω των ψυχολογικών αναγκών αυτονομίας, ικανότητας και

συνάφειας, και των κοινωνικών πλαισίων που επηρεάζουν αυτές τις διαδικασίες. Επειδή τα αδέρφια χρησιμεύουν ως συναισθηματική πηγή σε όλη τη διάρκεια της ζωής, η υποστήριξη των αδελφών μπορεί να προβλέψει την ευημερία μέσω αυτών των ψυχολογικών αναγκών. Με οδηγό αυτό το πλαίσιο, η έρευνα των Hollifield και Conger (2015) διερεύνησε 337 άτομα από το Family Transitions Project οι οποίοι ανέφεραν υποστήριξη αδελφών στα 17 χρόνια, αίσθηση αυτονομίας, ικανότητας και συγγένειας στα 19 και ικανοποίηση από τη ζωή στα 20 χρόνια. Η υποστήριξη των αδελφών συνδέθηκε σημαντικά με την αυτονομία, την ικανότητα, τη συγγένεια και την ικανοποίηση από τη ζωή στην ύστερη ενήλικη ζωή. Η αίσθηση της ικανότητας μεσολάβησε στη συσχέτιση μεταξύ της υποστήριξης των αδελφών και της ικανοποίησης αργότερα από τη ζωή.

Οι διάφοροι ερευνητές έχουν τεκμηριώσει συσχετίσεις μεταξύ των οικογενειακών σχέσεων και μιας ποικιλίας αποτελεσμάτων ευημερίας και ποιότητας ζωής. Στην έρευνα των Stocker και συν. (2019) επιχείρησαν να καταγράψουν πληροφορίες σχετικά με τις σχέσεις των αδελφών στην ύστερη ενήλικη ζωή, διερεύνησαν τους προγνωστικούς παράγοντες των ατομικών διαφορών στην ποιότητα των αδελφικών σχέσεων και εξέτασαν τις συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας της σχέσης αδελφών, της μοναξιάς και της ευημερίας στην ύστερη ενήλικη ζωή. Το δείγμα περιελάμβανε 608 ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (329 άνδρες, 279 γυναίκες) που ήταν 64,6 ετών (SD = 4,58) κατά μέσο όρο. Οι συμμετέχοντες παρείχαν δεδομένα αυτοαναφοράς σχετικά με τις σχέσεις και την ευημερία τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ανέφεραν υψηλά επίπεδα αδερφικής ζεστασιάς και χαμηλά επίπεδα σύγκρουσης αδελφών και ευνοιοκρατίας από τους γονείς. Τα ζευγάρια αδελφών-αδερφών είχαν πιο ζεστές αδερφικές σχέσεις από άλλες συνθέσεις φύλου. Η σύγκρουση μεταξύ των αδελφών και η ευνοιοκρατία των γονέων συσχετίστηκαν θετικά με συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους, εχθρότητας και μοναξιάς. Η ζεστασιά των αδελφών συνδέθηκε αρνητικά με τη μοναξιά. Η μοναξιά μεσολάβησε εν μέρει τις συσχετίσεις μεταξύ της ποιότητας της σχέσης αδελφών και της ευημερίας. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υπογραμμίζουν τη σημασία των σχέσεων αδελφών στην υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων.

Η παρούσα έρευνα επίσης επιβεβαίωσε τη σχέση μεταξύ πνευματικότητας και ποιότητας ζωής στο δείγμα των ηλικιωμένων. Στη διεθνή βιβλιογραφία έχει καταγραφεί πλειάδα ερευνών σχετικά με τη σύνδεση αυτή. Η θρησκεία συσχετίζεται με βελτιωμένη σωματική και ψυχική υγεία και οι θρησκευόμενοι μπορεί να προτείνουν ότι η παρέμβαση του Θεού διευκολύνει αυτά τα οφέλη. Ωστόσο, οι ειδικοί δεν μπορούν να προσδιορίσουν εάν η συμμετοχή σε οργανωμένη θρησκεία συμβάλλει στην υγεία ή αν ψυχολογικά ή σωματικά υγιέστεροι άνθρωποι έλκονται από θρησκευτικές ομάδες. Εάν η θρησκεία είναι χρήσιμη, ο λόγος —είτε είναι οι ίδιες οι θρησκευτικές πεποιθήσεις είτε άλλοι παράγοντες— δεν είναι ξεκάθαρος. Πολλοί τέτοιοι παράγοντες (π.χ. ψυχολογικά οφέλη, ενθάρρυνση υγιεινών πρακτικών, κοινωνική υποστήριξη από τη θρησκευτική κοινότητα) έχουν προταθεί. Η θρησκεία μπορεί να προσφέρει τα ακόλουθα ψυχολογικά οφέλη: 1. Μια θετική και ελπιδοφόρα στάση για τη ζωή και την ασθένεια, η οποία προβλέπει βελτιωμένα αποτελέσματα υγείας και χαμηλότερα ποσοστά θνησιμότητας, 2. Μια αίσθηση νοήματος και σκοπού στη ζωή, που επηρεάζει τις συμπεριφορές υγείας και τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις και 3. Μεγαλύτερη ικανότητα αντιμετώπισης ασθένειας και αναπηρίας.

Πολλοί ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι η θρησκεία/πνευματικότητα είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας που τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν προβλήματα σωματικής υγείας και στρες της ζωής (π.χ. μείωση των οικονομικών πόρων, απώλεια συζύγου ή συντρόφου). Οι άνθρωποι που χρησιμοποιούν θρησκευτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης έχουν λιγότερες πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη και άγχος από εκείνους που δεν το κάνουν. Αυτή η αντίστροφη συσχέτιση είναι ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων με μεγαλύτερη σωματική αναπηρία. Μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση του 2022 κατέγραψε σαφείς συσχετισμούς μεταξύ θρησκευτικών και πνευματικών πρακτικών και χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και άγχους στους ηλικιωμένους. Επίσης, τα άτομα που ήταν πολύ θρησκευόμενα ανέφεραν καλύτερη ψυχολογική ευεξία, μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και καλύτερες κοινωνικές σχέσεις από εκείνους που δεν ασκούσαν τη θρησκεία ή την πνευματικότητα (Coelho-Júnior et al., 2022). Οι θρησκευόμενοι τείνουν επίσης να αναρρώνουν από την κατάθλιψη πιο γρήγορα. Ακόμη και η αντίληψη της αναπηρίας φαίνεται να αλλοιώνεται από τον βαθμό θρησκευτικότητας. Από τις ηλικιωμένες γυναίκες με κατάγματα ισχίου, οι πιο θρησκευόμενες είχαν τα χαμηλότερα ποσοστά κατάθλιψης και ήταν σε θέση να περπατήσουν πολύ περισσότερο όταν έβγαιναν από το νοσοκομείο από εκείνες που ήταν λιγότερο θρησκευόμενες.

Στην έρευνα των Chaves και Gil (2015) όλοι οι ηλικιωμένοι αναγνώρισαν τη σημασία της πνευματικότητας στη ζωή τους και η σχέση της με τα γηρατειά είναι στην ικανότητα να αντέχουν τους περιορισμούς, τις απώλειες και τις δυσκολίες που είναι εγγενείς στη διαδικασία, αντιμετωπίζοντας τα βάσανα που εμπλέκονται. Αυτά τα πράγματα βιώνονται σε αυτή τη φάση, μέσα από την ικανοποίηση του να τα ζεις συνεχώς: δεν υπάρχει εντατικοποίηση της σημασίας τους, αλλά μάλλον ωρίμανση και εμπάθυνση αυτής της εμπειρίας ζωής με αυτούς τους παράγοντες. Η επίδραση αυτής της ικανότητας στην Ποιότητα Ζωής γίνεται αντιληπτή, κυρίως, στον τομέα της Ψυχολογικής Υγείας, ευνοώντας την ανάπτυξη θετικών σκέψεων και συναισθημάτων που δίνουν στους συμμετέχοντες υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την ποιότητα ζωής τους.

Συμπερασματικά, η πνευματικότητα φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και μπορεί να έχει ιδιαίτερη αξία για την αντιμετώπιση των προκλήσεων της μετέπειτα ζωής. Ως ψυχολογικός όρος, η πνευματικότητα μπορεί να γίνει κατανοητή ως μια πολυδιάστατη θεωρητική κατασκευή που αναφέρεται σε έναν συγκεκριμένο τομέα της ανθρώπινης δραστηριότητας. Η ουσία του είναι η υπέρβαση πέρα από την εμπειρία του εαυτού, η οποία μπορεί να λάβει χώρα τόσο εντός του ατόμου, ως αυτοπραγμάτωση ή προσωπική ανάπτυξη. Η πνευματικότητα έχει ισχυρή θετική επίδραση στην ψυχική και σωματική υγεία. Μπορεί να προωθήσει την προσωπική ανάπτυξη μετά από τραύμα και να αυξήσει την ικανοποίηση από τη ζωή σε διάφορες ομάδες.

Βιβλιογραφία

- Abu, H.O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J.J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R.J. & Kiefe, C.I. (2018). Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Qual Life Res.*, 27(11), 2777–97.
- Adamle, K. N., & Ludwick, R. (2005). Humor in hospice care: Who, where, and how much?. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 22(4), 287-290.
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A, et al. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+study. *Br J Psychiatry*, 210, 125–31
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(1), 29-42.
- Aslan, G., Bakan, A.B. & Kilic, D. (2021). An investigation of the relationship between religious coping and life satisfaction in oncology patients aged 65 and over. *Psychogeriatrics*, 21, 279–87.
- Ausín, B., Muñoz, M., Santos-Olmo, A.B., Pérez-Santos, E., Castellanos, M.A. (2017). Prevalence of mental disorders in the elderly in the community of Madrid: results of the mentdis_ICF65+study. *Span J Psychol.*, 20:E6.
- Bae, S.M. (2020). Factors associated with depressive symptoms among elderly Koreans: the role of health status, work ability, financial problems, living alone, and family relationships. *Psychogeriatrics*, 20, 304–9.
- Balboni, T. A., Balboni, M., Enzinger, A. C., Gallivan, K., Paulk, M. F., Wright, A., et al. (2013). Provision of spiritual support to patients with advanced cancer by religious communities and associations with medical care at the end of life. *JAMA Internal Medicine*, 173(12), 1109-1117.
- Barnum, B.S. (2010). *Spirituality in Nursing: The Challenges of Complexity* (Third edition). New York, NY: Springer Publishing Company

- Braam, A.W. & Koenig, H.G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: a systematic review. *J Affect Disord.*, 257, 428–38
- Brown, B. (2010). *The Gifts of Imperfection*. Center City, MN: Hazelden Publishing.
- Butler, R. (1968). *The Life Review: An Interpretation of Reminiscence in the Aged*. In *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Edited by Bernice Neugarten. Chicago: The University of Chicago Press. First published 1963.
- Can Oz, Y., Duran, S. & Dogan, K. (2022). The Meaning and Role of Spirituality for Older Adults: A Qualitative Study. *Journal of Religion and Health*, 61. 10.1007/s10943-021-01258-x.
- Center for Disease Control and Prevention. About Mental Health. (2021). Available online at: <https://www.cdc.gov/mentalhealth/learn/index.htm>
- Chaves, L.J. & Gil, C.A. (2015). Older people's concepts of spirituality, related to aging and quality of life. *CienSaude Colet.*, 20(12), 3641-52. doi: 10.1590/1413-812320152012.19062014.
- Choudhary, P. & Naz, S. (2021). Social Connectedness, Spirituality, Quality of Life, and Hopelessness among Older Adults. *Annals of the Romanian Society for Cell Biology*, 25, 12241-12253.
- Chokkanathan, S. (2013). Religiosity and well-being of older adults in Chennai, India. *Aging & mental health*, 17(7), 880–887.
- Coelho-Junior, H., Calvani, R., Panza, F., Allegri, R., Picca, A., Marzetti, E. & Alves, V. (2022). Religiosity/Spirituality and Mental Health in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Frontiers in Medicine*, 9, 877213. 10.3389/fmed.2022.877213.
- Coleman, P. (1994). *Reminiscence within the Study of Ageing: The Social Significance of Story*. In *Reminiscence Reviewed*. Edited by Joanna Bornat. Buckingham: Open University Press.
- Costa, D.C. & Sá, M.J. (2017). Calheiros, J.M. Rede de apoio social e qualidade de vida de pacientes com esclerose múltipla. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(5), 267–271.

- de Brito Sena, M.A., Furlan Damiano, R., Lucchetti, G. & Prieto Peres, M.F. (2021). Defining Spirituality in Healthcare: A Systematic Review and Conceptual Framework. *Frontiers in Psychology*, 12, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.756080>
- de Oliveira, R.M. & Alves, V.P. (2014). A qualidade de vida dos idosos a partir da influência da religiosidade e da espiritualidade: cuidados prestados aos idosos institucionalizados em Caetité (BA). *Revista Kairós: Gerontologia*, 17(3), 305–27
- Dimitriou E. (1986). EPQ Personality Questionnaire. Greek Validation in the Greek Population. *Engfalos*. 23:41-54.
- Dossey, B.M., & Keegan, L. (1989). Holism and the Inner Circle of Human Potential. In Dossey BM, Keegan L, Kolkmeier LG, & Guzzeta CE (Eds.), *Holistic Health Promotion: A Guide for Practice* (pp. 3-21). Rockville, MD: Aspen
- Erikson, J. (1997). *The Life Cycle Completed: Extended Version*. New York: W.W. Norton & Co.
- Erikson, E., Erikson, J. & Helen K. (1986). *Vital Involvement in Old Age*. New York: W.W. Norton & Co.
- Etikan, I., & Bala, K. (2017). Sampling and sampling methods. *Biometrics & Biostatistics International Journal*, 5(6), 00149.
- Eysenck Eysenck S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (FPQ)*. Hodder and Stoughton Educational. London, UK.
- Farrugia, B. (2019). WASP (write a scientific paper): Sampling in qualitative research. *Early human development*, 133, 69-71.
- Fastame, M.C., Hitchcott, P.K. & Penna, M.P. (2017). Does social desirability influence psychological well-being: perceived physical health and religiosity of Italian elders? A developmental approach. *Aging Ment Health*, 21, 348–53.
- Gallardo-Peralta, Lorena P. (2017). The relationship between religiosity/spirituality, social support, and quality of life among elderly Chilean people. *International Social Work*, 002087281770243–. doi:10.1177/0020872817702433
- Galloway, A. P. (2013). Relationships between social connectedness and spirituality on development of depression and perceived health status in rural populations.

- Gautam, S., Neville, S. & Montayre, J. (2019). What is known about the spirituality in older adults living in residential care facilities? An Integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, e12228–. doi:10.1111/opn.12228
- Goldsmith, M. (1996). *Hearing the Voice of the People with Dementia*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- González-Celis, A.L. & J. Gómez-Benito (2013). Spirituality and Quality of Life and Its Effect on Depression in Older Adults in Mexico. *Psychology*, 4(3), 178–82
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures—I: The other as Shamer scale. *Personality and Individual Differences*, 17(5), 713-717.
- Gouva, M, Kaltsouda, A, Paschou, A, Dragioti, E, Kotrotsiou, S, Mantzoukas, S. & Kotrotsiou, E. (2016). Reliability and Validity of the Greek Version of the Experience of Shame Scale (ESS). *Interscientific Health Care*; 8(4):.151-158.
- Gouva M., Zagorgianakou R., Dragioti, E., Paschou, A. & Kotrotsiou, E. (2022). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the SpREUK.
- Gouva, M, Paschou, A, Kaltsouda, A, Dragioti, E, Paralikas, T, Mantzoukas, S. & Kotrotsiou, E. (2016). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific Health Care*;8(4):159-164.
- Gouva, M., Paschou, A., Kaltsouda, A., Dragioti, E., Paralikas, T., Mantzoukas, S., & Kotrotsiou, E. (2016). Psychometric properties and factor structure of the Greek version of the Other As Shamer Scale (OAS). *Interscientific health care*, 8(4):159-164.
- Gürsu, O., & Ay, Y. (2018). Türk Akademik Araştırmalar Dergisi Multidisipliner Kongresi. *Manevi İyi Oluşve Yaşlılık*, 11, 198–207. <http://dx.doi.org/10.17719/jisr.2018.3007>
- Hajinejad, F., Ebrahimi, E., de Jong, A. et al. (2019). Factors promoting Iranian older adults' spirituality: a qualitative content analysis. *BMC Geriatrics*, 19, 132 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1146-7>
- Hollifield, C. R., & Conger, K. J. (2015). The Role of Siblings and Psychological

Needs in Predicting Life Satisfaction During Emerging Adulthood. *Emerging Adulthood*, 3(3), 143–153. <https://doi.org/10.1177/2167696814561544>

- Ja, K. S., & Pok-Ja, O. (2022). The Effects of Spiritual Well-Being on Elderly People's Cognitive Function: Mediating Effects of Health-Promoting Behaviors and Depression. *Korean Journal of Adult Nursing*, 34(5).
- Karner-Huțuleac, A. (2012). Quality of Life and Spirituality. *European Journal of Science and Theology*, 8(3), 135–41.
- Kimble, M. (1990). *Aging and the Search for Meaning. In Spiritual Maturity in the Later Years*. Edited by James Seeber. New York: Haworth Press.
- Kitwood, T. (1997). *Dementia Reconsidered*. Buckingham: Open University Press.
- Kułak-Bejda, A., Bejda, G. & Waszkiewicz, N. (2021). Mental disorders, cognitive impairment and the risk of suicide in older adults. *Front Psychiatry*, 12, 695286.
- Lepherd, L., Rogers, C., Egan, R., Towler, H., Graham, C., Nagle, A. & Hampton, I. (2019). Exploring Spirituality With Older People: (2) A rigorous process. *Journal of Religion, Spirituality & Aging*, 1–17. doi:10.1080/15528030.2019.1672236
- Lima, S., Teixeira, L., Esteves, R. et al. (2020). Spirituality and quality of life in older adults: a path analysis model. *BMC Geriatr.*, 20, 259. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01646-0>
- Lima, S., Gago, M., Garrett, C. & Pereira, M.G. (2016). Predictors and moderators of quality of life in Alzheimer's disease patients. *J Alzheimers Dis.*, 54(3), 1113–21.
- Linscott, J., Randolph, Amber L. & Mayle, T. (2016). The Impact of Spirituality on Wellness for Appalachian Older Adults. *Adultspan Journal*, 15(2), 96–108. doi:10.1002/adsp.12024
- Mahmoud, A.S., Berma, A.E. & Gabal, S.A.A.S. (2017). Relationship between social support and the quality of life among psychiatric patients. *Journal of*

Psychiatry and Psychiatric Disorders, 1(2), 57–75.

- Malone, J. & Dadswell, A. (2018). The Role of Religion, Spirituality and/or Belief in Positive Ageing for Older Adults. *Geriatrics*, 3(2), 1-16. doi:10.3390/geriatrics3020028
- MacKinlay, E. (2022). A narrative of spirituality and ageing: Reflections on the ageing journey and the spiritual dimension. *Religions*, 13(5), 1-13. [463]. <https://doi.org/10.3390/rel13050463>
- McCombe, G., Fogarty, F., Swan, D., Hannigan, A., Fealy, G.M., Kyne L., et al. (2018). Identified mental disorders in older adults in primary care: a cross-sectional database study. *Eur J Gen Pract.*, 24, 84.
- Mezuk, B., Rock, A., Lohman, M.C. & Choi, M. (2014). Suicide risk in long-term care facilities: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29, 1198–211
- Miller, L., Wickramaratne, P., Gameroff, M. J., Sage, M., Tenke, C. E., & Weissman, M. M. (2012). Religiosity and major depression in adults at high risk: A ten-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 89-94
- Mukherjee, S. (2016). Spirituality and religion: Elderly's perception and understanding. *Indian Journal of Gerontology*, 9(3), 365–382
- Ozdemir, A. A., Kayak Buda, F., Dural, G., & Gültekin, A. (2022). The Relationship Between Spiritual Well-Being, Life Satisfaction and Hope in Elderly Individuals in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 1-14.
- Pargament K. I. (2011). *Religion and coping: The current state of knowledge*, in Folkman S. (ed.). *Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*, New York, Oxford University Press
- Paschou, A., Damigos, D., Mavreas, V., & Gouva, M. (2010). An exploratory study on the relationship between shame and bodily pain. *Interscientific health care*, 2(2).
- Peteet, John R., Zaben, Faten Al. & Koenig, Harold G. (2018). Integrating spirituality into the care of older adults. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 31–38. doi:10.1017/S1041610218000716

- Post, M.W. (2014). Definitions of quality of life: what has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil*, 20(3), 167-80. doi: 10.1310/sci2003-167.
- Pike, J. (2011). Spirituality in nursing: A systematic review of the literature from 2006-10. *Br J Nurs*, 20, pp. 743-749.
- Puchalski, C., Robert V., Sharon H. & Nancy R. (2014). Improving the spiritual dimension of whole person care: Reaching national and international consensus. *Journal of Palliative Medicine*, 17, 642–56
- Rosmarin, D. & Koenig, H. (2020). *Handbook of Spirituality, Religion, and Mental Health*. Cambridge: Academic Press.
- Şahin, D.S., Özer, Ö. & Yanardağ, M.Z. Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educ Gerontol.*, 45(1), 69–77.
- Shaw, R., Gullifer, J. & Wood, K. Religion and spirituality: a qualitative study of older adults. *Ageing Int.*, 41(3), 311–30.
- Shaw, R.L., West, K., Hagger, B. & Holland, C.A. (2016). Living well to the end: A phenomenological analysis of life in extra care housing. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 11(1), 31100–. doi:10.3402/qhw.v11.31100
- Sinha, P., Hussain, T., Boora, N.K., Rao, G.N., Varghese, M., Gururaj, G., et al. (2021). Prevalence of common mental disorders in older adults: results from the National Mental Health Survey of India. *Asian J Psychiatr.*, 55, 102463.
- Song, M. & Kong, E.H. (2015). Older adults' definitions of health: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 52(6), 1097–1106. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.02.001
- Stocker, C.M., Gilligan, M., Klopach, E.T., Conger, K.J., Lanthier, R.P., Neppl, T.K., O'Neal, C.W., & Wickrama, K.A.S. (2020). Sibling relationships in older adulthood: Links with loneliness and well-being. *J Fam Psychol.*, 34(2), 175-185. doi: 10.1037/fam0000586.
- Swinton, J. (2012). *Dementia: Living in the Memories of God*. Grand Rapids: William B. Eerdmans Publishing Company

- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). Emotions and social behavior. Shame and guilt. New York: Guilford Press, 10(9781412950664), n388.
- The Lancet Global Health. Mental health matters. *Lancet Glob Heal.* (2020)8:e1352.
Doi: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30432-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30432-0/fulltext)
- Unsar, S., Erol, O. & Sut, N. (2016). Social support and quality of life among older adults. *Int J Caring Sci.*, 9(1), 249–57.
- Van Orden, K. A., Bower, E., Lutz, J., Silva, C., Gallegos, A. M., Podgorski, C. A., ... & Conwell, Y. (2020). Strategies to promote social connections among older adults
- Van Orden, K. A., Bamonti, P. M., King, D. A., & Duberstein, P. R. (2012). Does perceived burdensomeness erode meaning in life among older adults?. *Aging & mental health*, 16(7), 855-860
- Vitorino, L.M., Low, G. & Lucchetti, G. (2019). Is the Physical Environment Associated with Spiritual and Religious Coping in Older Age? Evidence from Brazil. *Journal of Religion and Health*, 58, 1648–1660.
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00796-9>
- Withers, A., Zuniga, K. & Van Sell, S. (2017). Spirituality: Concept Analysis. *International Journal of Nursing & Clinical Practices*, 4, 10.15344/2394-4978/2017/234.
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties, *Social Science & Medicine* 46(12), 1569–85.
- World Health Organization. Mental Health of Older Adults. (2018). Available online at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- World Health Organization. Mental Disorders. (2019). Available online at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (accessed February 12, 2023)

World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs (SRPB) Group (2006) 'A Cross-Cultural Study of Spirituality, Religion, and Personal Beliefs as Components of Quality of Life', *Social Science & Medicine* 62(6): 1486–97

YousefiAfrashteh, M., & Moradi, M. (2022). The relationship between spiritual health and social support with quality of life in rural elderly: the mediating role of resilience and hope. *Aging Psychology*, 8(3).

YousefiAfrashteh, M., & Rezaei, Sh. (2021). The Spirituality and quality of life in the elderly: The Mediating role of selfcompassion and sense of cohesion. *Aging Psychology*, 7(2), 137-151.

Zimmer, Z., Jagger, C., Chiu, C.T., Ofstedal, M.B., Rojo, F. &Saito, Y. (2016). Spirituality, religiosity, aging and health in global perspective: A review. *SSM - Population Health*, 2, 373–381 S2352827316300179–. doi:10.1016/j.ssmph.2016.04.009

Παράρτημα

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ



Τα ερωτηματολόγια που θα συναντήσετε στις επόμενες σελίδες μελετούν διάφορους παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν τις σχέσεις μας με τον εαυτό μας και την ποιότητα ζωής μας. Ο σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε αυτούς τους παράγοντες και για αυτό, θεωρούμε τη βοήθειά σας πολύτιμη. Παρακαλούμε, συμπληρώσετε τα ερωτηματολόγια που ακολουθούν, σύμφωνα με τις οδηγίες που δίνονται. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι **ΑΝΩΝΥΜΗ** και θα **διαφυλαχθεί το ΑΠΟΡΡΗΤΟ** των πληροφοριών που δίνονται.

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ: / /

ΦΥΛΟ: ΑΝΔΡΑΣ _____
 ΓΥΝΑΙΚΑ _____

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η _____
 ΕΓΓΑΜΟΣ/Η _____
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η _____
 ΧΗΡΟΣ (Α) _____

ΤΟΠΟΣ ΚΑΤΑΓΩΓΗΣ: ΧΩΡΙΟ/ ΚΩΜΟΠΟΛΗ _____
 ΠΟΛΗ <150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____
 ΠΟΛΗ >150.000 ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ _____

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ: ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ _____
 ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΑΕΙ/ΤΕΙ _____

ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΣΥΝΤΑΞΗ: ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

Η ΣΥΝΤΑΞΗ ΕΙΝΑΙ ΚΑΛΗ: ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΠΟΙΑ ΗΤΑΝ Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ; **ΣΗΜΕΡΑ ΕΡΓΑΖΕΣΤΕ ΓΙΑ ΧΡΗΜΑΤΑ** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΙΑ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ **ΠΟΣΑ;** _____ **ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΗ;** _____ **ΕΧΕΤΕ ΑΔΕΛΦΟ;** _____ **ΣΕΙΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΣΑΣ:** _____

ΕΧΕΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΑ ΑΔΕΛΦΙΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ ΟΧΙ ΜΕ ΟΛΑ _____

ΕΧΕΤΕ ΠΑΙΔΙΑ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ **ΠΟΣΑ;** _____

ΕΙΧΑΤΕ ΚΑΛΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ ΣΑΣ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ ΜΕ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ _____ ΟΧΙ ΜΕ ΤΗ ΜΗΤΕΡΑ _____

ΚΟΙΜΑΣΤΕ ΚΑΛΑ ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ **ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΕΧΩ ΑΥΠΝΙΕΣ** _____

ΒΛΕΠΕΤΕ ΟΝΕΙΡΑ ; ΠΟΛΛΑ _____ **ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ** _____ **ΟΧΙ, ΠΟΤΕ ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ** _____

ΤΑ ΟΝΕΙΡΑ ΣΑΣ ΣΥΝΗΘΩΣ ΕΙΝΑΙ; ΩΡΑΙΑ _____ **ΑΣΧΗΜΑ** _____ **ΕΦΙΑΛΤΕΣ** _____ **ΔΕΝ ΤΑ ΘΥΜΑΜΑΙ** _____

ΜΕ ΠΟΙΟΝ ΜΕΝΕΤΕ; ΜΟΝΟΣ (Η) _____ **ΜΕ ΤΟΝ(Η) ΣΥΝΤΡΟΦΟ** _____ **ΜΕ ΚΑΠΟΙΟΝ ΦΙΛΟ(Η)** _____ **ΜΕ ΤΗΝ ΑΔΕΛΦΗ** _____ **ΜΕ ΤΟΝ ΑΔΕΛΦΟ** _____ **ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ** _____

ΕΧΕΤΕ ΚΟΡΗ (ΕΣ); ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΚΟΡΗ(ΕΣ) ΖΕΙ ΚΟΝΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΕΧΕΤΕ ΓΙΟ ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΑΝ ΕΧΕΤΕ ΓΙΟ ΖΕΙ ΚΟΝΤΑ ΣΑΣ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΚΑΝΕΤΕ ΔΙΑΚΟΠΕΣ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ **ΠΕΡΠΑΤΑΤΕ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____ **ΕΧΕΤΕ ΚΗΠΟ;** ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΓΗΡΑΤΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΔΥΣΚΟΛΟ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

ΕΙΧΑΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΣΗΜΕΡΑ ΕΧΕΤΕ ΦΙΛΟΥΣ; ΝΑΙ _____
 ΟΧΙ _____

ΘΑ ΕΠΙΘΥΜΟΥΣΑΤΕ ΝΑ ΕΧΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΦΕΙΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ ΣΑΣ ; ΝΑΙ _____ ΟΧΙ _____

Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που: (κυκλώστε το νούμερο που σας ταιριάζει περισσότερο)							
Προσέχει τη διατροφή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την άσκησή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την υγεία του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει τον ύπνο του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την καθαριότητά του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την εμφάνισή του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει στον ήλιο;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Προσέχει την υγεία του;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το αλκοόλ;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει να ξενοχτάει;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τα μικρόβια;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει το άγχος;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τους καυγάδες;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τη γκρίνια;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τους γιατρούς;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τους ασθενείς;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ
Αποφεύγει τις κηδείες;	Όχι, πολύ λίγο	1	2	3	4	5	Ναι, πάρα πολύ

Εσείς:	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΠΙΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ
Έχετε πονοκεφάλους;			
Έχετε προβλήματα με το έντερο;			
Έχετε προβλήματα με το στομάχι;			
Έχετε υπέρταση (υψηλή πίεση);			
Έχετε περάσει κρίσεις πανικού;			
Έχετε περάσει περιόδους με ταχυκαρδίες;			
Γενικά θα λέγατε, ότι έχετε φοβίες;			
Επίσης, θα λέγατε, ότι φοβάστε μήπως αρρωστήσετε;			
Έχετε Υπέρταση;			
Έχετε Σακχαρώδη Διαβήτη;			
Ποιο είναι το σοβαρότερο πρόβλημα της υγείας σας;			
Για ποιες παθήσεις παίρνετε φάρμακα;			

ΟΔΗΓΙΕΣ: Το ερωτηματολόγιο αυτό ζητά τις δικές σας απόψεις για την υγεία σας. Οι πληροφορίες σας θα μας βοηθήσουν να εξακριβώσουμε πώς αισθάνεστε από πλευράς υγείας και πόσο καλά μπορείτε να ασχοληθείτε με τις συνηθισμένες δραστηριότητές σας. Απαντήστε στις ερωτήσεις, βαθμολογώντας κάθε απάντηση με τον τρόπο που σας δείχνουμε. Αν δεν είστε απόλυτα βέβαιος/βέβαιη για την απάντησή σας, παρακαλούμε να δώσετε την απάντηση που νομίζετε ότι ταιριάζει καλύτερα στην περίπτωση σας.

1. Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Εξαιρετική.....	1
Πολύ καλή.....	2
Καλή.....	3
Μέτρια.....	4
Κακή.....	5

2. Συγκριτικά με πριν, από ένα χρόνο, πώς θα κρίνατε την υγεία σας γενικά σήμερα; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Πολύ καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν.....	1
Κάπως καλύτερη απ' ότι ένα χρόνο πριν.....	2
Περίπου η ίδια με ένα χρόνο πριν.....	3
Κάπως χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν.....	4
Πολύ χειρότερη απ' ότι ένα χρόνο πριν.....	5

3. Στη συνέχεια αναφέρονται κάποιες δραστηριότητες που μπορεί να έχετε στη διάρκεια μιας συνηθισμένης μέρας. Σήμερα η κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει αυτές τις δραστηριότητες; Εάν ναι, πόσο; (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	Ναι, περιορίζονται Πολύ	Ναι, περιορίζονται Λίγο	Όχι, δεν περιορίζονται Καθόλου
A. Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, σήκωμα βαρέων αντικειμένων, έντονη αθλητική άσκηση	1	2	3
B. Μέτριες δραστηριότητες, όπως η μετακίνηση ενός τραπεζιού, η χρήση της ηλεκτρικής σκούπας	1	2	3
Γ. Το σήκωμα και η μεταφορά των ψώνιων	1	2	3
Δ. Το ανέβασμα με τα πόδια μερικόν ορόφων	1	2	3
Ε. Το ανέβασμα με τα πόδια ενός ορόφου	1	2	3
ΣΤ. Το σκύψιμο ή το γονάπισμα	1	2	3
Ζ. Το περπάτημα απόστασης μεγαλύτερης από ενάμιση χιλιόμετρο	1	2	3
Η. Το περπάτημα μιας απόστασης μερικόν οικοδομικών τετραγώνων	1	2	3
Θ. Το περπάτημα μιας απόστασης ενός οικοδομικού τετραγώνου	1	2	3
Ι. Το να κάνετε μπάνιο ή να ντυθείτε	1	2	3

4. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, η κατάσταση της σωματικής σας υγείας** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα: (κυκλώστε έναν αριθμό σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A. Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή των καθημερινών δραστηριοτήτων σας	1	2
Δ. Είχατε δυσκολία στην εκτέλεση της δουλειάς σας ή των άλλων δραστηριοτήτων σας	1	2

5. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων, τα συναισθηματικά σας προβλήματα (όπως η μελαγχολία ή άγχος)** ήταν τέτοια, ώστε να δημιουργήσει στη δουλειά σας ή στις καθημερινές σας δραστηριότητες κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα:

3

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
A Μειώσατε το χρόνο που αφιερώσατε στη δουλειά σας ή σε άλλες δραστηριότητες	1	2
B. Καταφέρατε να κάνετε λιγότερα από όσα θα θέλατε	1	2
Γ. Δεν κάνατε τη δουλειά σας ή τις άλλες σας δραστηριότητες τόσο προσεκτικά όσο συνήθως	1	2

6. Στη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, σε ποιο βαθμό η σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά σας προβλήματα στάθηκαν εμπόδιο στις συνήθειες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονές σας κλπ.; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ** (βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου.....	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

7.Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**; **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(βάλτε έναν κύκλο)

Καθόλου	1
Πολύ ήπιο	2
Ήπιο	3
Μέτριο	4
Έντονο	5
Πολύ έντονο	6

8. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων**, κατά πόσο ο πόνος εμπόδισε τις συνηθισμένες σας δουλειές (εξωτερικές δουλειές και δουλειές του σπιτιού); **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

Καθόλου	1
Λίγο.....	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

9. Οι ερωτήσεις που ακολουθούν έχουν σχέση με το πώς νοιώθατε και πως ήταν τα πράγματα για σας **κατά την διάρκεια των 4 τελευταίων εβδομάδων**. Για κάθε ερώτηση παρακαλούμε να δώσετε μια απάντηση που είναι πιο κοντά σε αυτό που νοιώθατε. Πόσο καιρό τις τελευταίες εβδομάδες... **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**

	Πάντα	Τις πιο πολλές φορές	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Όχι συχνά	Ποτέ
A. Είχατε ζωντάνια;	1	2	3	4	5	6
B. Είσασαν ένα πολύ νευρικό άτομο;	1	2	3	4	5	6
Γ. Είχατε τόσο «τις μαύρες σας» που τίποτε δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;	1	2	3	4	5	6
Δ. Νοιώθατε ήρεμος/ή και γαλήνιος;	1	2	3	4	5	6
Ε. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα;	1	2	3	4	5	6
ΣΤ. Νοιώθατε αποκαρδιωμένος/η και μελαγχολικός/ή;	1	2	3	4	5	6
Ζ. Νοιώθατε εξαντλημένος/η;	1	2	3	4	5	6
Η. Είσατε ένας ευτυχισμένος άνθρωπος;	1	2	3	4	5	6
Θ. Νοιώσατε κουρασμένος/η;	1	2	3	4	5	6

10. Κατά τη διάρκεια των **4 τελευταίων εβδομάδων** για πόσο καιρό η **σωματικής σας υγεία ή τα συναισθηματικά προβλήματα** εμπόδισαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (όπως επισκέψεις σε συγγενείς και φίλους) **ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(βάλτε έναν κύκλο)

Πάντα.....	1
Τις πιο πολλές φορές.....	2

4

Μερικές φορές3
 Όχι συχνά.....4
 Ποτέ 5

11. Πόσο **σωστό ή λάθος** είναι για εσάς προσωπικά καθένα από τα παρακάτω...**ΔΙΑΒΑΣΤΕ**(κυκλώστε ένα αριθμό σε κάθε σειρά)

	Απόλυτα σωστό	Μάλλον σωστό	ΔΓ	Μάλλον λάθος	Απόλυτα λάθος
A. Φαίνεται ότι αρρωσταίνετε λίγο ευκολότερα από τους άλλους	1	2	3	4	5
B. Είστε τόσο υγιής όσο κάθε άλλο άτομο που γνωρίζετε	1	2	3	4	5
Γ. Περιμένετε ότι η υγεία σας θα χειροτερέψει	1	2	3	4	5
Δ. Η υγεία σας είναι εξαιρετική	1	2	3	4	5

Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness (SpREUK)

ΟΔΗΓΙΕΣ

Κάθε άνθρωπος έχει το δικό του υποκειμενικό και μοναδικό τρόπο να αντιλαμβάνεται τη ζωή και τις καταστάσεις της, ο οποίος δεν συμπίπτει απαραίτητα με τον δικό σας. Για αυτό διαβάστε προσεχτικά τις παρακάτω δηλώσεις και κατόπιν σημειώστε πόσο αληθινές είναι για σας και την κατάστασή σας κυκλώνοντας τον αριθμό που σας ταιριάζει για κάθε πρόταση.

Παρακαλούμε, κυκλώστε ένα νούμερο (1,2,3,4,5) που να σας ταιριάζει περισσότερο.

	ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ ΚΑΘΟΛΟΥ	ΝΟΜΙΖΩ ΔΕΝ ΙΣΧΥΕΙ	ΔΕΝ ΞΕΡΩ	ΙΣΧΥΕΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΤΙΚΑ	ΙΣΧΥΕΙ ΑΠΟΛΥΤΑ
1. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα θρησκευόμενο άτομο.	1	2	3	4	5
2. Κατά τη γνώμη μου είμαι ένα άτομο με μεταφυσικές ανησυχίες.	1	2	3	4	5
3. Η ασθένειά μου με οδήγησε σε ένα ανανεωμένο ενδιαφέρον για τα μεταφυσικά και θρησκευτικά ζητήματα.	1	2	3	4	5
4. Πιστεύω ότι βρίσκοντας έναν πνευματικό δρόμο αυτό θα επιδράσει θετικά στην ασθένειά μου	1	2	3	4	5
5. Αναζητώ μεταφυσικούς και θρησκευτικούς δρόμους	1	2	3	4	5
6. Η ασθένειά μου με σπρώχνει σε μεταφυσικές ή θρησκευτικές αναζητήσεις είτε αυτές ελαττώνουν τις δυσκολίες στη ζωή είτε όχι	1	2	3	4	5
7. Ότι και να συμβεί, πιστεύω σε μια ανώτερη δύναμη η οποία με οδηγεί	1	2	3	4	5
8. Όταν μου συμβαίνει κάτι μου δημιουργεί την ανάγκη ότι πρέπει να αλλάξω τη ζωή μου	1	2	3	4	5
9. Η ασθένεια μου δίνει κουράγιο να γνωρίσω καλύτερα τον εαυτό μου	1	2	3	4	5
10. Είμαι πεπεισμένος ότι η ασθένειά μου έχει κάποιο νόημα	1	2	3	4	5
11. Η ασθένειά μου είναι μια ευκαιρία για τη δική μου ανάπτυξη/εξέλιξη	1	2	3	4	5
12. Εξαιτίας της ασθένειάς μου επικεντρώνομαι πάνω σε ότι είναι ουσιαστικό στη ζωή μου	1	2	3	4	5
13. Πιστεύω ότι οι μεταφυσικές μου σκέψεις καθοδηγούν τη ζωή μου	1	2	3	4	5
14. Κατά τη γνώμη μου συνδέομαι με μια ανώτερη δύναμη	1	2	3	4	5
15. Είμαι πεπεισμένος ότι ο θάνατος δεν είναι το τέλος	1	2	3	4	5