



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ, ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ  
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΖΩΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ»**

**ΠΕΓΛΙΔΗ ΜΑΚΡΙΝΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑ**

**Λάρισα, Σεπτέμβριος, 2023**

**Τριμελής εξεταστική επιτροπή**

**Ζαρταλούδη Αφροδίτη**, Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής (επιβλέπουσα καθηγήτρια)

**Φραδέλος Ευάγγελος**, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**Μάλλη Φωτεινή**, Καθηγήτρια Πνευμονολογίας - Φροντίδας Καρδιοαναπνευστικού Ασθενή, Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

**"PSYCHOLOGICAL BURDEN, FEELINGS OF LONELINESS  
AND LIFE SATISFACTION IN OLD AGE"**

## **Ευχαριστίες**

*«Θα ήθελα να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στην καθηγήτρια Ζαρταλούδη Αφροδίτη για την πολύτιμη καθοδήγηση, την υποστήριξη και την επιστημονική της εμπειρία καθ' όλη τη διάρκεια της διπλωματικής μου.*

*Εκφράζω επίσης τη βαθύτατη εκτίμησή μου στην οικογένεια μου. Στους γονείς μου, των οποίων οι θυσίες και η ενθάρρυνσή ήταν η κινητήριος δύναμη πίσω από τα επιτεύγματά μου, και είμαι ατελείωτα ευγνώμων για την υποστήριξή τους.*

*Τέλος, εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου σε όλους εκείνους που, άμεσα ή έμμεσα, συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής. Η υποστήριξή τους, είτε με τη μορφή συμβουλών, είτε με τη μορφή πόρων, είτε απλά με μια καλή κουβέντα, ήταν ανεκτίμητη.*

*Αυτή η διπλωματική δεν θα ήταν δυνατή χωρίς την υποστήριξη και την ενθάρρυνση αυτών των ατόμων. Σας ευχαριστώ όλους που συμμετείχατε σε αυτό το σημαντικό κεφάλαιο της ακαδημαϊκής μου ζωής.»*

## Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	7
Abstract .....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	9
<b>1. Η ΓΗΡΑΝΣΗ.....</b>	<b>12</b>
1.1 Τί είναι η γήρανση.....	12
1.2 Θεωρίες γήρανσης.....	13
1.2.1 Θεωρίες προγραμματισμένης γήρανσης.....	13
1.2.2 Ορμονικές θεωρίες γήρανσης.....	14
1.2.3 Θεωρίες φθοράς.....	15
1.2.4 Συνδυασμένες θεωρίες .....	15
<b>2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....</b>	<b>17</b>
2.1 Στερεότυπα και προκαταλήψεις σχετικά με την ηλικία .....	17
2.2 Ψυχολογική επιβάρυνση των ατόμων τρίτης ηλικίας και παράγοντες κινδύνου .....	18
<b>3. ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....</b>	<b>20</b>
3.1 Η επίδραση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στα άτομα τρίτης ηλικίας .....	20
3.2 Μοναξιά στην τρίτη ηλικία .....	21
3.3 Παρεμβάσεις για τη διαχείριση του αισθήματος της μοναξιάς στους ηλικιωμένους.....	22
<b>4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>23</b>
4.1 Η σημασία της ικανοποίησης από τη ζωή για τα άτομα τρίτης ηλικίας.....	23
4.2 Έρευνες για την ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας.....	24
<b>5. ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ .....</b>	<b>26</b>
5.1 Επίδραση της ηλικίας στη διαδικασία του ύπνου.....	26
5.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου στην τρίτη ηλικία .....	28
<b>6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ, ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ ΚΑΙ ΑΥΠΝΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ.....</b>	<b>30</b>
6. 1 Ύπνος: Ψυχική Επιβάρυνση, Αίσθημα Μοναξιάς και Ικανοποίηση από τη Ζωή .....	30
6. 2 Αίσθημα Μοναξιάς, Ψυχική Επιβάρυνση και Ικανοποίηση από τη Ζωή.....	31
6. 3 Ψυχική Επιβάρυνση και Ικανοποίηση από τη Ζωή.....	32
<b>7. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....</b>	<b>35</b>
7.1 Σκοπός της έρευνας .....	35
7.2 Ερευνητικά ερωτήματα .....	35
7.3 Μεθοδολογία της έρευνας.....	36
7.3.1 Μεθοδολογία της έρευνας.....	36

7.3.2 Ερευνητικό πεδίο και χρόνος διεξαγωγής μελέτης.....	36
7.3.3 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από την έρευνα .....	36
7.3.4 Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης - Σύντομη Παρουσίαση Ερευνητικού εργαλείου .....	36
7.3.5 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων .....	40
7.3.6 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας .....	40
<b>ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ.....</b>	<b>41</b>
<b>8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>42</b>
<b>9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ .....</b>	<b>133</b>
<b>10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ.....</b>	<b>139</b>
<b>11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....</b>	<b>139</b>
<b>12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>141</b>
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ .....</b>	<b>152</b>

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Καθώς ο παγκόσμιος πληθυσμός συνεχίζει να γερνάει, η κατανόηση της ψυχολογικής ευημερίας των ηλικιωμένων γίνεται όλο και πιο ζωτικής σημασίας. Ανάμεσα στις διάφορες πτυχές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, η ψυχολογική δυσφορία, τα αισθήματα μοναξιάς και η ικανοποίηση από τη ζωή ξεχωρίζουν ως βασικές διαστάσεις που πρέπει να εξερευνηθούν. Με την ηλικία, τα άτομα αντιμετωπίζουν ένα πλήθος σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών αλλαγών που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συνολική τους ευημερία. Κατά συνέπεια, η εξέταση της περίπλοκης σχέσης μεταξύ αυτών των παραγόντων παρέχει πολύτιμες γνώσεις για την προώθηση της υγιούς γήρανσης και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η ψυχολογική δυσφορία, που συχνά προέρχεται από μια σειρά παραγόντων όπως χρόνιες παθήσεις υγείας, γνωστική έκπτωση και κοινωνική απομόνωση, μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορες μορφές, όπως άγχος, κατάθλιψη και στρες. **Σκοπός:** Να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ Ψυχολογικής Επιβάρυνσης (κατάθλιψη, άγχος, στρες), Αίσθημα μοναξιάς και Ικανοποίησης από την Ζωή. **Μεθοδολογία:** Το δείγμα αποτέλεσαν 148 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν α) η Κλίμακα (Depression Anxiety Stress Scale-21), β) η Κλίμακα Ικανοποίηση από την ζωή (Life Satisfaction Index), γ) η Κλίμακα Μοναξιάς (The UCLA Loneliness Scale) και δ) η Κλίμακα Ύπνου (Athens Insomnia Scale, AIS). **Αποτελέσματα:** Η συσχέτιση της ενασχόλησης με οικιακές δραστηριότητες με την μείωση της καταθλιπτικής δράσης είναι στατιστικά σημαντική. Η συχνότητα των επισκέψεων των παιδιών και η παρουσία δικτύων κοινωνικής υποστήριξης επηρεάζουν σημαντικά τη συναισθηματική ευημερία. Η μοναξιά μετριάζεται από τις οικογενειακές αλληλεπιδράσεις και η ικανοποίηση από τη ζωή ποικίλλει ανάλογα με το φύλο και την εκπαίδευση. Όσοι δέχονταν σπάνιες επισκέψεις ή βίωναν πλήρη απουσία επισκέψεων από τα παιδιά τους, εμφάνιζαν υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης. Οι συμμετέχοντες που είχαν στο άμεσο περιβάλλον τους άτομα που τους βοηθούσαν στις καθημερινές τους ανάγκες ανέφεραν μειωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα. Τέλος, η μελέτη αποκάλυψε διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και του μορφωτικού επιπέδου στην αναφερόμενη ικανοποίηση από τη ζωή. **Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα εξατομικευμένων παρεμβάσεων, αναγνωρίζοντας την πολύπλευρη αλληλεπίδραση αυτών των στοιχείων στη διαμόρφωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων.

**Λέξεις κλειδιά:** Τρίτη ηλικία, ηλικιωμένοι, μοναξιά, κατάθλιψη, άγχος, στρες, ύπνος

## Abstract

**Introduction:** As the world population continues to age, understanding the psychological well-being of older people is becoming increasingly vital. Among the various aspects affecting their quality of life, psychological distress, feelings of loneliness and life satisfaction stand out as key dimensions to explore. With age, individuals face a multitude of physical, social and emotional changes that can significantly affect their overall well-being. Consequently, examining the complex relationship between these factors provides valuable insights for promoting healthy ageing and improving the overall quality of life of older people. Psychological distress, often resulting from a range of factors such as chronic health conditions, cognitive decline and social isolation, can manifest itself in various forms, such as anxiety, depression and stress. **Aim:** To investigate the correlation between psychological burden (depression, anxiety, and stress), feeling of loneliness and satisfaction with life. **Material and Method:** The sample consisted of 148 elderly people over 65 years old. The research instruments used were a) the Depression Anxiety Stress Scale-21, b) the Life Satisfaction Index, c) The UCLA Loneliness Scale, and d) the Athens Insomnia Scale (AIS). **Results:** There is a statistically significant association between involvement in domestic activities and a reduction in depressive action. The frequency of children's visits and the presence of social support networks significantly influence emotional well-being. Loneliness is moderated by family interactions and life satisfaction varies by gender and education. Those who received infrequent visits or experienced a complete absence of visits from their children had higher depression scores. Participants who had people in their immediate environment who helped them with their daily needs reported reduced depressive symptoms. Finally, the study revealed gender and educational level differences in reported life satisfaction. **Conclusions:** These findings highlight the need for individualized interventions, recognizing the multifaceted interaction of these elements in shaping the mental health of older persons.

**Key words:** old age, elderly, loneliness, depression, anxiety, stress, sleep



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με τον παγκόσμιο πληθυσμό να γερνά με πρωτοφανή ρυθμό, η εξέταση της ψυχολογικής ευημερίας των ηλικιωμένων έχει γίνει ολοένα και πιο απαραίτητη (World Health Organization, 2021). Μεταξύ των κρίσιμων διαστάσεων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους, η ψυχολογική δυσφορία, τα συναισθήματα μοναξιάς και η ικανοποίηση από τη ζωή ξεχωρίζουν ως κομβικές πτυχές που αξίζει να εξερευνηθούν. Καθώς τα άτομα προχωρούν σε ηλικία, αντιμετωπίζουν ένα πλήθος φυσικών, κοινωνικών και συναισθηματικών αλλαγών που μπορούν να επηρεάσουν σημαντικά τη συνολική τους ευημερία (Anthony D Ong, et al, 2016). Ως εκ τούτου, η απόκτηση βαθύτερης κατανόησης της περίπλοκης σχέσης μεταξύ αυτών των παραγόντων καθίσταται ζωτικής σημασίας για την προώθηση της υγιούς γήρανσης και τη βελτίωση της συνολικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Η ψυχολογική επιβάρυνση, που προκύπτει από διάφορους παράγοντες όπως χρόνιες παθήσεις υγείας, γνωστική έκπτωση και κοινωνική απομόνωση, μπορεί να εκδηλωθεί με μορφές όπως άγχος, κατάθλιψη και στρες (Pascoe, et al, 2009). Αυτές οι οδυνηρές εμπειρίες μπορούν να εντείνουν τις προκλήσεις που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, εμποδίζοντας την ικανότητά τους να αντιμετωπίσουν την καθημερινή ζωή και θέτοντας σε κίνδυνο την ψυχική τους υγεία (Luanaigh & Lawlor, 2008). Κατά συνέπεια, η διερεύνηση της επίδρασης της ψυχολογικής δυσφορίας στην ευημερία του ηλικιωμένου πληθυσμού καθίσταται επιτακτική ανάγκη για τον σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων και συστημάτων υποστήριξης.

Παράλληλα, η επικράτηση της μοναξιάς μεταξύ των ηλικιωμένων έχει συγκεντρώσει σημαντική προσοχή στον τομέα της γεροντολογίας. Αισθήματα μοναξιάς μπορεί να προκύψουν λόγω κοινωνικής αποδέσμευσης, περιορισμένων κοινωνικών δικτύων και μειωμένων ευκαιριών για κοινωνική αλληλεπίδραση (Lemme, 2022). Οι μοναδικές συνθήκες που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, συμπεριλαμβανομένης της συνταξιοδότησης, της απώλειας κινητικότητας και της αλλαγής των κοινωνικών ρόλων, μπορούν να συμβάλουν σε μια αυξημένη αίσθηση μοναξιάς (Cornwell & Waite, 2009). Εκτεταμένη έρευνα έχει δείξει ότι η μοναξιά έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία, υπογραμμίζοντας τη σημασία της κατανόησης των συνεπειών της στο πλαίσιο της τρίτης ηλικίας (Handler, 2009).

Παρά την παρουσία ψυχολογικής δυσφορίας και συναισθημάτων μοναξιάς, η ικανοποίηση από τη ζωή παραμένει ένα κρίσιμο συστατικό της συνολικής ευημερίας στην τρίτη ηλικία. Η ικανοποίηση από τη ζωή αντιπροσωπεύει την υποκειμενική αξιολόγηση ενός ατόμου για τη ζωή του στο σύνολό του, που περιλαμβάνει διάφορους τομείς όπως οι σχέσεις, η υγεία και τα προσωπικά επιτεύγματα. Η εξέταση της ικανοποίησης από τη ζωή στο πλαίσιο της ψυχολογικής επιβάρυνσης και της μοναξιάς παρέχει μια ολοκληρωμένη προοπτική για τη συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων ατόμων, ρίχνοντας φως στους παράγοντες που συμβάλλουν σε μια ικανοποιητική και ευχάριστη ύπαρξη.

Διερευνώντας αυτά τα ερωτήματα, οι ερευνητές και οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να κατανοήσουν βαθύτερα την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου, της μοναξιάς, της ικανοποίησης από τη ζωή και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών στους ηλικιωμένους πληθυσμούς. Τέτοιες γνώσεις μπορούν να συμβάλλουν στην ανάπτυξη ειδικών παρεμβάσεων και συστημάτων υποστήριξης για τη βελτίωση της ευημερίας και της συνολικής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Συνοπτικά, η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελείται από το γενικό και το ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος της εργασίας αποτελείται από έξι κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αφορά την γήρανση και της θεωρίες της, το δεύτερο κεφάλαιο αφορά την ψυχολογική επιβάρυνση των ηλικιωμένων και τους παράγοντες κινδύνου, το τρίτο κεφάλαιο αφορά την επίδραση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης, το τέταρτο κεφάλαιο αφορά την ικανοποίηση από την ζωή, το πέμπτο κεφάλαιο αφορά τον ύπνο και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου και στο έκτο κεφάλαιο αναφέρονται έρευνες που σχετίζονται με την ψυχολογική επιβάρυνση, το αίσθημα μοναξιάς, την ικανοποίηση από την ζωή και τον ύπνο.

Στο ειδικό μέρος περιλαμβάνονται ο σκοπός και τα ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, η μεθοδολογία της έρευνας καθώς και τα αποτελέσματα, η συζήτηση και τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την διπλωματική εργασία.

# **ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# 1. Η ΓΗΡΑΝΣΗ

## 1.1 Τί είναι η γήρανση

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα θέμα που έχει γοητεύσει τους επιστήμονες, οι οποίοι επιχειρούν κατά καιρούς να διερευνήσουν τους μηχανισμούς γήρανσης και τις επιπτώσεις αυτής στον ανθρώπινο οργανισμό. Με την ευρεία της έννοια, η γήρανση αναφέρεται απλώς στις αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής ενός οργανισμού, αν και ο ρυθμός με τον οποίο λαμβάνουν χώρα ποικίλλει ευρέως (Kirkwood, 2005). Κατά συνέπεια, αυτός ο ορισμός περιλαμβάνει αλλαγές που δεν είναι απαραίτητα επιβλαβείς, όπως οι ρυτίδες και τα γκριζάρια των μαλλιών στους ανθρώπους, που δεν επηρεάζουν τη βιωσιμότητα του ατόμου. Όπως το έθεσαν ο Anton και οι συνεργάτες του (Anton et al., 2005), ο φαινότυπος είναι το τελικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ του γονότυπου και των εξωτερικών παραγόντων. Για να διαφοροποιήσουν αυτές τις αβλαβείς αλλαγές από εκείνες που οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο ασθένειας, αναπηρίας ή θανάτου, οι βιογεροντολόγοι τείνουν να χρησιμοποιούν έναν πιο ακριβή όρο - γήρανση - όταν περιγράφουν τη γήρανση (Dollemore, 2002). Η γήρανση είναι, επομένως, η προοδευτική επιδείνωση των σωματικών λειτουργιών με την πάροδο του χρόνου και η φυσιολογική ανθρώπινη γήρανση έχει συσχετιστεί με απώλεια πολυπλοκότητας σε ένα ευρύ φάσμα φυσιολογικών διεργασιών και ανατομικών δομών (Goldberger et al., 2002), συμπεριλαμβανομένης της αρτηριακής πίεσης (Kaplan et al., 1991), διαστήματα βημάτων (Terrier & Dériaz, 2011), αναπνευστικοί κύκλοι (Schumann et al., 2010) και όραση (Azemin et al., 2012), μεταξύ άλλων, όπως η ορθοστατική δυναμική (Manor et al., 2010), που τελικά οδηγεί σε μειωμένη γονιμότητα και αυξημένο κίνδυνο ή θνησιμότητα (Chesser, 2015).

Αν και η γήρανση μπορεί να οριστεί ως η κατάρρευση συστημάτων αυτο-οργάνωσης και μειωμένη ικανότητα προσαρμογής στο περιβάλλον (Vasto et al., 2010), αυτή εξακολουθεί να είναι μια αρκετά περίπλοκη βιολογική διαδικασία με ελάχιστα κατανοητό μηχανισμό ρύθμισης. Οι εξηγήσεις των μηχανισμών γήρανσης έχουν γίνει απροσδόκητα περίπλοκες. Εκεί που κάποτε οι γεροντολόγοι έψαχναν για μια ενιαία, συνολική θεωρία που θα μπορούσε να εξηγήσει τη γήρανση, όπως ένα μεμονωμένο γονίδιο ή την πτώση του ανοσοποιητικού συστήματος, τώρα ανακαλύπτουν ότι πολλαπλές διεργασίες, που συνδυάζονται και αλληλοεπιδρούν σε πολλά επίπεδα, βασίζονται στη διαδικασία της γήρανσης (Dollemore, 2002; Guarente, 2014). Αυτές οι διεργασίες λαμβάνουν χώρα όχι μόνο σε κυτταρικό και μοριακό επίπεδο, αλλά και σε ιστούς και συστήματα οργάνων. Η σχετικά νέα επιστήμη της γήρανσης συνειδητοποιεί πλέον όλο και περισσότερο τους βιοχημικούς μηχανισμούς που προκαλούν ή αντιδρούν στη γήρανση (Yin & Chen, 2005).

## 1.2 Θεωρίες γήρανσης

Η διαδικασία της γήρανσης έχει οδηγήσει στην ανάπτυξη και διαφόρων θεωριών σχετικά με τις διαδικασίες που υλοποιούνται κατά τη γήρανση των ανθρώπων, αλλά και τον τρόπο επίδρασης των διαδικασιών αυτών στη λειτουργικότητα του ανθρώπινου οργανισμού. Γενικά, η διαδικασία της γήρανσης θεωρείται από τους περισσότερους επιστήμονες μια προγραμματισμένη διαδικασία που υφίσταται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του ανθρώπου, ενώ υπάρχουν και επιστήμονες που διαφωνούν με την άποψη αυτή, με αποτέλεσμα να υπάρχει σημαντική συζήτηση γύρω από τη γήρανση (Tower, 2015; Blagosklonny, 2013; Goldsmith, 2014). Στο παρόν υπό κεφάλαιο λοιπόν, παρουσιάζονται οι βασικότερες θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με τη γήρανση.

### 1.2.1 Θεωρίες προγραμματισμένης γήρανσης

Οι θεωρίες προγραμματισμένης γήρανσης, που μερικές φορές αναφέρονται ως θεωρίες ενεργητικής ή προσαρμοστικής γήρανσης, υποδηλώνουν ότι υπάρχει σκόπιμη επιδείνωση με την ηλικία επειδή η περιορισμένη διάρκεια ζωής έχει ως αποτέλεσμα εξελικτικά οφέλη (Goldsmith, 2012). Για πολλά χρόνια, η προγραμματισμένη γήρανση έχει συζητηθεί και ορισμένες μελέτες έχουν τεκμηριώσει αυτή την υπόθεση. Για παράδειγμα, οι Ünal et al. (2011) έχουν προτείνει ότι υπάρχουν μηχανισμοί που διατηρούν την ακεραιότητα των σπορίων των γερασμένων διπλοειδών κυττάρων ζυμομύκητα. Μέσω αυτών των μηχανισμών, τα γερασμένα διπλοειδή κύτταρα που προκαλούνται σε σπορίωση φαίνεται να χάνουν κάθε βλάβη που σχετίζεται με την ηλικία σε σημείο που δεν είναι πλέον ανιχνεύσιμο, αν και η υπόθεση ότι αυτά τα ευρήματα μπορούν να επεκταθούν σε ανώτερους οργανισμούς έχει τεθεί υπό αμφισβήτηση (Biliński et al., 2012). Ωστόσο, αν και η ανάπτυξη και η μορφογένεση μπορούν εύκολα να γίνουν κατανοητές ως προγραμματισμένες, καθώς είναι το τελικό αποτέλεσμα μιας καθορισμένης ακολουθίας μοριακών και κυτταρικών γεγονότων που έχουν σχεδιαστεί για να παράγουν έναν δεδομένο φαινότυπο (Austad, 2004), η γήρανση θεωρείται ως επί το πλείστον ως αποσύνθεση. Εάν η γήρανση είναι πράγματι προγραμματισμένη, οι σκοποί αυτού του προγράμματος παραμένουν ασαφείς. Μερικοί έχουν προτείνει ότι η γήρανση μπορεί να αποτελεί ένα αλτρουιστικό σχέδιο (Longo et al., 2005), εξαλείφοντας άτομα μετά την αναπαραγωγική ηλικία, που θα ανταγωνίζονταν για πόρους, αποφεύγοντας τον υπερπληθυσμό και προωθώντας την προσαρμογή μέσω μιας σειράς γενεών (Kirkwood & Melov, 2011).

Οι υποστηρικτές αυτής της άποψης υπογραμμίζουν ότι οι ομοιότητες μεταξύ των βιοχημικών οδών που ρυθμίζουν τη γήρανση σε οργανισμούς όπως ζυμομύκητες, μύγες και ποντίκια, μαζί με στοιχεία που συνάδουν με προγραμματισμένο θάνατο στον σολομό και άλλους οργανισμούς, υποδηλώνουν την πιθανότητα ότι η προγραμματισμένη γήρανση μπορεί να συμβεί σε υψηλότερους οργανισμούς (Longo et al., 2005). Επιπλέον, αυτό το σχέδιο θα μπορούσε να είναι αποτέλεσμα γονιδίων

γήρανσης (de Magalhães, 2013). Ωστόσο, εάν συνέβαινε αυτό, τότε σίγουρα τέτοιοι μηχανισμοί θα ήταν επιρρεπείς στην αδρανοποίηση και, παρά τις πολλές γονιδιακές μεταλλάξεις έχουν περιγραφεί ως μεταλλάξεις που παρατείνουν τη ζωή (Fontana et al., 2010) δεν έχει αναφερθεί κανένα που να καταργεί τη διαδικασία της γήρανσης (Kirkwood, 2011). Θα πρέπει να σημειωθεί ότι, σε ορισμένους οργανισμούς, τα γονίδια έχουν αποδειχθεί ότι παίζουν καθοριστικό ρόλο στη γήρανση, με αποτέλεσμα η εμφάνιση μιας μετάλλαξης στα κύτταρα να οδηγήσει σε αύξηση της διάρκειας της ζωής των οργανισμών (Berdichevsky et al., 2006).

### 1.2.2 Ορμονικές θεωρίες γήρανσης

Λόγω του γεγονότος ότι ο εγκέφαλος ρυθμίζει το ενδοκρινικό σύστημα, η νευροενδοκρινική θεωρία της γήρανσης έχει αναδειχθεί ως η κύρια ορμονική θεωρία της γήρανσης (Finch, 2014; Meites, 2012) και, δεν αποτελεί έκπληξη, πολλά αντιγηραντικά προϊόντα στοχεύουν αποκατάσταση των επιπέδων συγκεκριμένων ορμονών σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Elewa & Zouboulis, 2014; Sah et al., 2013). Μερικές μελέτες έχουν υποστηρίξει την ιδέα ότι η οδός της ινσουλίνης σχετίζεται με τη μακροζωία του ανθρώπου, καθώς τα άτομα με μεταλλαγμένο γονίδιο Prop-I (Kržišnik et al., 2010) μπορεί να ζουν περισσότερο και οι ασθενείς με ανεπάρκεια GH και IGF-1 έχουν δείξει σημεία της πρόωρης γήρανσης, παρά το γεγονός ότι ζουν περισσότερο (Anisimov & Bartke, 2013). Κάποιοι έχουν προτείνει ότι τέτοιοι μηχανισμοί θα μπορούσαν να ενεργοποιηθούν με τη μείωση της κυτταρικής αντιγραφής (Kushner, 2013) ή ότι μπορεί να λειτουργήσει με βάση την αντιοξειδωτική ρύθμιση (Vitale et al., 2013).

Όποιος κι αν είναι ο μηχανισμός, είναι πλέον σαφές ότι η πρόωμη υπόθεση ότι η διαδικασία γήρανσης καθοδηγείται από ορμονικές αλλαγές που συμβαίνουν με την ηλικία είναι αβάσιμη. Αν μη τι άλλο, η μείωση της σηματοδότησης GH/IGF-1 αυξάνει τη διάρκεια ζωής, όχι το αντίθετο (de Magalhães, 2014) και, γενικότερα, οι ορμονικές αλλαγές μπορεί να ρυθμίζουν τη γήρανση ως έμμεση συνέπεια του αναπτυξιακού προγράμματος. Η ανισορροπία στις χημικές διεργασίες που προκαλείται από τη διαφορετική έκφραση των γονιδίων και τις ορμονικές αλλαγές μπορεί να συμβάλει στη γήρανση, αλλά, μέχρι στιγμής, τέτοιοι ισχυρισμοί παραμένουν στη σφαίρα της εικασίας. Επιπλέον, οι σημαντικές διαφορές στη διάρκεια ζωής που παρατηρούνται σε πολλά είδη, υπό ίδιες συνθήκες, φαίνεται να υποδηλώνουν ότι δεν υπάρχει προκαθορισμένο χρονοδιάγραμμα για τη γήρανση (Anisimov & Bartke, 2013). Έτσι, υπό ορισμένες συνθήκες, μπορεί να είναι δυνατό να παραταθεί ή να περιοριστεί η διάρκεια ζωής, οδηγώντας στην υπόθεση ότι η γήρανση δεν είναι προκαθορισμένη, αλλά μάλλον το τελικό αποτέλεσμα ενός μηχανισμού φθοράς που εμφανίζεται με το πέρασμα των χρόνων (Vitale et al., 2013).

### 1.2.3 Θεωρίες φθοράς

Οι εξελικτικοί βιολόγοι μπορεί να υποστηρίξουν ότι η γήρανση συμβαίνει λόγω της απουσίας φυσικής επιλογής στο μετα-αναπαραγωγικό στάδιο της ζωής (Johnson et al., 1999). Ως εκ τούτου, η γήρανση δεν είναι προγραμματισμένη. Αντίθετα, είναι η απουσία επιλογής για συντήρηση (Medawar, 1952). Αν και τέτοιες θεωρίες γήρανσης είναι υποκειμενικά ελκυστικές, καθώς μεταφέρουν μια θεραπεία για τη γήρανση, η συσσώρευση της βλάβης είναι μια αυθόρμητη διαδικασία που βασίζεται στην εντροπία και, ως εκ τούτου, η κινητική της μπορεί να τροποποιηθεί γενετικά και περιβαλλοντικά, με αποτέλεσμα το ευρύ φάσμα της ζωής. εκτείνεται που παρατηρούμε (Aledo & Blanco, 2015). Μεταξύ των θεωριών βλάβης, μια κυρίαρχη ιδέα είναι αυτή της οξειδωτικής βλάβης (Harman, 1981).

Περίπου το 2-3% του οξυγόνου που προσλαμβάνεται μειώνεται χημικά με την προσθήκη μεμονωμένων ηλεκτρονίων. Η ατελής αναγωγή του οξυγόνου μπορεί να δημιουργήσει μια ποικιλία βιολογικά σχετικών ROS, όπως το υπεροξειδίο του υδρογόνου, το υπεροξειδίο της ρίζας ανιόντων και η ρίζα υδροξυλίου (Johnson et al., 1999). Η αλυσίδα μεταφοράς ηλεκτρονίων στα μιτοχόνδρια, οι δινουκλεοτιδικές φωσφορικές οξειδάσες νικοτιναμιδίου αδενίνης (NADPH οξειδάση) και η 5-λιποξυγενάση ως οι τρεις κύριες πηγές ROS σε ζωντανά κύτταρα (Novo & Parola, 2008). Πολλές μελέτες έχουν επισημάνει τη σχετικά τυχαία μοριακή βλάβη που προκαλούν τα ROS στα λιπίδια (Shah et al., 2001), τις πρωτεΐνες (Mishra et al., 2011) και τα νουκλεϊκά οξέα (Dizdaroglu, 1992) και η έκθεση σε ROS έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί συγκεκριμένα μηχανισμούς που στοχεύουν στην εξουδετέρωση των επιπτώσεών τους (Silva et al., 2015).

### 1.2.4 Συνδυασμένες θεωρίες

Μία από τις πρώτες προσπάθειες για την ανάπτυξη μιας ενοποιημένης θεωρίας για τη γήρανση έγινε από τον Strehler (1976) το 1976. Ειδικότερα, ο Strehler διατύπωσε τέσσερα αξιώματα:

- (1) η γήρανση είναι καθολική και, ως εκ τούτου, ένα φαινόμενο που σχετίζεται με τη γήρανση πρέπει να εμφανίζεται σε όλα τα άτομα. ενός είδους, αν και σε διαφορετικούς βαθμούς.
- (2) η γήρανση πρέπει να είναι εγγενής: οι αιτίες πρέπει να είναι ενδογενείς και να μην εξαρτώνται από εξωγενείς παράγοντες.
- (3) Η γήρανση είναι προοδευτική και πρέπει να συμβαίνει σταδιακά σε όλη τη διάρκεια της ζωής και
- (4) η γήρανση πρέπει να είναι επιβλαβής, δηλαδή ένα φαινόμενο που σχετίζεται με τη γήρανση θα θεωρείται μέρος της διαδικασίας γήρανσης μόνο εάν δεν έχει πλεονεκτήματα για το άτομο.

Αμέσως μετά, βάσει αυτών των αξιώσεων, αναπτύχθηκε μια μεμβρανική υπόθεση γήρανσης (Zs.-Nagy, 1978), με βάση το γεγονός ότι οι κυτταρικές μεμβράνες γίνονται πιο άκαμπτες κατά τη

γήρανση και ότι η μείωση της ενδοκυτταρικής περιεκτικότητας σε κάλιο θα μπορούσε να οδηγήσει σε ένα είδος αλλαγές στη λειτουργικότητα και στην ευεξία του οργανισμού. Με άλλα λόγια, η γήρανση σχετιζόταν με αλλαγές στην ικανότητα των κυττάρων να μεταφέρουν χημικές ουσίες, θερμότητα και ηλεκτρικές διεργασίες. Στις αρχές της δεκαετίας του 1980, ο Cutler παρουσίασε μια διαφορετική υπόθεση σχετικά με τη γήρανση και τη μακροζωία των θηλαστικών (Cutler, 1982). Σύμφωνα με τη θεωρία του η υποκείμενη αιτία για τις περισσότερες από τις τεράστιες πολυπλοκότητες της διαδικασίας γήρανσης ήταν η απομάκρυνση των κυττάρων από τη σωστή τους κατάσταση.

Πιο πρόσφατα, προτάθηκε μια νέα ολοκληρωμένη θεωρία, βασισμένη στην αντίληψη ότι η γήρανση δεν είναι θεμελιωδώς μια χημική διαδικασία, αλλά μάλλον ένας μηχανισμός βιοφυσικής, ηλεκτρικής φύσης. Η θεωρία της γήρανσης της εξασθένισης του ηλεκτρισμού (De Loof et al., 2013) υποστηρίζει ότι, καθώς τα κύτταρα χάνουν σταδιακά την ικανότητά τους να παράγουν τη δική τους ηλεκτρική ενέργεια, οι βιοχημικές διεργασίες που έχουν προταθεί ως οδηγοί της γήρανσης μπαίνουν στο παιχνίδι, οδηγώντας τελικά στο θάνατο από γήρανση. Εντούτοις, εγείρει μια ενδιαφέρουσα πτυχή στην έρευνα για τη γήρανση: οι επιστήμονες δεν πρέπει να περιορίζονται στις βιοχημικές και γενετικές αιτίες της γήρανσης. Όλες οι βιοφυσικές δραστηριότητες του ζωντανού κυττάρου πρέπει να λαμβάνονται υπόψη, δηλαδή η βιοηλεκτρική, ως πιθανή αιτία γήρανσης. Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την εύρεση συνεργιών και τον συνδυασμό διαφορετικών απόψεων και θεωριών για τη γήρανση (Barja, 2013; Weinert & Timiras, 2003), αν και καμία δεν έχει καθιερωθεί ως επικρατεί λεπτομερής και περιεκτική άποψη για το τι είναι και, το πιο σημαντικό, πώς συμβαίνει η γήρανση.



## 2. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

### 2.1 Στερεότυπα και προκαταλήψεις σχετικά με την ηλικία

Η διαδικασία της γήρανσης μπορεί να θεωρηθεί δυσμενώς από μερικούς ανθρώπους, οι οποίοι τη βλέπουν απαισιόδοξα, και αυτό μειώνει την ευχαρίστηση που μπορεί να έχουν κερδίσει από τη δική τους ανάπτυξη (Kang, 2020). Η γήρανση θεωρείται συχνά ως μια προκλητική διαδικασία, κατά την οποία τα άτομα χάνουν την εμπιστοσύνη τους και βιώνουν απώλεια παραγωγικότητας (Schafer & Shippee, 2009). Σημαντικές μειώσεις στην κοινωνική και πολιτιστική θέση έχουν παρατηρηθεί σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας τον περασμένο αιώνα ως αποτέλεσμα της εκβιομηχάνισης και του εκσυγχρονισμού (Aboderin, 2004; Nelson, 2005). Η βιομηχανική εποχή και οι τεχνολογικές εξελίξεις έχουν αυξήσει την ανάγκη για τους ανθρώπους να εργάζονται αποτελεσματικά και γρήγορα για να παραμείνουν ανταγωνιστικοί (Tuomi et al., 1997). Αυτές οι αλλαγές είχαν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ανάγκης και της προβολής των δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων (Solem, 2005).

Ένας αυξανόμενος όγκος ερευνών έχει παρατηρήσει μια αύξηση στις αρνητικές στάσεις προς τα ηλικιωμένα άτομα με την πάροδο των ετών (Nelson, 2005; Scharlach et al., 2000). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι τα μέλη των νεότερων γενεών επιδεικνύουν πλέον περισσότερες αρνητικές απόψεις και στάσεις προς τους μεγαλύτερους ενήλικες από ό,τι συνέβαινε στο παρελθόν (North & Fiske, 2012). Οι αρνητικές πεποιθήσεις και στάσεις προς τους ηλικιωμένους επικρατούν ολοένα και περισσότερο, γεγονός που μπορεί να προσθέσει στα εμπόδια που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι όταν αναζητούν εργασία (Skirbekk, 2004). Κατά συνέπεια, οι ηλικιωμένοι συχνά θεωρούνται απλώς παθητικοί αποδέκτες ευημερίας και μπορεί ακόμη και να κατηγορηθούν ότι αποτελούν βάρος για τις νεότερες γενιές (Hudson, 2012). Η πεποίθηση ότι οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πολύτιμοι ή δεν παρουσιάζουν κανένα ενδιαφέρον για την κοινωνία μπορεί να συμβάλει αρνητικά στο ηλικιωμένο άτομο, το οποίο εσωτερικεύει πολλές φορές τις στάσεις αυτές και αντιλαμβάνεται αντίστοιχα αρνητικά τις δικές του ικανότητες και τη θέση του μέσα στο κοινωνικό σύνολο. Η ηλικία με βάση τα παραπάνω μπορεί να ενταχθεί στα στερεότυπα και στις προκαταλήψεις και να οδηγήσει στην εμφάνιση μεροληπτικών ενεργειών ή συμπεριφορών σχετικά με τη σημασία του ατόμου και τη χρησιμότητά του στο κοινωνικό σύνολο (Iversen et al., 2009). Κατά συνέπεια, τα στερεότυπα ηλικίας είναι σταθερές πεποιθήσεις που υπεργενικεύουν τα χαρακτηριστικά, τα χαρακτηριστικά και τις συμπεριφορές που έχουν κοινά από μια συγκεκριμένη ομάδα (Whitley & Kite, 2006).

Τα ηλικιακά στερεότυπα μπορούν να συμβάλουν σε υποθέσεις σχετικά με τις σωματικές και ψυχικές ικανότητες, τις κοινωνικές δεξιότητες, τις πολιτικές και θρησκευτικές πεποιθήσεις και άλλα χαρακτηριστικά ενός ατόμου με βάση την ηλικία του. Η προκατάληψη είναι μια αρνητική ή θετική συναισθηματική αντίδραση σε ένα άτομο που βασίζεται στην αντιληπτή σχέση του με μια συγκεκριμένη ομάδα (World Health Organization, 2021). Η ηλικιακή προκατάληψη είναι μια από τις πιο κοινωνικά

θεσμοθετημένες προκαταλήψεις σε πολλά τμήματα της κοινωνίας και αγνοείται σε πολλές πτυχές της κοινωνικής ζωής (Nelson, 2005). Μια πράξη που εισάγει διακρίσεις χαρακτηρίζεται κυρίως από παραμορφωμένη συμπεριφορά που αντιμετωπίζει τα άτομα με μη εποικοδομητικό τρόπο (Dovidio et al., 2011). Ενώ θεωρητικά μπορεί να απευθύνεται σε οποιαδήποτε ηλικιακή ομάδα, η συντριπτική πλειονότητα των μελετών επικεντρώνεται σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας ή όνιμους εφήβους (Nelson, 2005). Παρόλο που η διάκριση με βάση την ηλικία και η δημιουργία στερεοτύπων μπορεί να φανεί με όρους θετικών στερεοτύπων ή στάσεων, συνδέεται στενότερα με αρνητικά στερεότυπα ή στάσεις (Palmore, 1999). Η ηλικιακή προκατάληψη μπορεί να εκδηλωθεί με δύο βασικούς τρόπους. Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να εμφανιστεί σιωπηρά, μέσω ασυνείδητων σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών, ή ρητά, μέσω σκόπιμων ενεργειών ή λεκτικών εκφράσεων που πυροδοτούνται από τη συνειδητή επίγνωση (Iversen et al., 2009).

## **2.2 Ψυχολογική επιβάρυνση των ατόμων τρίτης ηλικίας και παράγοντες κινδύνου**

Η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων παγκοσμίως, παράλληλα με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, έχει οδηγήσει σε μεγαλύτερη προσοχή στους ψυχολογικούς παράγοντες της γήρανσης (Ayalon et al., 2019). Ο τομέας της γηροψυχολογίας γίνεται όλο και πιο σημαντικός καθώς οι πληθυσμοί γερνούν. Η γηροψυχολογία είναι μια ειδικότητα που εστιάζει στην κατανόηση, τη θεραπεία και τη βελτίωση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων (Eibach et al., 2010; Ayalon et al., 2019). Επί του παρόντος, πολλοί ηλικιωμένοι με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να μην λαμβάνουν την κατάλληλη θεραπεία. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είναι απαραίτητη. Συνιστώνται ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις και φάρμακα (Orth et al., 2010).

Η ψυχική υγεία και η ευημερία είναι εξίσου σημαντικές στην μεγαλύτερη ηλικία όπως σε κάθε άλλη περίοδο της ζωής. Οι ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές στους ηλικιωμένους αντιπροσωπεύουν το 6,6% της συνολικής αναπηρίας για αυτήν την ηλικιακή ομάδα. Περίπου το 15% των ενηλίκων ηλικίας 60 ετών και άνω πάσχουν από ψυχική διαταραχή, η οποία επιδρά σημαντικά στην αντιληπτή στάση σχετικά με τις ικανότητές τους και την αξία τους εντός του κοινωνικού συνόλου. Μάλιστα, οι ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα για τη μείωση της λειτουργικότητας των ατόμων και την έκπτωση στην ποιότητα της ζωής τους (Merghati-Khoei et al., 2016). Επίσης, οι αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις ενδέχεται να προκαλέσουν και προβλήματα σε αυτές, καθώς όλοι καλούνται να αναλάβουν νέους και διαφορετικούς ρόλους και η αλλαγή αυτή δημιουργεί ένα νέο πλαίσιο στις σχέσεις των ατόμων. Μια άλλη πηγή πρόκλησης ψυχοσυναισθηματικών προβλημάτων αποτελεί το πένθος, το οποίος σχετίζεται με κάποια απώλεια προσώπου ή ακόμα και του παλιού ρόλου των ατόμων και της ζωής που διαβιούσαν (Eibach et al., 2010;

Minami et al., 2015). Το πένθος καλεί τα άτομα να αναστοχαστούν σχετικά με το παρελθόν και να δημιουργήσουν μια νέα συνθήκη στην καθημερινότητά τους, όπου η απώλεια είναι πάντα υπαρκτή.

Οι ηλικιωμένοι μπορεί να βιώσουν τους ίδιους στρεσογόνους παράγοντες της ζωής που είναι κοινοί σε όλους τους ανθρώπους, ωστόσο έχουν επιπλέον άγχος για τη σημαντική συνεχή απώλεια ικανοτήτων και μείωση της λειτουργικής ικανότητας. Οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν μειωμένη κινητικότητα, χρόνιο πόνο, αδυναμία, διαβήτη, απώλεια ακοής, οστεοαρθρίτιδα ή άλλα προβλήματα υγείας, τα οποία απαιτούν κάποια μορφή μακροχρόνιας φροντίδας. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να βιώσουν γεγονότα όπως πένθος ή πτώση της κοινωνικοοικονομικής κατάστασης με τη συνταξιοδότηση. Δυστυχώς, αυτοί οι στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να οδηγήσουν σε απομόνωση, μοναξιά ή ψυχολογική δυσφορία στους ηλικιωμένους. Η ψυχική υγεία έχει αντίκτυπο στη σωματική υγεία και αντίστροφα (Minami et al., 2015; Ayalon & Tesch-römer, 2017). Ένας ακόμη ιδιαίτερα επιβαρυντικός παράγοντας για την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων αποτελεί η πιθανή ανάγκη φροντίδας από τους άλλους στις καθημερινές τους δραστηριότητες, η οποία ενδέχεται να οδηγήσει σε αρνητικές συμπεριφορές προς τους ίδιους, ακόμα και σε κακομεταχείρισή τους με τους ίδιους λόγω έντονων προβλημάτων υγείας να μην είναι σε θέση να αντιδράσουν ή να απομακρυνθούν από το πρόσωπο που τους κακομεταχειρίζεται. Οι ηλικιωμένοι διατρέχουν κίνδυνο κακοποίησης, με τις πολλές μορφές της, όπως σωματική, λεκτική, ψυχολογική, οικονομική ή σεξουαλική κακοποίηση, εγκατάλειψη παραμέληση, τα οποία οδηγούν σε απώλεια αξιοπρέπειας και σεβασμού του ατόμου για το πρόσωπό του. (Ong et al., 2016).

Οι πιο συχνές ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές στους ηλικιωμένους είναι η άνοια και η κατάθλιψη, που επηρεάζουν περίπου το 5% και το 7% του παγκόσμιου ηλικιωμένου πληθυσμού, αντίστοιχα. Η κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει μεγάλη αγωνία και να οδηγήσει σε μειωμένη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή. Η κατάθλιψη υποδιαγιγνώσκεται και υποθεραπεύεται σε χώρους πρωτοβάθμιας περίθαλψης στα ηλικιωμένα άτομα, καθώς ενδέχεται να θεωρείται φυσιολογική η απώλεια ευεξίας ή η εμφάνιση αρνητικών σκέψεων και αντιλήψεων, λόγω της αυξημένης ηλικίας των ατόμων (Taheri Tanjanai et al., 2017).

### 3. ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

#### 3.1 Η επίδραση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στα άτομα τρίτης ηλικίας

Για αιώνες, οι μελετητές έχουν εξετάσει πώς οι κοινωνικές συνθήκες επηρεάζουν τις ανθρώπινες σχέσεις και πώς αυτές οι σχέσεις επηρεάζουν την υγεία του ατόμου και τον ρόλο μέσα στην κοινωνία (Cudjoe et al., 2022). Δύο σημαντικά χαρακτηριστικά της έρευνας για τις κοινωνικές σχέσεις περιλαμβάνουν τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση. Η μοναξιά ορίζεται ως μια αντιληπτή και υποκειμενική κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο δεν είναι ικανοποιημένο με την ποιότητα ή/και την ποσότητα των κοινωνικών του σχέσεων. Η κοινωνική απομόνωση είναι μια αντικειμενική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από έλλειψη επαφής με άλλους ανθρώπους και αποδέσμευση από ομάδες και κοινωνικές δραστηριότητες (Taylor et al., 2020). Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση μερικές φορές παρερμηνεύονται ως τα ίδια φαινόμενα στον δημόσιο λόγο και στα μέσα ενημέρωσης. Ωστόσο, προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι είναι διακριτές ψυχοκοινωνικές κατασκευές που συσχετίζονται ασθενώς έως μέτρια μεταξύ τους.

Δεδομένης της επίδρασης της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στην υγεία των ατόμων, αρκετές έρευνες έχουν διερευνήσει τις δύο αυτές παραμέτρους στοχεύοντας στην ανάδειξη των συνθηκών εκείνων που υφίστανται στο κοινωνικό σύνολο και εντείνουν το πρόβλημα. Οι έρευνες ανέδειξαν ότι τα ποσοστά μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης ποικίλλουν ανά τον κόσμο. Για παράδειγμα, μια πρόσφατη μετα-ανάλυση σχετικά με τις διαφορές σε επίπεδο χώρας διαπίστωσε ότι η μοναξιά στους εφήβους ήταν χαμηλότερη στις χώρες της Νοτιοανατολικής Ασίας και υψηλότερη στις χώρες της Ανατολικής Μεσογείου, ενώ στην Ευρώπη, η μοναξιά ήταν υψηλότερη στις χώρες της Ανατολικής Ευρώπης και χαμηλότερη στις χώρες της Βόρειας Ευρώπης (Surkalim et al., 2022).

Έρευνες έχουν διεξαχθεί και για το επίπεδο κοινωνικής απομόνωσης που βιώνουν οι άνθρωποι. Για παράδειγμα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον γενικό πληθυσμό στην Αυστραλία ανέδειξε ότι το 17% του γενικού πληθυσμού ταξινομήθηκε ως κοινωνικά απομονωμένος, με το 13% να εμφανίζει περιστασιακή απομόνωση και το 4% να εμφανίζει χρόνια απομόνωση (Surkalim et al., 2022). Επιπλέον, υπάρχουν μελέτες που επικεντρώνονται στον επιπολασμό της κοινωνικής απομόνωσης διεξάγονται συχνά σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Για παράδειγμα μια πρόσφατη канаδική έρευνα, διαπίστωσε ότι περίπου ένας στους τέσσερις ηλικιωμένους ήταν κοινωνικά απομονωμένος, με αποτέλεσμα το αίσθημα της μοναξιάς που βιώνει στην καθημερινότητά του να είναι αυξημένο (Gilmour, 2019). Η επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης διερευνήθηκε και στο χρονικό διάστημα που επιβλήθηκαν μέτρα για την διαχείριση του COVID-19.

Δεδομένων των αρνητικών αποτελεσμάτων για την υγεία και της συνολικής επικράτησης της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης σε όλο τον κόσμο, διαπιστώνεται ότι το πρόβλημα αυτό δεν είναι μεμονωμένο και λόγω της επίδρασής του στην υγεία των ατόμων, εντάσσεται στο πλαίσιο της

δημόσιας υγείας. Για τον λόγο αυτό, σε πολλές χώρες, γίνονται επενδύσεις σε πολιτικές για τη βελτίωση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης και εφαρμόζονται προγράμματα που στοχεύουν στη διαχείρισή του, ενώ αντίστοιχα υπάρχουν και κινητοποιήσεις που στοχεύουν στην πίεση των κυβερνήσεων για τη διαχείριση του προβλήματος. Αξιοσημείωτα κινήματα για την αντιμετώπιση της μοναξιάς και της απομόνωσης περιλαμβάνουν το Campaign to End Loneliness στο Ηνωμένο Βασίλειο, το Ending Loneliness Together στην Αυστραλία, το Foundation for Social Connection στις Ηνωμένες Πολιτείες, ενώ και ο ίδιος ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει θέσει τη σοβαρότητα του ζητήματος και έχει υλοποιήσει δράσεις σχετικά με τη διαχείρισή του (Global Initiative on Loneliness and Connection, 2023). Σε άλλες χώρες το ζήτημα της διαχείρισης του φαινομένου εξετάζεται και επιχειρείται να επιλυθεί σε επίπεδο πολιτικών αποφάσεων και εργασιών, με στόχο να υπάρξει μια συντονισμένη και στοχευμένη δράση για να υποστηριχθούν αποτελεσματικά οι πολίτες (National Academies of Sciences, 2020).

### **3.2 Μοναξιά στην τρίτη ηλικία**

Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση είναι διεθνείς ανησυχίες για τη δημόσια υγεία που επηρεάζουν ιδιαίτερα τη γερασμένη κοινωνία παγκοσμίως. Η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση είναι παράγοντες κινδύνου για την έκπτωση στη συνολική υγεία των ατόμων, ενώ μπορεί να συσχετιστεί και αυξημένη νοσηρότητα. Επιπλέον, η μοναξιά έχει συσχετιστεί με μειωμένη αντίσταση σε λοιμώξεις, γνωστική έκπτωση και καταστάσεις ψυχικής υγείας όπως η κατάθλιψη και η άνοια (Taylor et al., 2020). Μάλιστα, έχει αναδειχθεί ότι οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες να αισθανθούν μόνοι και να απομονωθούν κοινωνικά σε σχέση με τις άλλες ηλικιακές ομάδες. Έτσι, ενώ κάθε άτομο θα βιώσει μοναξιά κάποια στιγμή στη ζωή του σε έναν ορισμένο βαθμό, οι έρευνες έχουν αναδείξει ότι οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στο να βιώσουν τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση (Lim et al., 2022; CIGNA, 2018). Πιο συγκεκριμένα, έχει αναδειχθεί ότι περίπου το 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών διατρέχουν κίνδυνο κοινωνικής απομόνωσης και το ένα τρίτο θα βιώσει κάποιο βαθμό μοναξιάς αργότερα στη ζωή του (Taylor, 2020).

Οι παράγοντες κινδύνου για τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση μεταξύ των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν τη διασπορά της οικογένειας, τη μειωμένη κινητικότητα και το μειωμένο εισόδημα, την απώλεια αγαπημένων προσώπων και την κακή υγεία. Επίσης, θεωρείται ότι η κοινωνική αλλαγή, συμπεριλαμβανομένης της μειωμένης διαβίωσης μεταξύ των γενεών, της μεγαλύτερης γεωγραφικής κινητικότητας και των λιγότερο συνεκτικών κοινοτήτων έχουν επίσης συμβάλει σε υψηλότερα επίπεδα μοναξιάς στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Lim et al., 2022; Peng et al., 2022). Λόγω της προόδου στη δημόσια υγεία και τις ιατρικές τεχνολογίες, εκτός από τη βελτίωση της υγιεινής, το μέσο προσδόκιμο ζωής του πληθυσμού ηλικίας 60 ετών και άνω έχει αυξηθεί παγκοσμίως, με

αποτέλεσμα την προβλεπόμενη αύξηση 56% αυτού του πληθυσμού από 901 εκατομμύρια σε 1,4 δισεκατομμύρια έως το 2030 (Global Initiative on Loneliness and Connection, 2023).

### **3.3 Παρεμβάσεις για τη διαχείριση του αισθήματος της μοναξιάς στους ηλικιωμένους**

Δεδομένης της αυξανόμενης επιβάρυνσης της μοναξιάς και των επιπτώσεών της στην υγεία και την ευημερία, έχει εμφανιστεί μια έντονη κινητοποίηση σχετικά με τη διαχείριση του ζητήματος και αρκετές παρεμβάσεις έχουν εφαρμοστεί σε διάφορες χώρες. Για παράδειγμα, μια εκστρατεία για τον τερματισμό της μοναξιάς ξεκίνησε το 2010 στο Ηνωμένο Βασίλειο και είχε στόχο να δημιουργήσει συνδέσεις μεταξύ ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Age UK, 2011). Επίσης, στη Δανία υλοποιήθηκε μια εκστρατεία με τίτλο «Danmark spiser sammen» και αποτέλεσμα λαϊκό κίνημα κατά της μοναξιάς (Aldre Sagen, 2018). Και στην Αυστραλία παρόμοια κίνηση υλοποιήθηκε από τον Αυστραλιανό Συνασπισμό για τον Τερματισμό της Μοναξιάς (ACEL), εμπνευσμένο από την Εκστρατεία για τον τερματισμό της μοναξιάς στο Ηνωμένο Βασίλειο. Η παρέμβαση αυτή εμφανίστηκε στην Αυστραλία το 2016 και είχε στόχο να χρησιμοποιήσει τεκμηριωμένες παρεμβάσεις και υπεράσπιση για την αύξηση της ευαισθητοποίησης και αντιμετώπισης της μοναξιάς και της φυσικής κοινωνικής απομόνωσης (Australian Coalition to End Loneliness, 2017). Υπάρχουν επίσης αυξανόμενες εκστρατείες στην Ολλανδία και τη Νέα Ζηλανδία για την αντιμετώπιση της μοναξιάς, οι οποίες αναδεικνύουν το παγκόσμιο ενδιαφέρον για τη διαχείριση του προβλήματος (Australian Coalition to End Loneliness, 2013).

Ωστόσο, οι παρεμβάσεις κρίνεται αναγκαίο να είναι συστηματικές και να παρέχονται από την πολιτεία, ώστε να μπορεί να υπάρξει μια στοχευμένη διαχείριση του ζητήματος. Για τον λόγο αυτό έχουν προωθηθεί αρκετές παρεμβάσεις σε συνολικό επίπεδο για διάφοροι τύποι παρεμβάσεων που δύνανται να είναι αποτελεσματικές. Για παράδειγμα, στο Ηνωμένο Βασίλειο ο οργανισμός Age UK και το Ινστιτούτο Δημόσιας Υγείας στην Ιρλανδία έχουν υλοποιήσει παρεμβάσεις που προωθούν τη διαχείριση της μοναξιάς και της κοινωνικής απομόνωσης στην τρίτη ηλικία (Davidson et al., 2015; Harvey et al., 2016). Επίσης, έχουν δημοσιευτεί και κατευθυντήριες γραμμές σχετικά με τον τρόπο σχεδιασμού και εφαρμογής των παρεμβάσεων στη συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα, ώστε να είναι αποτελεσματικές (Merrifield, 2015; Social Care Institute for Excellence, 2018). Ακόμη, μέσω της έρευνας έχει αναδειχθεί ότι και η ψυχοθεραπεία δύναται να καταστεί ιδιαίτερα αποτελεσματική σε αυτές τις περιπτώσεις και να δοθεί μια υποστήριξη στους ηλικιωμένους σχετικά με τον τρόπο συμμετοχής τους στο κοινωνικό σύνολο και την αναδιαμόρφωση των αντιλήψεών τους σχετικά με τους ρόλους τους μέσα σε αυτό (Trottier, 2018).

## 4. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

### 4.1 Η σημασία της ικανοποίησης από τη ζωή για τα άτομα τρίτης ηλικίας

Οι ηλικιωμένοι είναι μια ομάδα ανθρώπων που, στον σύγχρονο κόσμο, αποτελούν έναν αυξανόμενο πληθυσμό που χρήζει υποστήριξης και ενίσχυσης, διότι επηρεάζονται σημαντικά από τις συνεχείς αλλαγές και τις τεχνολογικές και επιστημονικές εξελίξεις. Έτσι, η αύξηση της γήρανσης του πληθυσμού αποτελεί πρόκληση για τον κόσμο και οι κυβερνήσεις καλούνται να δώσουν μεγαλύτερη προσοχή σε αυτήν την ομάδα και να φροντίσουν η καθημερινότητά τους να τους παρέχει ικανοποίηση, ώστε και οι ίδιοι να έχουν μια ποιοτική ζωή (Sourour et al., 2019). Η ικανοποίηση από τη ζωή έχει εισαχθεί πρόσφατα ως ο καλύτερος δείκτης της ποιότητας ζωής. Η ικανοποίηση από τη ζωή είναι ένα είδος γενικής και βαθιάς εσωτερικής ευτυχίας που πηγάζει από ατομικές εμπειρίες στον έξω κόσμο. Με άλλα λόγια, εκφράζει τη θετική στάση του ατόμου απέναντι στη ζωή του και αντανακλά τα συναισθήματα του ατόμου για το παρελθόν, το παρόν ή το μέλλον του (Yeniaras et al., 2017). Οι ηλικιωμένοι που έχουν υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή φαίνεται επίσης να είναι σε υψηλότερα επίπεδα στην προώθηση συμπεριφορών υγείας (Vijayakumar et al., 2016). Ωστόσο, είναι συνήθως δύσκολο να επιτευχθούν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή με την αύξηση της ηλικίας και τα σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα (Pari et al., 2019). Ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων παίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίησή τους. Φαίνεται ότι οικονομικοί, κοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων (Gholizadeh et al., 2010). Πολλοί ικανοποιητικοί προγνωστικοί παράγοντες των ηλικιωμένων είναι κοινωνικοί, ψυχολογικοί και συμπεριφορικοί και δυναμικά μεταβλητοί. Η επιτυχία στους ηλικιωμένους δεν επηρεάζεται από μεμονωμένους γενετικούς παράγοντες, αλλά περισσότεροι παράγοντες όπως το επίπεδο σωματικής δραστηριότητας, η κοινωνική αλληλεπίδραση και η κοινωνική υποστήριξη θα είναι αποτελεσματικοί στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων (Pari et al., 2019).

Λόγω της σημασίας της ικανοποίησης από τη ζωή στη γενική ευημερία των ατόμων αρκετές έρευνες έχουν διεξαχθεί για αναδειχθεί η σημασία της για τα άτομα τρίτης ηλικίας, αλλά και για τους παράγοντες εκείνους που επιδρούν στο βίωμα της ικανοποίησης. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης των Li et al. (2013) ανέδειξαν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή στους ηλικιωμένους ενήλικες σχετίζεται με το επίπεδο εκπαίδευσης, τους οικονομικούς πόρους, την αυτοαξιολόγηση της υγείας, τη λήψη οικονομικής υποστήριξης από τα παιδιά και την ικανοποίηση της υποστήριξής τους, την παραμονή στο σπίτι, το να βλέπουν και να επισκέπτονται γείτονες και να τους προσκαλούν για δείπνο. Οι Didino et al. (2016), επίσης, στη δική τους έρευνα ανέφεραν ότι παράγοντες όπως το εισόδημα, το επίπεδο του οικιακού εξοπλισμού και το άγχος και η μοναξιά επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή των ηλικιωμένων. Ακόμη, οι Bishop et al. (2006) περιέγραψαν την ατομική πρόσβαση σε βασικές και σημαντικές πηγές ζωής ως παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή. Αυτοί οι πόροι περιλαμβάνουν

υλικούς, κοινωνικούς ή προσωπικούς πόρους που έχουν να προσφέρουν οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι μπορούν να αναφερθούν ως οι κύριες πηγές για την προώθηση και τη διατήρηση της ευημερίας των ατόμων. Ακόμη, οι πόροι αυτοί είναι σε θέση να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να επιτύχουν τους προσωπικούς τους στόχους και να καλύψουν τις βασικές σωματικές και ψυχολογικές ανάγκες.

#### **4.2 Έρευνες για την ικανοποίηση από τη ζωή των ατόμων τρίτης ηλικίας**

Η ικανοποίηση από τη ζωή δεν είναι μια αντικειμενική ποιότητα. Αντίθετα, υπόκειται σε αλλαγές στο πλαίσιο και μπορεί να κριθεί με βάση τις αντιλήψεις και τις ερμηνείες των ανθρώπων. Το επίπεδο ικανοποίησης μπορεί να σχετίζεται όχι μόνο με την υγεία αλλά και με το βιοτικό επίπεδο ενός ατόμου. Έτσι, η βελτίωση της ικανοποίησης από τη ζωή των ηλικιωμένων απαιτεί προσοχή όχι μόνο στην υγεία τους αλλά και στις κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες στο περιβάλλον τους (Aishvarya et al., 2014). Εξάλλου, το να είναι κάποιος ικανοποιημένος με την προηγούμενη και την παρούσα ζωή μπορεί να θεωρηθεί από πολλούς ηλικιωμένους ως ιστορία επιτυχίας. Καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, η υγεία και η ικανοποίηση από τη ζωή γίνονται πιο σημαντικά από ό,τι όταν το προσδόκιμο ζωής ήταν μικρό. Επομένως, η ικανοποιητική γήρανση σχετίζεται με την ενεργή σωματική και ψυχολογική δράση και την ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, ώστε τα άτομα να αισθάνονται ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου και άξια σεβασμού από τον περίγυρό τους (Seligman, 2002).

Η μεγαλύτερη διάρκεια ζωής παρέχει μια σημαντική ευκαιρία για τους ηλικιωμένους, τις οικογένειές τους και γενικότερα τις κοινωνίες. Ωστόσο, αυτές οι αλλαγές επιφέρουν επίσης κοινωνικοδημογραφική αλλαγή και μπορεί να δημιουργήσουν νέες προκλήσεις για τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ειδικότερα, όταν οι άνθρωποι ζουν περισσότερο, χρειάζονται περισσότερη προσοχή στην υγεία τους και επομένως συχνά νοσηλεύονται για χρόνιες και εκφυλιστικές ασθένειες, λειτουργική και σωματική εξάρτηση, προβλήματα ψυχικής υγείας, γνωστικές διαταραχές και άλλες ασθένειες που σχετίζονται με την ηλικία (World Health Organization, 2011). Ως αποτέλεσμα, αυτό μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό τις οικονομίες, τις ρυθμίσεις διαβίωσης και τις προσωπικές και επαγγελματικές φιλοδοξίες να διατηρήσουν τις υπηρεσίες τους. Έτσι, στο τελευταίο στάδιο της ενηλικίωσης, η ικανοποίηση οδηγεί σε ακεραιότητα, ενώ η δυσαρέσκεια δημιουργεί μια αίσθηση απόγνωσης (Erikson, 1986).

Όπως έχουν αποκαλύψει μελέτες, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή είναι υψηλότερη μεταξύ ορισμένων ανθρώπων σε χώρες υψηλού εισοδήματος από ό,τι σε χώρες μεσαίου και χαμηλού εισοδήματος. Στη Νορβηγία, τη Ρωσία, τη Σουηδία και τη Βραζιλία, το μέγεθος της ικανοποίησης από τη ζωή ήταν 90,9%, 68,0%, 66,0% και 65,6%, αντίστοιχα, 10–13 ενώ στη Ζάμπια και το Νεπάλ ήταν μόνο 37% και 7,9%, αντίστοιχα. 14 15 Στο γηροκομείο του δήμου Sivas στην Τουρκία, το 6,4%, το



71,8% και το 21,8% ανέφεραν χαμηλή, μέτρια και υψηλή ικανοποίηση από τη ζωή, αντίστοιχα (Ghimire et al., 2018). Η μελέτη στη Βραζιλία μεταξύ ηλικιωμένων που κατοικούν στην κοινότητα ότι το 6,1% ήταν δυσαρεστημένοι, το 28,2% ήταν μέτρια ικανοποιημένοι και το 65 % ήταν πολύ ικανοποιημένοι με τη ζωή (Pinto & Neri, 2013). Σε μια άλλη μελέτη στη Νότια Κορέα, το 34%, το 38% και το 27% των ηλικιωμένων ανέφεραν επαρκή, μέση και κακή ικανοποίηση από τη ζωή, αντίστοιχα (Kimm et al., 2012). Μελέτες σε διάφορα μέρη του κόσμου έδειξαν το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαιδευτική κατάσταση, το επάγγελμα, τον τρόπο διαβίωσης, το εισόδημα, τη θρησκεία, την εργασιακή κατάσταση, τις σωματικές δραστηριότητες, την αντίληψη της αυτο-υγείας, τις χρόνιες νόσους, την αντιληπτή μοναξιά, τις καθημερινές δραστηριότητες διαβίωσης, την αίσθηση συνοχής, την ψυχική υγεία, την κοινωνική υποστήριξη, την ποιότητα του περιβάλλοντος διαβίωσης και τη διατροφή σε σημαντικούς προβλεπτικούς παράγοντες για την ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη ζωή.

Εάν η ικανοποίηση είναι μια σύνθετη έννοια που μπορεί να θεωρηθεί ως υποκειμενική ευημερία, ποιότητα ζωής ή ευτυχία, καθώς και μια συνολική θετική αξιολόγηση ενός γενικού κριτηρίου ή τελικού αποτελέσματος της ανθρώπινης εμπειρίας. Επί του παρόντος, η πληθυσμιακή έκρηξη των ηλικιωμένων απαιτεί προσοχή σχετικά με τη σημασία της ικανοποίησης από τη ζωή σε μια υγιή ζωή, η οποία σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με τη σωματική υγεία. Οι Mannell και Snelgrove (2012) δήλωσαν ότι τα άτομα είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή όταν οι εμπειρίες τους ταιριάζουν ή υπερβαίνουν τις προσδοκίες τους. Ο προηγούμενος ή ο τρέχων τρόπος ζωής των ηλικιωμένων επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης από τη ζωή τους. Ένα άτομο μπορεί να βασίσει το επίπεδο ικανοποίησης της ζωής του στις προηγούμενες πρακτικές υγείας του, όπως ειδικές δίαιτες, άσκηση, χρήση καπνού ή κατανάλωση αλκοόλ (Strine et al., 2008). Αρκετές μελέτες εξέτασαν τη συμμετοχή σε σωματική δραστηριότητα, άσκηση ή ψυχαγωγική δραστηριότητα που κατά συνέπεια συσχετίστηκε με καλύτερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Strine et al., 2008; Cho et al., 2018). Για παράδειγμα, ο Cho και οι συνεργάτες του (2018) εξέτασαν τη συμμετοχή σε παθητικές και ενεργητικές δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου και τις επιπτώσεις τους στα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή μεταξύ των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα προσδιόρισαν ότι οι ενεργητικές δραστηριότητες αναψυχής, όπως ο εθελοντισμός, η οικιακή εργασία και τα ταξίδια, συσχετίστηκαν θετικά με τα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή των ηλικιωμένων.

## 5. ΥΠΝΟΣ ΚΑΙ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

### 5.1 Επίδραση της ηλικίας στη διαδικασία του ύπνου

Ο ύπνος έχει λάβει αυξανόμενη προσοχή στο πλαίσιο της γηριατρικής έρευνας που βασίζεται σε ένα αυξανόμενο σύνολο στοιχείων που συνδέουν τον κακό ύπνο με πολλές δυσμενείς συνέπειες για την υγεία, ιδιαίτερα την έκπτωση στη γνωστική λειτουργία, σε ηλικιωμένους ενήλικες. Μαζί με πολλές άλλες φυσιολογικές αλλαγές στη φυσιολογική γήρανση, τα πρότυπα ύπνου αλλάζουν με τη γήρανση, ανεξάρτητα από πολλούς παράγοντες, όπως η ιατρική συννοσηρότητα και τα φάρμακα. και ο αριθμός των νυχτερινών αφυπνίσεων και ο χρόνος που αφυπνίζεται κατά τη διάρκεια της νύχτας αυξάνονται με τη γήρανση (Ohayon et al., 2004). Αυτές οι σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές στον ύπνο συνδέονται όχι μόνο με αλλαγές στις καρδιακές και ομοιοστατικές διαδικασίες, αλλά και με ορισμένες φυσιολογικές και ψυχοκοινωνικές αλλαγές στη γήρανση (Foley et al., 2004).

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο ύπνος αλλάζει σε συνάρτηση με την ηλικία. Η γήρανση σχετίζεται με μειωμένη ικανότητα διατήρησης του ύπνου, μειωμένη διάρκεια νυχτερινού ύπνου και μειωμένο βαθύ ύπνο (Espiritu, 2008). Ο Ohayon και οι συνεργάτες (2004) του εξέτασαν διεξοδικά τις κανονιστικές αλλαγές ύπνου από την παιδική ηλικία έως την τρίτη ηλικία χρησιμοποιώντας αποτελέσματα μετα-ανάλυσης από 65 μελέτες που αντιπροσώπευαν 3.577 υγιή άτομα ηλικίας μεταξύ 5 και 102 ετών, είχαν καλύτερη διαδικασία γήρανσης όταν υπήρχε ποιότητα και σταθερότητα στον ύπνο τους, με αποτέλεσμα ο ύπνος να χαρακτηρίζεται ως ένας σημαντικός παράγοντας για τη συνολική υγεία των ατόμων.

Η τρέχουσα βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι, γενικά, ο συνολικός χρόνος ύπνου (TST) μειώνεται με την ηλικία. Ωστόσο, περαιτέρω μειώσεις της TST που σχετίζονται με την ηλικία δεν έχουν παρατηρηθεί σταθερά μετά την είσοδο σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Οι Campbell et al. (2007) διεξήγαγαν μια εργαστηριακή μελέτη με 50 υγιείς ενήλικες ηλικίας μεταξύ 19 και 81 ετών για να αξιολογήσουν τον αυθόρμητο ύπνο κατά τη διάρκεια του 24ώρου μεταξύ νέων, μεσήλικων και μεγαλύτερων ενηλίκων. Σε σύγκριση με τους νεαρούς ενήλικες (10,5 ώρες), τους μεσήλικες (9,1 ώρες) και τους ηλικιωμένους (8,1 ώρες) είχαν σημαντικά μικρότερη μέση διάρκεια νυχτερινού ύπνου. Επίσης, δεδομένα από 160 υγιείς ενήλικες ηλικίας μεταξύ 20 και 90 ετών από το SIESTA, μια βάση δεδομένων, ανέδειξαν ότι η διάρκεια ύπνου μειώθηκε περίπου 8 λεπτά ανά δεκαετία στους άνδρες και 10 λεπτά ανά δεκαετία στις γυναίκες, στον ενήλικο πληθυσμό. Αυτή η συσχέτιση ήταν ισχυρότερη όταν συγκρίθηκαν νεαροί ενήλικες με ενήλικες μέσης ή μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά εξαφανίστηκε σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας 60 ετών και άνω. Αυτά τα ευρήματα υποδεικνύουν ότι η διάρκεια του ύπνου μειώνεται σημαντικά από την ηλικία των 60 ετών και έπειτα (Ohayon et al., 2004; Floyd et al., 2007).

Ένα ακόμη στοιχείο που σχετίζεται με τον ύπνο και θεωρείται ότι αλλάζει κατά τη διαδικασία της γήρανσης, είναι η έναρξη του ύπνου. Οι άνθρωποι συνήθως υποθέτουν ότι η ικανότητα έναρξης ύπνου μειώνεται σημαντικά με την ηλικία. Ωστόσο, τα τρέχοντα στοιχεία δεν υποστηρίζουν αυτή την

υπόθεση, αλλά υποδηλώνουν ότι τόσο ο λανθάνοντας ύπνος όσο και η ικανότητα να κοιμάται ξανά μετά από νυχτερινές αφυπνίσεις εμφανίζουν ελάχιστες αυξήσεις μετά από ηλικία μεγαλύτερη των 60 ετών. Τα αποτελέσματα από δύο μετα-αναλύσεις, για παράδειγμα, υποδηλώνουν ότι ο λανθάνοντας ύπνος αυξάνεται με την ηλικία. Ωστόσο, το μέγεθος της αλλαγής είναι πολύ μέτριο (Ohayon et al., 2004; Floyd et al., 2007). Σε αυτές τις μελέτες, ο λανθάνοντας ύπνος παραμένει σταθερός από την παιδική ηλικία έως την εφηβεία. Η σημαντική αύξηση που σχετίζεται με την ηλικία στον λανθάνοντα χρόνο ύπνου βρέθηκε μόνο μεταξύ πολύ νεαρών ενηλίκων και ηλικιωμένων. Μια μαθηματική μοντελοποίηση, η οποία διεξήχθη χρησιμοποιώντας δεδομένα από επτά εργαστηριακές μελέτες ύπνου (258 άτομα ηλικίας 17 έως 91 ετών), πρότεινε ότι ο λανθάνοντας ύπνος αυξήθηκε μεταξύ της εφηβείας και της δεκαετίας του είκοσι, παρέμεινε σταθερός από την ηλικία των 30 έως την ηλικία περίπου των 50 ετών και στη συνέχεια αυξήθηκε σταθερά μετά την ηλικία των 50 ετών (Klerman et al, 2004). Επιπλέον, παρόλο που βρέθηκαν πιο συχνές αφυπνίσεις σε υγιείς ηλικιωμένους σε σχέση με τους νέους, οι ηλικιωμένοι διατήρησαν την ικανότητά τους να ξαναρχίζουν τον ύπνο τους και ξανακοιμήθηκαν τόσο γρήγορα όσο και οι νεότεροι ενήλικες (Espiritu, 2008; Potari et al, 2016).

Μια άλλη διαδικασία που σχετίζεται με τον ύπνο και δύναται να επιδράσει στην υγεία των ατόμων είναι η αποτελεσματικότητα του ύπνου, η οποία διερευνάται ως προς τις αλλαγές που εμφανίζει με το πέρασμα του χρόνου. Η αποτελεσματικότητα του ύπνου παραμένει σε μεγάλο βαθμό αμετάβλητη από την παιδική ηλικία έως την εφηβεία και μειώνεται σημαντικά με την ηλικία στην ενήλικη ζωή. Διαφορετικά από όλες τις άλλες παραμέτρους ύπνου που διατηρούνται σταθερές μετά τα 60 έτη, η αποτελεσματικότητα του ύπνου συνεχίζει να μειώνεται πολύ αργά με την πρόοδο της ηλικίας (Ohayon et al., 2004). Εξίσου σημαντική διαδικασία είναι η συντήρηση του ύπνου, η οποία αφορά έναν διαρκή και συνεχόμενο ύπνο χωρίς πολλές αφυπνίσεις. Η διαδικασία της γήρανσης σχετίζεται με μειωμένη ικανότητα διατήρησης του ύπνου, καθώς εμφανίζεται ως αυξημένος αριθμός αφυπνίσεων και μεγαλύτερη διάρκεια αφύπνισης μετά την έναρξη του ύπνου, αλλά τείνει επίσης να φθίνει μετά την ηλικία των 60 (Potari et al, 2016). Επίσης, η μετα-ανάλυση των Ohayon et al. (2004) ανέδειξε ότι η επίδραση της ηλικίας στο ποσοστό του ύπνου σταδίου 1 ήταν ισχυρότερη στις γυναίκες και οι γυναίκες είχαν μικρότερο ποσοστό ύπνου σταδίου 2 και μεγαλύτερο ποσοστό SWS από τους άνδρες που ταιριάζουν με την ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες δεν είχαν καμία αλλαγή στην αποτελεσματικότητα του ύπνου όσο αυξανόταν η ηλικία, σε αντίθεση με τους άνδρες που είχαν μείωση 1,7% στην αποτελεσματικότητας ανά δεκαετία ηλικίας.

## 5.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα του ύπνου στην τρίτη ηλικία

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι περισσότερες παράμετροι του ύπνου μειώνονται με την ηλικία μέχρι τα 60 έτη, αλλά παραμένουν γενικά αμετάβλητες μετά την ηλικία των 60 ετών. Επίσης, οι ηλικιωμένοι είναι λιγότερο πιθανό να παραπονιούνται για προβλήματα ύπνου και τείνουν να δέχονται κάποιες αξιοσημείωτες αλλαγές ύπνου ως φυσιολογικές αλλαγές με τη γήρανση. Οι αλλαγές ύπνου που σχετίζονται με την ηλικία αφορούν κυρίως τους ηλικιωμένους που έχουν εξαιρετική υγεία και γερνούν με επιτυχία. Στον πραγματικό κόσμο, ιατρικές συννοσηρότητες και ψυχιατρικές ασθένειες, πρωτογενείς διαταραχές ύπνου και αλλαγές στην κοινωνική δέσμευση, τον τρόπο ζωής και το περιβάλλον συνοδεύουν συνήθως τη γήρανση. Αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν σε διαταραχές του ύπνου σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Πράγματι, έως και 50–60% των ηλικιωμένων ανέφεραν κακή ποιότητα ύπνου. Επομένως, τα προβλήματα ύπνου που αναφέρθηκαν σε ηλικιωμένους ενήλικες είναι συνήθως πολυπαραγοντικά και δεν εξηγούνται απαραίτητα μόνο από την ηλικία (Bliwise et al., 2017).

Περίπου το 67% των ηλικιωμένων έχει πολλαπλές συννοσηρότητες.<sup>85</sup> Η οστεοαρθρίτιδα, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η πνευμονική νόσος, η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ο καρκίνος και ο διαβήτης είναι οι πιο συχνά αναφερόμενες ιατρικές συννοσηρότητες σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας.<sup>4,86</sup> Περίπου το 90% των ενηλίκων ηλικίας 65 ετών και άνω λαμβάνουν συνταγογραφούμενα φάρμακα για τη θεραπεία των χρόνιων παθήσεών τους. Περισσότερο από το ένα τρίτο από αυτούς λαμβάνουν τακτικά πέντε φάρμακα (Kaufman et al., 2002; Linjakumpu et al., 2002). Η δυσφορία και η συναισθηματική δυσφορία από ιατρικές καταστάσεις συμβάλλουν σε αυξημένο αριθμό νυχτερινών αφυπνίσεων και στην ύπαρξη υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας σε ηλικιωμένους ενήλικες.

Η κατάθλιψη και το άγχος, διαδεδομένα ψυχιατρικά προβλήματα στους ηλικιωμένους, συνυπάρχουν συνήθως με την αϋπνία στους ηλικιωμένους. Επιδημιολογικές μελέτες ανέφεραν ότι περισσότερο από το 50% των ηλικιωμένων με κατάθλιψη έχουν αϋπνία. Επιπλέον, διαχρονικές μελέτες έχουν βρει ότι η αϋπνία μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο κατάθλιψης σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Ακόμη, η κατάθλιψη έχει συσχετιστεί θετικά με την ημερήσια υπνηλία και τη διάγνωση και τη σοβαρότητα της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου (Boockvar, 2016).

Αρκετές πρωτογενείς διαταραχές ύπνου, οι οποίες είναι συχνές σε ηλικιωμένους ενήλικες, συμβάλλουν στον κακό ύπνο στους ηλικιωμένους. Αυτές οι διαταραχές ύπνου περιλαμβάνουν αϋπνία, διαταραχή της αναπνοής στον ύπνο, περιοδικές κινήσεις των άκρων στον ύπνο, σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και διαταραχή συμπεριφοράς ύπνου REM. Επιδημιολογικές μελέτες διαπίστωσαν ότι ο επιπολασμός αυτών των πρωτογενών διαταραχών ύπνου είναι σημαντικά υψηλότερος στους ηλικιωμένους ενήλικες από ότι στους νεότερους ενήλικες (Crowley, 2011). Οι ιατρικές και ψυχολογικές συννοσηρότητες της γήρανσης συμβάλλουν στον αυξημένο επιπολασμό των συμπτωμάτων της αϋπνίας (περίπου 50%) στους ηλικιωμένους ενήλικες. Είναι ενδιαφέρον ότι ο επιπολασμός της αϋπνίας σε

ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με άριστη υγεία είναι παρόμοιος με εκείνον των νεότερων ενηλίκων. Η αύξηση της συχνότητας ημερήσιας υπνηλίας στους μεγαλύτερους ενήλικες μπορεί εν μέρει να οφείλεται σε μείωση της σχετιζόμενης με την ηλικία μείωση της μυϊκής λειτουργίας του φάρυγγα και σε αύξηση των συννοσηροτήτων στους ηλικιωμένους ενήλικες (McMillan & Morrell, 2016). Η παρουσίαση αυτών των πρωτογενών διαταραχών ύπνου συμβάλλει στον κακό ύπνο σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, όσον αφορά τις δυσκολίες στον ύπνο, τον αυξημένο αριθμό νυχτερινών αφυπνίσεων και τα παράπονα για τη μη ύπαρξη ποιοτικού ύπνου (Crowley, 2011).

Εκτός, όμως από πρωτογενείς διαταραχές στον ύπνο των ηλικιωμένων εμφανίζουν επίδραση και κάποιες περιβαλλοντικές αλλαγές. Πολλές κοινωνικές αλλαγές και αλλαγές στον τρόπο ζωής με τη γήρανση συμβάλλουν σε προβλήματα ύπνου σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι συνταξιούχοι ηλικιωμένοι έχουν πιο ευέλικτα προγράμματα ύπνου, τα οποία μπορεί να είναι ακανόνιστα, έχουν περισσότερες ευκαιρίες να κοιμηθούν κατά τη διάρκεια της ημέρας, είναι πιο καθιστικοί και συμμετέχουν λιγότερο στην κοινωνική δραστηριότητα από ό,τι στο παρελθόν.<sup>95,96</sup> Αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τον ύπνο και την κερκαδική ρύθμιση, συμβάλλοντας έτσι σε διαταραχές του ύπνου. Επιπλέον, η απώλεια αγαπημένων προσώπων μπορεί να προκαλέσει συναισθηματική δυσφορία και μοναξιά, τα οποία είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στη διαταραχή του ύπνου (Vitiello, 2006). Ακόμη, πολλοί ηλικιωμένοι ενήλικες, ειδικά αυτοί που έχουν πολλαπλές νοσηρότητες, χάνουν την ανεξαρτησία τους στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και μπορεί να μετακινηθούν σε νέα σπίτια ή εγκαταστάσεις μακροχρόνιας φροντίδας. Αυτή η μετάβαση μπορεί να είναι ένα σημαντικό γεγονός της ζωής στη μετέπειτα ζωή και να δημιουργήσει αρκετούς σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες. Τα προβλήματα ύπνου μπορεί να αυξηθούν ή να επιδεινωθούν κατά τη διάρκεια και μετά από αυτήν τη μετάβαση. Τέλος, άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η θερμοκρασία, ο θόρυβος και η έκθεση στο φως, σχετίζονται επίσης με την ποιότητα ύπνου σε ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας, καθώς προκαλούν έντονη δυσφορία στους ηλικιωμένους με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται να κοιμηθούν ή να έχουν έναν ποιοτικό ύπνο (Li et al., 2015; Hanford et al., 2013).

## **6. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΒΑΡΥΝΣΗ, ΑΙΣΘΗΜΑ ΜΟΝΑΞΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ ΚΑΙ ΑΥΠΝΙΑ: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΣΧΕΣΕΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΟΥΣ**

### **6.1 Ύπνος: Ψυχική Επιβάρυνση, Αίσθημα Μοναξιάς και Ικανοποίηση από τη Ζωή**

Έχει εκτενώς αποδειχθεί βιβλιογραφικά μία ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας του ύπνου και της ψυχικής επιβάρυνσης σε άτομα τρίτης ηλικίας. Αρχικά, έχει βρεθεί πως ενυπάρχει μία αρνητική συσχέτιση μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του ύπνου κατά την τρίτη ηλικία, με άλλα λόγια όσο πιο έντονα είναι τα καταθλιπτικά συμπτώματα τόσο χειρότερη είναι η ποιότητα του ύπνου, και αντίστροφα όσο καλύτερη είναι η ποιότητα του ύπνου σε γηριατρικά άτομα, τόσο λιγότερο εμφανής είναι ενδεχόμενη καταθλιπτική συμπτωματολογία. Δεν έχει οριοθετηθεί σαφώς βιβλιογραφικά και ερευνητικά εάν πρόκειται για μία σχέση αιτίου – αποτελέσματος, ή εάν πρόκειται για μία σχέση αμφίδρομη, όπου κάθε μεταβλητή επηρεάζει και, ταυτόχρονα, επηρεάζεται από την άλλη. Εκτενέστερα, ερευνητικά ευρήματα έχουν υποδείξει πως η κακή ποιότητα του ύπνου, δηλαδή ο διακοπτόμενος ύπνος, ο ύπνος με σύντομη χρονική διάρκεια και η δυσκολία στο να επέλθει ο ύπνος, καθώς και ο “ελαφρύς”, μη ληθαργικός ύπνος, αποτελούν συνήθη προβλήματα με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα τρίτης ηλικίας και σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Orhan, et al, 2013; Paudel, et al, 2013 ; Jung, et al, 2014; Becker, Saul & Martins, 2017 ). Από την άλλη πλευρά, έχει επίσης αποδειχθεί ερευνητικά πως και η βίωση συμπτωμάτων κατάθλιψης κατά τη γήρανση, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα του ύπνου των ατόμων που διανύουν την τρίτη ηλικία της ζωής τους (Desjardins, et al, 2019).

Αποτελέσματα άλλης σχετικής μελέτης υπέδειξαν πως η κακή ποιότητα ύπνου σε άτομα τρίτης ηλικίας, αποτελεί παράγοντα κινδύνου και προδιαθέτει για την εμφάνιση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Gomes, Schantz & Leocadio-Miguel, 2023) . Ευρήματα άλλης έρευνας απέδειξαν πως η ποιότητα του ύπνου σχετίζεται άμεσα με την εκδήλωση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους σε άτομα τρίτης ηλικίας, καθώς τα άτομα που παρουσίαζαν κακή ποιότητα ύπνου εμφάνιζαν και αυξημένη καταθλιπτική και αγχώδη συμπτωματολογία, ενώ αντίθετα οι γηριατρικοί συμμετέχοντες που παρουσίαζαν καλή ποιότητα ύπνου παρουσίαζαν και μειωμένα επίπεδα άγχους και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Yu, et al , 2015). Ευρήματα άλλων σχετικών ερευνών υποδεικνύουν πως η φτωχή ποιότητα ύπνου σε γηριατρικά άτομα, σχετίζεται τόσο με την εκδήλωση στρες κατά τη διάρκεια της ημέρας, όσο και με την εμφάνιση σοβαρών διαταραχών άγχους και καταθλιπτικών διαταραχών (Rathi , et al, 2017) .

Ακόμη, έχει αποδειχθεί ερευνητικά, πως τα προβλήματα τα σχετιζόμενα με τον ύπνο σε γηριατρικά άτομα, σχετίζονται με ένα χαμηλό προσλαμβανόμενο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή από τα άτομα τρίτης ηλικίας, χωρίς ωστόσο να καθίσταται σαφές εάν η μία μεταβλητή προκαλεί την

εμφάνιση της άλλης ή εάν πρόκειται για μία σχέση αλληλεπίδρασης ( Gleason & Vaughn McCall, 2015). Επιπλέον, έχει βρεθεί πως τα άτομα τρίτης ηλικίας αφενός που αντιμετωπίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα αντιμετωπίζουν και προβλήματα ύπνου, δηλαδή μικρή διάρκεια και διακοπτόμενο ύπνο, και αφετέρου τα άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα σχετικά με τον ύπνο, δηλώνουν και γενικότερα αίσθηση μοναξιάς και χαμηλή αίσθηση ικανοποίησης από τη ζωή (Sun, et al, 2016) .

## **6. 2 Αίσθημα Μοναξιάς, Ψυχική Επιβάρυνση και Ικανοποίηση από τη Ζωή**

Ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν μία ισχυρή σχέση συσχέτισης μεταξύ του αισθήματος της μοναξιάς και παραγόντων σχετικών με την ψυχική επιβάρυνση σε άτομα τρίτης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, έχει βρεθεί πως τα γηριατρικά άτομα που ανέφεραν αίσθημα μοναξιάς και έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, ήταν πιθανότερο να εμφανίσουν καταθλιπτικά συμπτώματα , σε σύγκριση με τα άτομα τρίτης ηλικίας που διέθεταν υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο και δεν ανέφεραν αισθήματα μοναξιάς (Domenech - Abella, et al, 2018). Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά πως το αντιλαμβανόμενο αίσθημα μοναξιάς από άτομα τρίτης ηλικίας αποτελεί προγνωστικό δείκτη και παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καταθλιπτικών διαταραχών, ενώ βρέθηκε πως η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου δύναται να ελαττώσει το αίσθημα της μοναξιάς σε γηριατρικά άτομα, και ως εκ τούτου, να μειωθεί και η ένταση των καταθλιπτικών εκδηλώσεων (Zhao, et al, 2019) . Ακόμη, έρευνες έχουν υποδείξει πως η ύπαρξη κοινωνικής υποστήριξης σε ηλικιωμένα άτομα αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα για την εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης και άγχους, ενώ τα άτομα τρίτης ηλικίας που δήλωσαν πως βιώνουν αισθήματα μοναξιάς, έτειναν να εκδηλώνουν επεισόδια άγχους συχνότερα, σε σύγκριση με τα γηριατρικά άτομα που δεν δήλωσαν τη βίωση αισθημάτων μοναξιάς (Aylaz, 2012) . Σε συνάρτηση με τα εν λόγω αποτελέσματα, έρευνες έχουν δείξει πως τα ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν μόνα τους, παρουσιάζουν περισσότερες πιθανότητες για εμφάνιση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, σε σύγκριση με τα άτομα τρίτης ηλικίας που δε διαβιούν μόνα τους (Liu, Zhou & Guo , 2014). Επίσης, ενώ στις προαναφερθείσες μελέτες υποδεικνύεται μία σχέση συσχέτισης ανάμεσα στο αίσθημα της μοναξιάς από άτομα τρίτης ηλικίας και στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης, γενικότερα ψυχικής επιβάρυνσης, κάποιες έρευνες πρότειναν την ύπαρξη σχέσης αιτίου – αιτιατού μεταξύ των μεταβλητών, υποστηρίζοντας πως η βίωση αισθημάτων μοναξιάς από ηλικιωμένα άτομα δύναται να προκαλέσει την εμφάνιση αγχώδους και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Rokach, 2011) .

Επιπροσθέτως, έχει διαπιστωθεί ερευνητικά μία συσχέτιση ανάμεσα στο αίσθημα της μοναξιάς ατόμων τρίτης ηλικίας και στο προσλαμβανόμενο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, καθώς σε σχετική μελέτη βρέθηκε πως τα γηριατρικά άτομα που δήλωσαν πως αισθάνονται μοναξιά ανέφεραν και χαμηλότερη προσλαμβανόμενη ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ αντίθετα τα άτομα που ανέφεραν πως διαθέτουν κοινωνικό δίκτυο, δήλωσαν και υψηλότερο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή (Tian, 2015).

Από την άλλη πλευρά, έρευνα μεγάλης κλίμακας υπέδειξε μία έμμεση συσχέτιση ανάμεσα στο αίσθημα μοναξιάς γηριατρικών ατόμων και στο αντιλαμβανόμενο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή. Αναλυτικότερα, η προαναφερθείσα έρευνα υπέδειξε ότι το έντονο αίσθημα της μοναξιάς που βιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας δύναται να οδηγήσει σε κακή διατροφή, κακή ποιότητα ύπνου, μειωμένη φυσική δραστηριότητα, γνωστική εξασθένηση, αισθησιοκινητική εξασθένηση, καθώς και ψυχοκινητικές και ψυχιατρικές δυσκολίες. Κατά συνέπεια, λοιπόν, το αίσθημα της μοναξιάς των ηλικιωμένων ατόμων αποδείχθηκε πως επηρεάζει άρρηκτα το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ φάνηκε πως το αίσθημα της μοναξιάς αποτελεί προγνωστικό δείκτη για τη μείωση του αισθήματος ικανοποίησης από τη ζωή των γηριατρικών ατόμων (Crewdson, 2017).

### **6.3 Ψυχική Επιβάρυνση και Ικανοποίηση από τη Ζωή**

Πληθώρα ερευνητικών ευρημάτων έχουν υποδείξει πως η ψυχική επιβάρυνση, και συγκεκριμένα τα συμπτώματα του άγχους, του στρες και της κατάθλιψης σχετίζονται άμεσα με το αίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή κατά την τρίτη ηλικία. Καταρχάς, έχει βρεθεί πως υπάρχει αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στο αίσθημα της ικανοποίησης από τη ζωή σε άτομα τρίτης ηλικίας και στην εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Από τη μία πλευρά, λοιπόν, έχει βρεθεί πως τα γηριατρικά άτομα που παρουσίαζαν αγχώδη και καταθλιπτική συμπτωματολογία ανέφεραν και μειωμένο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ από την άλλη πλευρά, βρέθηκε πως τα ηλικιωμένα άτομα που δήλωναν μειωμένα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, κατέληγαν να παρουσιάζουν και συμπτώματα άγχους ή και κατάθλιψης (Atkins, Naismith, Luscombe & Hickie, 2014). Επιπροσθέτως, βρέθηκε πως για τα άτομα τρίτης ηλικίας διαδραμάτιζε διαμεσολαβητικό ρόλο η καλή συναισθηματική και ψυχική κατάσταση για το προσλαμβανόμενο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, με άλλα λόγια, τα ηλικιωμένα άτομα που πέτυχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε κλίμακες μέτρησης της συναισθηματικής και της ψυχικής τους κατάστασης, ανέφεραν γενικότερα και θετικότερα αισθήματα ως προς την ικανοποίησή τους από τη ζωή, σε σύγκριση με τα γηριατρικά άτομα που συμπλήρωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες στη μέτρηση της ψυχικής και συναισθηματικής τους ευημερίας (Enkvist, Ekstrom, & Elmstahl, 2012).

Επιπλέον, έχει αποδειχθεί ισχυρή ερευνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και στο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή σε άτομα τρίτης ηλικίας. Εκτενέστερα, έχει αποδειχθεί από σχετικές μελέτες πως τα ηλικιωμένα άτομα που διέθεταν ψυχική ευημερία, δηλαδή που δεν αντιμετώπιζαν συμπτώματα άγχους ή και κατάθλιψης, δήλωναν και αυξημένο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, και αντίστροφα τα γηριατρικά άτομα που ανέφεραν αισθήματα ικανοποίησης από τη ζωή, σπάνια παρουσίαζαν αγχώδη ή καταθλιπτική συμπτωματολογία (Gerino, Rolle, Sechi & Brustia, 2017). Εν συνεχεία, σε άλλη σχετική μελέτη βρέθηκε πως τα γηριατρικά άτομα που δήλωναν υψηλότερη αίσθηση συνοχής αναφορικά με τις βασικές παραμέτρους της ζωής τους, δηλαδή τόσο κοινωνικούς και



οικογενειακούς, όσο και ιδιοσυγκρασιακούς παράγοντες και παράγοντες προσωπικότητας, έτειναν να εκδηλώνουν σπανιότερα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, και ως εκ τούτου, εξέφραζαν συχνότερα και υψηλότερο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, σε σύγκριση με τα άτομα τρίτης ηλικίας που δεν εξέφραζαν αίσθηση συνοχής και, κατ' επέκταση, ανέφεραν συχνότερα αγχώδη και καταθλιπτικά συμπτώματα (Dezutter, Wiesmann , Apers & Luyck, 2013). Ακολούθως, ερευνητική μελέτη έχει υποδείξει πως τα άτομα τρίτης ηλικίας που διέθεταν σωματική ευημερία και καλή φυσιολογική κατάσταση αντιμετώπιζαν σπανιότερα καταθλιπτική συμπτωματολογία και ως εκ τούτου, εξέφραζαν συχνότερα αισθήματα ικανοποίησης από τη ζωή, σε σύγκριση με τα γηριατρικά άτομα που δε διέθεταν σωματική ευημερία και ως συνέπεια αντιμετώπιζαν πιο συχνά συμπτώματα κατάθλιψης (Pinto, Fontaine & Neri, 2016).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## 7. ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

### 7.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να κατανοήσει τις υποκειμενικές εμπειρίες της μοναξιάς, της ψυχολογικής επιβάρυνσης και της ικανοποίησης από την ζωή μεταξύ των ηλικιωμένων.

Είναι σημαντικό να μελετηθεί εάν η μοναχική διαβίωση επηρεάζει στην προσωπική αντίληψη της ικανοποίησης της ζωής ή αν τα χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή σχετίζονται με την μοναξιά μεταξύ των ηλικιωμένων. Μέσα από την εν λόγω έρευνα θα εστιάσουμε στην πιθανή σχέση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ύπνου και κατά πόσον υπάρχει συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο παραγόντων και αν η ποιότητα του ύπνου σχετίζεται με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά. Τέλος, μέσα από την εν λόγω έρευνα θα μελετηθεί εάν η ψυχολογική επιβάρυνση επηρεάζει το αίσθημα της μοναξιάς και της ικανοποίησης από την ζωή και αν η ψυχολογική επιβάρυνση σχετίζεται με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά.

### 7.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Σχετίζεται η ψυχολογική επιβάρυνση (κατάθλιψη, άγχος, στρες) των ηλικιωμένων με το αίσθημα της μοναξιάς;
- Σχετίζεται η ψυχολογική επιβάρυνση (κατάθλιψη, άγχος, στρες) των ηλικιωμένων με το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή τους;
- Σχετίζεται η ψυχολογική επιβάρυνση (κατάθλιψη, άγχος, στρες) των ηλικιωμένων με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά;
- Σχετίζεται το αίσθημα μοναξιάς των ηλικιωμένων με το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή τους;
- Σχετίζεται το αίσθημα μοναξιάς των ηλικιωμένων με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά;
- Σχετίζεται το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά;
- Σχετίζεται η ψυχολογική επιβάρυνση (κατάθλιψη, άγχος, στρες) των ηλικιωμένων με την ποιότητα του ύπνου τους;
- Σχετίζεται το αίσθημα μοναξιάς των ηλικιωμένων με την ποιότητα του ύπνου τους;
- Σχετίζεται το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή με την ποιότητα του ύπνου τους;
- Σχετίζεται η ποιότητα του ύπνου των ηλικιωμένων με τα κοινωνικοδημογραφικά τους χαρακτηριστικά;

## **7.3 Μεθοδολογία της έρευνας**

### **7.3.1 Μεθοδολογία της έρευνας**

Για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων διεξήχθη μια ποσοτική έρευνα με χρήση κατάλληλων σταθμισμένων εργαλείων. Για την διεξαγωγή της μελέτης χορηγήθηκε δομημένο αυτο-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (το ερωτηματολόγιο που δόθηκε στους συμμετέχοντες βρίσκεται στο Παράρτημα).

### **7.3.2 Ερευνητικό πεδίο και χρόνος διεξαγωγής μελέτης**

Η συλλογή των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα από τον Ιούλιο του 2023 έως και τον Σεπτέμβριο του 2023 στους χώρους των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων του Δήμου Βόλου, μετά από τις απαιτούμενες εγκρίσεις από τους φορείς για διεξαγωγή της έρευνας.

### **7.3.3 Κριτήρια εισαγωγής ή αποκλεισμού ατόμων από την έρευνα**

**Κριτήρια εισαγωγής για τη συμμετοχή στην έρευνα ήταν τα παρακάτω:**

1. Οι συμμετέχοντες να είναι άνω των 65 ετών
2. Καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας
3. Συμπλήρωση φόρμας πληροφορημένης συναίνεσης

**Κριτήρια αποκλεισμού από την έρευνα:**

1. Ενήλικες κάτω των 65 ετών
2. Ενήλικες που δεν επιθυμούν να συμμετέχουν
3. Ελλιπής γνώση της ελληνικής γλώσσας

### **7.3.4 Ερευνητικό Εργαλείο Μέτρησης - Σύντομη Παρουσίαση Ερευνητικού εργαλείου**

Για την επίτευξη των στόχων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα.

## **A. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικών – Δημογραφικών Χαρακτηριστικών**

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις για την συλλογή πληροφοριών για κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (φύλο, οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, κοινωνικές σχέσεις, δραστηριότητες).

## **B. Η κλίμακα μέτρησης της αϋπνίας εκπονήθηκε από τους Soldatos et al (2000).**

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την εκτίμηση της αϋπνίας. Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών (Athens Insomnia Scale, AIS) είναι ένα ψυχομετρικό όργανο αυτοαξιολόγησης που έχει σχεδιαστεί για τη μέτρηση της δυσκολίας στον ύπνο. Βασίζεται στη Δέκατη Αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Ασθενειών και των Σχετιζόμενων Προβλημάτων Υγείας (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10<sup>th</sup> Revision, ICD-10). Η κλίμακα αϋπνίας Αθηνών αποτελείται από οκτώ στοιχεία (items) από τα οποία τα πέντε πρώτα αφορούν στην έναρξη του ύπνου, τα ξυπνήματα κατά τη διάρκεια της νύχτας, το οριστικό ξύπνημα, τη συνολική διάρκεια του ύπνου και την ποιότητα του ύπνου ενώ τα τρία τελευταία αναφέρονται στην ευεξία, τη λειτουργική ικανότητα και την υπνηλία κατά τη διάρκεια της μέρας. Το υψηλό μέγεθος της συνέπειας, της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της κλίμακας αϋπνίας Αθηνών την καθιστούν ένα πολύτιμο εργαλείο σε μελέτες για τις διαταραχές του ύπνου και την κλινική πρακτική. Τόσο η κλίμακα αυτή (AIS-10) όσο και η σύντομη έκδοσή της (AIS-5) που αποτελείται μόνο από τα πέντε πρώτα στοιχεία χρησιμοποιούνται εδώ και πολλά χρόνια στην έρευνα. Κάθε υποερώτημα βαθμολογείται σε κλίμακα 0-3 (Soldatos et al 2000). Η ταξινόμηση ICD, στην οποία βασίζεται η κλίμακα, είναι μια κωδικοποίηση ασθενειών και ενδείξεων, συμπτωμάτων και μη φυσιολογικών ευρημάτων καθώς και βλαβών και ασθενειών που έχουν να κάνουν με τις κοινωνικές συνθήκες και διάφορους εξωτερικούς παράγοντες, όπως αυτά ταξινομήθηκαν από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization, WHO). Η ταξινόμηση αυτή έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του 1850. Η πρώτη της έκδοση, γνωστή ως «Διεθνής Κατάλογος Αιτιών Θανάτου» εγκρίθηκε από τη Διεθνή Στατιστική Υπηρεσία το 1893. Ο Π.Ο.Υ. ανέλαβε την ευθύνη για την ICD το 1948 όταν δόθηκε στη δημοσιότητα η έκτη Αναθεώρηση, η οποία περιλάμβανε αιτίες νοσηρότητας για πρώτη φορά. Η ICD-10 περιέχει πάνω από 155.000 διαφορετικούς κωδικούς και επιτρέπει την παρακολούθηση πολλών νέων διαγνώσεων και πρωτοκόλλων αποτελεί δε μια σημαντική επέκταση των 17.000 κωδικών που ήταν διαθέσιμοι στην ταξινόμηση ICD-9. Η ταξινόμηση ICD-10 άρχισε το 1983 και ολοκληρώθηκε το 1992. Συγκεκριμένα εγκρίθηκε στο 43ο συνέδριο της Π.Ο.Υ. και τέθηκε σε χρήση στα κράτη μέλη της οργάνωσης το 1994. Εκτός του ότι επιτρέπουν την αποθήκευση και ανάκτηση διαγνωστικών πληροφοριών για κλινικούς, επιδημιολογικούς και σκοπούς ποιότητας, τα αρχεία αυτά παρέχουν επίσης τη βάση για την κατάρτιση των εθνικών στατιστικών θνησιμότητας και νοσηρότητας από τα κράτη μέλη της Π.Ο.Υ. (WHO, 2009). Η διακύμανση της κλίμακας ποικίλει από μεταβλητή σε μεταβλητή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 8 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 4 σημείων της κλίμακας Likert, που εκτείνεται από το 0 (“Πολύ γρήγορη”, “Κανένα πρόβλημα”, “Στον επιθυμητό χρόνο”, “Επαρκής”, “Ικανοποιητική”, “Πλήρης”, “Καμιά”) έως το 3 (“Πολύ καθυστερημένη”, “Έντονο πρόβλημα”, “Πολύ νωρίτερα”, “Πολύ ανεπαρκής”, “Κακή”, “Πολύ μειωμένη ή απύσχα”, “Έντονη” ). Ο συντελεστής Cronbach’s alpha βρέθηκε ίσος με 0,89 .

## **Γ. Κλίμακα DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21) (Brown et al., 1997)**

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις για την εκτίμηση της ψυχικής επιβάρυνσης. Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της ψυχικής επιβάρυνσης είναι η κλίμακα Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες-21 (DASS-21). Η κλίμακα DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scale-21) (Brown et al., 1997) είναι μία σύντομη μορφή με 21 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου των Lovibond & Lovibond (1995) που περιείχε 42 προτάσεις. Περιλαμβάνει τρεις διακριτές υποκλίμακες 7 προτάσεων για την κατάθλιψη (Depression scale), το άγχος (Anxiety scale) και το στρες (Stress scale). Η κλίμακα κατάθλιψης αξιολογεί συμπτώματα όπως δυσφορία, απελπισία, έλλειψη ενδιαφέροντος/συμμετοχής και ανηδονία. Η κλίμακα άγχους αξιολογεί τη διέγερση του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος, την επίδραση στο μυοσκελετικό σύστημα, το άγχος ως κατάσταση, την υποκειμενική εμπειρία της επίδρασης του άγχους, ενώ η κλίμακα του στρες αξιολογεί μία συνθήκη μόνιμης διέγερσης και έντασης που χαρακτηρίζεται από δυσκολία χαλάρωσης, υπερδιέγερση, επιθετικότητα, ευερεθιστότητα και ανυπομονησία. Η σοβαρότητα κάθε συμπτώματος στη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας εκτιμάται από κλίμακα τύπου Likert 4 σημείων (0 = δεν ισχυσε καθόλου για εμένα, 3 = είχε ισχύ σε εμένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Η βαθμολογία που μπορεί να πάρει η κάθε πρόταση είναι από 0 έως 3 βαθμούς. Οι βαθμοί κάθε συμμετέχοντα αθροίζονται για να υπολογισθεί η συνολική τιμή της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης. Η ανώτερη τιμή είναι 63 για το σύνολο του ερωτηματολογίου και 21 για την κάθε υποκλίμακα. Τα αποτελέσματα εξάγονται από το άθροισμα όλων των στοιχείων. Υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες. Όσο αυξάνει το σκορ τόσο μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες βιώνει το άτομο. Το υψηλότερο σκορ των υποκλιμάκων και της συνολικής κλίμακας εκφράζει και υψηλότερα επίπεδα ψυχικής επιβάρυνσης. Η κλίμακα έχει σταθμισθεί σε ένα μεγάλο δείγμα Ελλήνων υγιών 30 ετηλίκων από τους Πεζirkianίδη και συνεργάτες (Pezirkianidis et al., 2018), όπου φάνηκε ότι έχει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η μετάφραση στην ελληνική γλώσσα έχει γίνει από τους Λυράκο και συνεργάτες (Lyraeos et al., 2011). Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η συνολική βαθμολογία στην κλίμακα για την αξιολόγηση της αρνητικής συναισθηματικής κατάστασης, καθώς και οι βαθμολογίες στις επιμέρους υποκλίμακες της Κατάθλιψης, του Άγχους και του Στρες.

## **Δ. Κλίμακα The UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996)**

Το τέταρτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την αξιολόγηση του αισθήματος μοναξιάς. Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιείται είναι η κλίμακα Μοναξιάς UCLA (The UCLA Loneliness Scale). Η συγκεκριμένη κλίμακα δημιουργήθηκε από τον Russell (1996) για τη μέτρηση

συναισθημάτων μοναξιάς και κοινωνικής απομόνωσης. Τα ερωτήματα βασίζονται στη μελέτη του τρόπου με τον οποίο τα μοναχικά άτομα περιέγραφαν τα συναισθήματα τους, από παλαιότερη έρευνα. Η κλίμακα αποτελείται από 20 ερωτήσεις – προτάσεις εκ των οποίων οι 10 είναι εκφρασμένες θετικά και οι 10 αρνητικά. Οι μισές προτάσεις αντανακλούν την μη ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. Μου λείπουν οι παρέες.). Οι άλλες μισές αντανακλούν την ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις (π.χ. Νοιώθω μέρος της παρέας των φίλων μου). Οι 20 προτάσεις βαθμολογούνται με βάση τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (όπου 1=Ποτέ, 2=Σπάνια, 3=Μερικές φορές και 4=Συχνά). Το συνολικό σκορ προκύπτει από την άθροιση των βαθμών, αφού αντιστραφούν οι 10 προτάσεις που αντανακλούν την ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις (1,4,5,6,9,10,15,16,19 και 20), έτσι ώστε μια υψηλή συνολική βαθμολογία να δηλώνει περισσότερη μοναξιά και άρα μεγαλύτερη έλλειψη ικανοποίησης από τις διαπροσωπικές σχέσεις. Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερο υποκειμενικό αίσθημα μοναξιάς και κοινωνικής αποξένωσης. Η κλίμακα μετρά την προσωπική αντίληψη της μοναξιάς και προσαρμόστηκε στα ελληνικά σε δείγμα 232 ατόμων από τον γενικό πληθυσμό (Kafetsios, 2000). Η κλίμακα έχει καλή εγκυρότητα και καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας στο ελληνικό δείγμα (δείκτης Cronbach's  $\alpha = 0.87$ ) (Καφέτσιος & Πετράτου 2005; Kafetsios & Sideridis, 2006). Η κλίμακα παρέχει στους ερωτώμενους ερωτήσεις με μορφή τέτοια που να ελαχιστοποιεί τον κίνδυνο σύγχυσης στους συμμετέχοντες ενισχύοντας έτσι τον βαθμό αξιοπιστίας της (Russell 1996; Vassar & Crosby, 2008). Η ελληνική εκδοχή της κλίμακας χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη μετά από άδεια των συγγραφέων, που έκαναν τη στάθμισή της στον ελληνικό πληθυσμό.

## **E. Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή (Life Satisfaction Index)**

Το πέμπτο μέρος περιλαμβάνει ερωτήσεις για την εκτίμηση της Ικανοποίησης από την ζωή. Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή (Life Satisfaction Index [LSI-20]) δημιουργήθηκε από τους Neugarten, Havighurst & Tobin (1961) με στόχο να ερμηνευτούν τα μέτρα της ψυχολογικής ευημερίας των ατόμων και να εξηγηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα και αποτελεσματικότερα το πόσο ικανοποιημένοι είναι από τη ζωή τους. Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή περιλαμβάνει συνολικά 20 ερωτήσεις τις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν μέσω μιας 7-βάθμιας κλίμακας Likert από το 1 (πολύ ανακριβές, πολύ λάθος) έως 7 (πολύ ακριβές, πολύ σωστό). Ο Δείκτης Ικανοποίησης από τη Ζωή έχει προσαρμοστεί στα ελληνικά από τη Μαλικιώση- Λοϊζου (Malikiosi-Loizos & Anderson, 1994). Η κλίμακα έχει καλή εγκυρότητα και καλή αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας στο ελληνικό δείγμα (δείκτης Cronbach's  $\alpha = 0.78$ ). Η τελική βαθμολόγηση της κλίμακας που μετρά τη συνολική ικανοποίηση υπολογίζεται ως ο μέσος όρος των απαντήσεων των συμμετεχόντων, αφού πρώτα κάποιες από τις ερωτήσεις 3, 4, 10, 11, 13, 16, 18 αντιστρέφονται (Malikiosi – Loizos &

Anderson, 1994). Όσο μεγαλύτερο το σκορ της συγκεκριμένης μεταβλητής τόσο μεγαλύτερη και η ικανοποίηση από τη ζωή των συμμετεχόντων.

### **7.3.5 Διαδικασία συλλογής των δεδομένων**

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας διανεμήθηκε σε ηλικιωμένους. Το φύλλο συλλογής δεδομένων περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, καθώς και τις τέσσερις κλίμακες για την εκτίμηση της αϋπνίας, της ψυχικής επιβάρυνσης, του αισθήματος μοναξιάς και της Ικανοποίησης από την ζωή. Όλα τα ερωτηματολόγια παρείχαν συνοπτικές, ξεκάθαρες και σύντομες γραπτές οδηγίες για τη συμπλήρωσή τους. Ανακοινώθηκε ρητά ότι δεν υπήρχαν σωστές ή λάθος απαντήσεις και οι συμμετέχοντες στην έρευνα ενθαρρύνθηκαν να υποδείξουν τις πιο ειλικρινείς και αυθόρμητες απαντήσεις τους, παρέχοντας ακριβείς λεπτομέρειες για τα συναισθήματα και τις απόψεις τους. Ταυτόχρονα, τονίστηκε ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν καθαρά εθελοντική. Μαζί με κάθε σύνολο υλικού συλλογής δεδομένων, συμπεριλήφθηκε ένα έντυπο συγκατάθεσης κατόπιν ενημέρωσης. Αυτό το έγγραφο περιέγραψε τους στόχους της έρευνας, υπογράμμισε τον εθελοντικό χαρακτήρα της συμμετοχής, διασφάλισε την ασφάλεια και την εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων και τον διακριτικό χειρισμό των πληροφοριών τους. Ο ερευνητής διένειμε προσωπικά τα ερωτηματολόγια και παρέμεινε επιτόπου για να απαντήσει σε τυχόν απορίες. Η διαδικασία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε εντός των τοποθεσιών του ΚΑΠΗ.

### **7.3.6 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας**

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χορηγήθηκε σχετική έγκριση από τη Διεύθυνση Κοινωνικής Προστασίας ΚΑΠΗ και Δημόσιας Υγείας Δήμου Βόλου μετά την υποβολή από τον ερευνητή της σχετικής αίτησης, του ερευνητικού πρωτοκόλλου και του ερωτηματολογίου. Η έρευνα τήρησε αυστηρά τις δεοντολογικές κατευθυντήριες γραμμές και η ενημερωμένη συγκατάθεση αποκτήθηκε από όλους τους συμμετέχοντες από την έναρξη της έρευνας (βλ. στο Παράρτημα το έντυπο συγκατάθεσης). Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε με μέγιστο σεβασμό για την ανωνυμία και το απόρρητο των δεδομένων. Η συμμετοχή ήταν εντελώς εθελοντική και ανώνυμη, χωρίς να ενέχει δυνητικούς κινδύνους για τους συμμετέχοντες. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες διατήρησαν την ελευθερία να διακόψουν ή να αποσυρθούν από το ερωτηματολόγιο κατά την κρίση τους. Οποιοσδήποτε προσωπικές πληροφορίες των συμμετεχόντων δεν θα γνωστοποιηθούν σε τρίτους με κανέναν τρόπο.



## ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Για την περιγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των οικογενειακών χαρακτηριστικών, την κλίμακα κατάθλιψης, άγχους, στρες, μοναξιάς, του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή και της αϋπνίας χρησιμοποιήθηκαν πλήθη και ποσοστά, ενώ για την ηλικία και της εκβάσεις των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκαν μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις. Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι t και ανάλυσης διακύμανσης για την διαφοροποίηση των κλιμάκων κατάθλιψης, άγχους, στρες, μοναξιάς, του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή και αϋπνίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά. Χρησιμοποιήθηκε επίσης ο συντελεστής συσχέτισης Pearson για τις συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό SPSS v 26.0 και το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0.05 σε όλες τις περιπτώσεις.

## 8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στον πίνακα 1 που ακολουθεί παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες, 103 (69,6%) είναι άνδρες και 45 (30,4%) είναι γυναίκες. Σχετικά με την εκπαίδευση παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες 28 (18,9%) έχουν φοιτήσει σε κάποιες τάξεις του Δημοτικού, 39 (26,4%) είναι απόφοιτοι του Δημοτικού, 35 (23,6%) έχουν φοιτήσει στο Γυμνάσιο, 42 (28,4%) έχουν φοιτήσει στο Λύκειο και 4 (2,7%) έχουν φοιτήσει σε ΤΕΙ/ΑΕΙ. Επιπλέον, σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση, 13 (8,8%) είναι άγαμοι, 65 (43,9%) είναι έγγαμοι, 41 (27,7%) είναι διαζευγμένοι ή βρίσκονται σε διάσταση και 29 (19,6%) έχουν χηρέψει. Στην συνέχεια, όσον αφορά το επάγγελμα των συμμετεχόντων 10 (6,8%) είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, 119 (80,4%) είναι συνταξιούχοι και 19 (12,8%) ενασχολούνται με τα οικιακά. Ο μέσος όρος της ηλικίας και η τυπική της απόκλιση είναι  $M=76,20$  ,  $SD=6,865$ .

		N	%
Φύλο	Άνδρας	103	69,6%
	Γυναίκα	45	30,4%
Εκπαίδευση	Κάποιες Τάξεις Δημοτικού	28	18,9%
	Απόφοιτος(η) Δημοτικού	39	26,4%
	Γυμνάσιο	35	23,6%
	Λύκειο	42	28,4%
	ΤΕΙ / ΑΕΙ	4	2,7%
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	13
Έγγαμος (η)		65	43,9%
Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση		41	27,7%
Χήρος		29	19,6%
Επάγγελμα		Ελεύθερος επαγγελματίας	10
	Συνταξιούχος	119	80,4%
	Οικιακά	19	12,8%

Πίνακας 1: Κοινωνικά - δημογραφικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 2 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις σχετικά τα προβλήματα του ύπνου. Τουλάχιστον 3 μέρες την εβδομάδα κατά μέσον όρο για τον τελευταίο μήνα, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι η επέλευση του ύπνου ήταν «Πολύ γρήγορη» με ποσοστό 112 (75,7%) , «Ελαφρώς καθυστερημένη» με ποσοστό 26 (17,6%), «Καθυστερημένη» με ποσοστό 9 (6,1%) και «Πολύ καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου» με ποσοστό 1 (0,7%). Επιπλέον, παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες με τις αφυπνίσεις κατά την διάρκεια της νύκτας απάντησαν ότι είχαν « Κανένα πρόβλημα» με ποσοστό 82 (55,4%), «Μικρό πρόβλημα» με ποσοστό 42 (28,4%) και «Μέτριο πρόβλημα» με ποσοστό 24 (16,3%). Στην συνέχεια, απάντησαν ότι η τελική αφύπνιση σε σχέση με τον

επιθυμητό χρόνο ήταν «Στον επιθυμητό χρόνο» με ποσοστό 119 (80,4%), «Λίγο νωρίτερα» με ποσοστό 26 (17,6%) και «Αρκετά νωρίτερα» με ποσοστό 3 (2,0%). Ακόμη, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι η συνολική διάρκεια του ύπνου ήταν «Επαρκής» με ποσοστό 112 (75,7%), «Μάλλον επαρκής» με ποσοστό 19 (12,8%), «Μέτρια» με ποσοστό 56 (37,8%) και «Μη ικανοποιητική» με ποσοστό 3 (2,0%). Συγχρόνως, απάντησαν ότι η ποιότητα του ύπνου ήταν «Ικανοποιητική» με ποσοστό 89 (60,1%), «Μέτρια» με ποσοστό 56 (37,8%) και «Μη ικανοποιητική» με ποσοστό 3 (2,0%). Παράλληλα, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι η ευεξία κατά την επόμενη μέρα ήταν «Πλήρης» με ποσοστό 3 (2,0%), «Ελαφρώς μειωμένη» με ποσοστό 39 (26,4%) και «Αρκετά μειωμένη» με ποσοστό 6 (4,1%). Ενώ η λειτουργικότητα κατά την επόμενη μέρα ήταν «Πλήρης» με ποσοστό 106 (71,6%), «Ελαφρώς μειωμένη» με ποσοστό 39 (26,4%) και «Αρκετά μειωμένη» με ποσοστό 3 (2,0%). Τέλος, οι συμμετέχοντες απάντησαν ότι υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα δεν είχαν «Καμία» με ποσοστό 100 (67,6%), είχαν «Ελαφρά» με ποσοστό 45 (30,4%) και είχαν «Μέτρια» με ποσοστό 3 (2,0%).

		N	%
Επέλευση ύπνου	Πολύ γρήγορη	112	75,7%
	Ελαφρώς καθυστερημένη	26	17,6%
	Καθυστερημένη	9	6,1%
	Πολύ καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου	1	0,7%
Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας	Κανένα πρόβλημα	82	55,4%
	Μικρό πρόβλημα	42	28,4%
	Μέτριο πρόβλημα	24	16,2%
Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο	Στον επιθυμητό χρόνο	119	80,4%
	Λίγο νωρίτερα	26	17,6%
	Αρκετά νωρίτερα	3	2,0%
Συνολική διάρκεια ύπνου	Επαρκής	112	75,7%
	Μάλλον ανεπαρκής	19	12,8%
	Ανεπαρκής	17	11,5%
Ποιότητα ύπνου	Ικανοποιητική	89	60,1%
	Μέτρια	56	37,8%

	Μη ικανοποιητική	3	2,0%
Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα	Πλήρης	103	69,6%
	Ελαφρώς μειωμένη	39	26,4%
	Αρκετά μειωμένη	6	4,1%
Λειτουργικότητα (σωματική και ψυχική) κατά την επόμενη ημέρα	Πλήρης	106	71,6%
	Ελαφρώς μειωμένη	39	26,4%
	Αρκετά μειωμένη	3	2,0%
Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα	Καμία	100	67,6%
	Ελαφρά	45	30,4%
	Μέτρια	3	2,0%

Πίνακας 2: Κλίμακα μέτρησης της αϋπνίας

Στον πίνακα 3 που ακολουθεί καταγράφονται οι απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις προτάσεις της κλίμακας κατάθλιψης, άγχους και στρες -21 (DASS -21).

	Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα		Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα		Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα		Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	115	77,7%	31	20,9%	2	1,4%	0	0,0%
Ένωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	109	73,6%	33	22,3%	6	4,1%	0	0,0%
Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	103	69,6%	32	21,6%	12	8,1%	1	0,7%
Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	105	70,9%	24	16,2%	17	11,5%	2	1,4%
Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	66	44,6%	33	22,3%	28	18,9%	21	14,2%
Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	56	37,8%	31	20,9%	34	23,0%	27	18,2%
Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	110	74,3%	22	14,9%	9	6,1%	7	4,7%
Αισθανόμουν συχνά νευρικήτητα	85	57,4%	56	37,8%	5	3,4%	2	1,4%
Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	116	78,4%	30	20,3%	2	1,4%	0	0,0%
Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	105	70,9%	32	21,6%	11	7,4%	0	0,0%
Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	81	54,7%	50	33,8%	17	11,5%	0	0,0%
Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	60	40,5%	56	37,8%	25	16,9%	7	4,7%
Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	93	62,8%	33	22,3%	17	11,5%	5	3,4%
Δεν μπορούσα να ανεχτώ οπδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	122	82,4%	16	10,8%	10	6,8%	0	0,0%
Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	115	77,7%	20	13,5%	11	7,4%	2	1,4%
Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	104	70,3%	32	21,6%	8	5,4%	4	2,7%
Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	123	83,1%	18	12,2%	6	4,1%	1	0,7%
Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	77	52,0%	37	25,0%	26	17,6%	8	5,4%
Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	113	76,4%	21	14,2%	13	8,8%	1	0,7%
Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	125	84,5%	17	11,5%	5	3,4%	1	0,7%
Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	142	95,9%	3	2,0%	2	1,4%	1	0,7%

Πίνακας 3: Κλίμακα κατάθλιψης, άγχους και στρες -21 (Dass21)

Στον πίνακα 4 που ακολουθεί καταγράφονται οι απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις προτάσεις της κλίμακας μοναξιάς UCLA.

	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Νιώθω «ένα» με τους ανθρώπους γύρω μου.	58	39,2%	57	38,5%	27	18,2%	6	4,1%
Μου λείπουν οι παρέες.	12	8,1%	44	29,7%	63	42,6%	29	19,6%
Δεν υπάρχει κανένας στον οποίο μπορώ να στραφώ για βοήθεια.	51	34,5%	60	40,5%	25	16,9%	12	8,1%
Δεν νιώθω μόνος (η).	46	31,1%	60	40,5%	31	20,9%	11	7,4%
Νιώθω μέρος της παρέας των φίλων μου.	24	16,2%	58	39,2%	50	33,8%	16	10,8%
Έχω πολλά κοινά στοιχεία με τους φίλους στην παρέα μου.	14	9,5%	74	50,0%	44	29,7%	16	10,8%
Δεν είμαι κοντά με κανέναν πια.	39	26,4%	39	26,4%	41	27,7%	29	19,6%
Οι φίλοι μου δεν μοιράζονται τα ενδιαφέροντα και τις ιδέες μου.	25	16,9%	73	49,3%	43	29,1%	7	4,7%
Είμαι ένα εξωστρεφές άτομο.	28	18,9%	64	43,2%	40	27,0%	16	10,8%
Υπάρχουν άτομα που τα νιώθω κοντά μου.	14	9,5%	51	34,5%	62	41,9%	21	14,2%
Νιώθω απομονωμένος (η).	49	33,1%	38	25,7%	58	39,2%	3	2,0%
Οι κοινωνικές μου σχέσεις είναι επιπόλαιες.	33	22,3%	57	38,5%	46	31,1%	12	8,1%
Κανένας δεν με ξέρει πραγματικά καλά.	45	30,4%	53	35,8%	42	28,4%	8	5,4%
Νιώθω απομονωμένος (η) από τους άλλους γύρω μου.	58	39,2%	56	37,8%	30	20,3%	4	2,7%
Μπορώ να βρω παρέα όταν το θελήσω.	48	32,4%	59	39,9%	29	19,6%	12	8,1%
Υπάρχουν άτομα που με καταλαβαίνουν πραγματικά.	4	2,7%	60	40,5%	61	41,2%	23	15,5%
Είμαι δυστυχισμένος (η) που είμαι τόσο αποτραβηγμένος (η)	80	54,1%	54	36,5%	13	8,8%	1	0,7%
Υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου αλλά όχι κοντά μου.	47	31,8%	60	40,5%	34	23,0%	7	4,7%
Υπάρχουν άτομα με τα οποία μπορώ να μιλήσω.	4	2,7%	63	42,6%	59	39,9%	22	14,9%
Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να στραφώ.	6	4,1%	66	44,6%	54	36,5%	22	14,9%

Πίνακας 4: Κλίμακα μοναξιάς UCLA

Στον πίνακα 5 που ακολουθεί καταγράφονται οι απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις προτάσεις της κλίμακας Ικανοποίησης από τη Ζωή.

	Πολύ ανακριβές, πολύ λάθος		Αρκετά ανακριβές, αρκετά λάθος		Λίγο ανακριβές, λίγο λάθος		Αβέβαιος/η		Λίγο ακριβές, λίγο σωστό		Αρκετά ακριβές, αρκετά σωστό		Πολύ ακριβές, πολύ σωστό	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Αυτά είναι τα καλύτερά μου χρόνια.	26	17,6%	28	18,9%	52	35,1%	31	20,9%	7	4,7%	3	2,0%	1	0,7%
Αυτό τον καιρό αισθάνομαι άνετα με τη σεξουαλική μου ζωή.	126	85,1%	14	9,5%	5	3,4%	2	1,4%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Αυτή είναι η χειρότερη εποχή της ζωής μου.	35	23,6%	28	18,9%	43	29,1%	23	15,5%	15	10,1%	4	2,7%	0	0,0%
Αισθάνομαι κατάθλιψη πολύ συχνά σε σύγκριση με άλλα άτομα.	52	35,1%	28	18,9%	32	21,6%	24	16,2%	12	8,1%	0	0,0%	0	0,0%
Αυτά που κάνω μου φαίνονται πιο ενδιαφέροντα παρά ποτέ	16	10,8%	27	18,2%	54	36,5%	30	20,3%	18	12,2%	2	1,4%	1	0,7%
Έχω ετοιμάσει τα σχέδια μου για το τι θα κάνω σ' ένα μήνα ή σ' ένα χρόνο από τώρα.	44	29,7%	17	11,5%	28	18,9%	22	14,9%	24	16,2%	11	7,4%	2	1,4%
Καθώς μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλύτερα απ' ό,τι πίστευα ότι θα μου φαινότουσαν.	8	5,4%	29	19,6%	63	42,6%	38	25,7%	8	5,4%	2	1,4%	0	0,0%
Καθώς ανατρέχω την μέχρι σήμερα ζωή μου, αισθάνομαι αρκετά ικανοποιημένος/η.	3	2,0%	11	7,4%	33	22,3%	56	37,8%	32	21,6%	12	8,1%	0	0,0%
Λίγο-πολύ απέκτησα ό,τι περίμενα από τη ζωή.	4	2,7%	12	8,1%	32	21,6%	46	31,1%	38	25,7%	13	8,8%	3	2,0%
Παρόλα όσα λένε, ο μέσος άνθρωπος πάει προς το χειρότερο και όχι προς το καλύτερο.	2	1,4%	9	6,1%	26	17,6%	52	35,1%	36	24,3%	18	12,2%	5	3,4%
Στη ζωή μου δόθηκαν περισσότερες ευκαιρίες απ' ό,τι στους περισσότερους άλλους ανθρώπους	32	21,6%	41	27,7%	39	26,4%	24	16,2%	12	8,1%	0	0,0%	0	0,0%
Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο ευτυχισμένη απ' ό,τι είναι τώρα.	11	7,4%	16	10,8%	35	23,6%	51	34,5%	34	23,0%	1	0,7%	0	0,0%
Έχω καλή εμφάνιση συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.	0	0,0%	5	3,4%	16	10,8%	53	35,8%	64	43,2%	7	4,7%	3	2,0%

Προσδοκώ ότι θα μου συμβούν ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα στο μέλλον.	4	2,7%	7	4,7%	33	22,3%	63	42,6%	34	23,0%	7	4,7%	0	0,0%
Αισθάνομαι γερασμένος/ η και κάπως κουρασμένος/ η.	2	1,4%	1	0,7%	14	9,5%	38	25,7%	57	38,5%	30	20,3%	6	4,1%
Ακόμη και αν μπορούσα, δεν θα άλλαζα το παρελθόν.	5	3,4%	23	15,5%	51	34,5%	48	32,4%	15	10,1%	6	4,1%	0	0,0%
Έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.	29	19,6%	33	22,3%	40	27,0%	19	12,8%	24	16,2%	2	1,4%	1	0,7%
Αισθάνομαι την ηλικία μου, αλλά δεν με πειράζει.	2	1,4%	7	4,7%	15	10,1%	47	31,8%	60	40,5%	15	10,1%	2	1,4%
Είμαι το ίδιο ευτυχισμένος/ η όπως όταν ήμουν νεότερος/ η.	10	6,8%	32	21,6%	49	33,1%	36	24,3%	20	13,5%	1	0,7%	0	0,0%

Πίνακας 5: Κλίμακα ικανοποίησης από την ζωή

### Περιγραφή των εκβάσεων.

Στον πίνακα 6 που ακολουθεί παρατηρείται το πλήθος, το μέγιστο, το ελάχιστο, ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση του αθροίσματος της κλίμακας, άγχους, κατάθλιψης και στρες, του αθροίσματος της κλίμακας μοναξιάς και του μέσου όρου της κλίμακας ικανοποίησης από την ζωή. Πιο συγκεκριμένα, στην υποκλίμακα της κατάθλιψης ο μέσος όρος  $M=3,04$  των 148 συμμετεχόντων είναι σχετικά χαμηλός σε σχέση με το μέγιστο που είναι 21, η τυπική απόκλιση είναι  $SD=3,18$ . Στην συνέχεια, στην υποκλίμακα του άγχους ο μέσος όρος  $M=4,37$  των 148 συμμετεχόντων είναι χαμηλός σε σχέση με το μέγιστο που είναι 21, ενώ η τυπική απόκλιση είναι  $SD=3,48$ . Επίσης, στην υποκλίμακα του στρες ο μέσος όρος  $M=2,24$  των 148 συμμετεχόντων είναι πολύ χαμηλός σε σχέση με το μέγιστο που είναι 21 και η τυπική απόκλιση είναι  $SD=3,11$ . Παράλληλα, στο άθροισμα της κλίμακας Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες ο μέσος όρος  $M=9,66$  των 148 συμμετεχόντων είναι χαμηλός σε σχέση με το μέγιστο που είναι 63, ενώ η τυπική απόκλιση είναι  $SD=8,87$ . Επιπρόσθετα, στο άθροισμα της κλίμακας της μοναξιάς ο μέσος όρος  $M=47,56$  των 148 συμμετεχόντων είναι μέτριος σε σχέση με το μέγιστο που είναι 80, η τυπική απόκλιση είναι  $SD=11,21$ , το μέγιστο που καταγράφηκε είναι  $Max=70,00$ . Επιπλέον, στον μέσο όρο της κλίμακας που μετράει την ικανοποίηση από την ζωή ο μέσος όρος  $M=3,76$  των 148 συμμετεχόντων είναι μέτριος σε σχέση με το μέγιστο, ενώ η τυπική απόκλιση είναι  $SD=0,65$ . Τέλος, στο άθροισμα της κλίμακας ανπνίας ο μέσος όρος  $M=2,91$  των 148 συμμετεχόντων είναι ιδιαίτερα χαμηλός σε σχέση με το μέγιστο που καταγράφηκε και είναι 16, ενώ η τυπική απόκλιση είναι  $SD=3,71$ .



	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Depression	148	,00	17,00	3,04	3,18
Anxiety	148	,00	15,00	4,37	3,48
Stress	148	,00	16,00	2,24	3,11
DASStotal	148	,00	46,00	9,66	8,87
UCLA	148	24,00	70,00	47,56	11,21
LSI	148	2,15	5,55	3,76	,65
AIS	148	,00	16,00	2,91	3,71

Πίνακας 6: Το πλήθος, το μέγιστο, το ελάχιστο, ο μέσος όρος και η τυπική απόκλιση της κλίμακας, άγχους, κατάθλιψης και στρες, της κλίμακας μοναξιάς και της κλίμακας ικανοποίησης από την ζωή

Στον πίνακα 7 που ακολουθεί παρατηρούμε ότι οι 148 συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;», όπου 36 (24,3%) απάντησαν «Ναι» και 112 (75,7%) απάντησαν «Όχι». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου 45 (30,4%) απάντησαν «Μόνος/η», 86 (58,1%) απάντησαν «Με τον/ην σύζυγο/σύντροφο», 3 (2,0%) απάντησαν «Με κάποιο φίλο/η», 4 (2,7%) απάντησαν «Με την αδερφή μου», 3 (2,0%) απάντησαν «Με τον αδερφό μου» και 7 (4,7%) απάντησαν «Με τα παιδιά μου».

		N	%
Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	36	24,3%
	Όχι	112	75,7%
Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	45	30,4%
	Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	86	58,1%
	Με κάποιο φίλο(η)	3	2,0%
	Με την αδελφή μου	4	2,7%
	Με τον αδελφό μου	3	2,0%
	Με τα παιδιά μου	7	4,7%

Πίνακας 7: Ερωτήματα σχετικά με την εργασία

Στον πίνακα 8 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Έχετε παιδιά;», όπου 131 (88,5%) απάντησαν «Ναι» και 17 (11,5%) απάντησαν «Όχι». Στην συνέχεια, παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες, 31 (23,7%) έχουν 1 παιδί, 62 (47,3%) έχουν 2 παιδιά, 30 (22,9%) έχουν 3 παιδιά, 7 (5,3%) έχουν 4 παιδιά και 1 (0,8%) έχει 5 παιδιά. Έπειτα, όσοι συμμετέχοντες έχουν παιδιά απάντησαν στην ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;», όπου 64 (48,9%) απάντησαν «Ναι» και 67 (51,1%) απάντησαν «Όχι». Επίσης, στην ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;» από τους συμμετέχοντες 9 (6,9%) απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ», 40 (30,5%) απάντησαν «Μερικές φορές τον χρόνο», 54 (41,2%) απάντησαν «Μερικές φορές τον μήνα», 20 (15,3%)

απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» και 8 (6,1%) απάντησαν « Κάθε μέρα». Επιπλέον, στην ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;» από τους συμμετέχοντες 2 (1,5%) απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ», 9 (6,9%) απάντησαν «Μερικές φορές τον χρόνο», 34 (26,0%) απάντησαν «Μερικές φορές το μήνα», 57 (43,5%) απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» και 29 (22,1%) απάντησαν «Κάθε μέρα». Παράλληλα, οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Έχετε εγγόνια;», όπου 118 (79,7%) απάντησαν «Ναι» και 30 (20,3%) απάντησαν «Όχι». Τέλος, όσοι συμμετέχοντες έχουν εγγόνια απάντησαν στην ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου 13 (11,0%) απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ», 52 (44,1%) απάντησαν «Μερικές φορές τον χρόνο», 34 (28,8%) απάντησαν «Μερικές φορές το μήνα», 11 (9,3%) απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» και 8 (6,8%) απάντησαν « Κάθε μέρα».

Έχετε παιδιά;	Ναι	131	88,5%
	Όχι	17	11,5%
Πόσα;	1	31	23,7%
	2	62	47,3%
	3	30	22,9%
	4	7	5,3%
	5	1	0,8%
Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	64	48,9%
	Όχι	67	51,1%
Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	9	6,9%
	Μερικές φορές το χρόνο	40	30,5%
	Μερικές φορές το μήνα	54	41,2%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	20	15,3%
	Κάθε μέρα	8	6,1%
Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	2	1,5%
	Μερικές φορές το χρόνο	9	6,9%
	Μερικές φορές το μήνα	34	26,0%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	57	43,5%
	Κάθε μέρα	29	22,1%
Έχετε εγγόνια;	Ναι	118	79,7%
	Όχι	30	20,3%
Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	13	11,0%
	Μερικές φορές το χρόνο	52	44,1%
	Μερικές φορές το μήνα	34	28,8%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	11	9,3%
	Κάθε μέρα	8	6,8%

Πίνακας 8: Ερωτήματα με το αν έχουν παιδιά και εγγόνια και κάθε πόσο επικοινωνούν

Στον πίνακα 9 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Έχετε φίλους;», όπου όλοι οι 148 (100,0%) απάντησαν θετικά. Στην συνέχεια, στην ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;», όπου 111 (75,0%) απάντησαν «Ναι» και 37 (25,0%) απάντησαν «Όχι». Τέλος, όσοι συμμετέχοντες έχουν σήμερα φίλους απάντησαν στην ερώτηση «Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;», όπου 6 (4,5%) απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ», 13 (9,8%) απάντησαν «Μερικές φορές τον χρόνο», 44 (33,3%) απάντησαν «Μερικές φορές τον μήνα», 52 (39,4%) απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» και 17 (12,9%) απάντησαν «Κάθε μέρα».

		N	%
Είχατε φίλους;	Ναι	148	100,0%
Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	111	75,0%
	Όχι	37	25,0%
Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	6	4,5%
	Μερικές φορές το χρόνο	13	9,8%
	Μερικές φορές το μήνα	44	33,3%
	Μερικές φορές την εβδομάδα	52	39,4%
	Κάθε μέρα	17	12,9%

Πίνακας 9: Ερωτήματα σχετικά με το αν έχουν φίλους και κάθε πόσο επικοινωνούν

Στον πίνακα 10 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Έχετε αδέρφια;», όπου 120 (81,1%) απάντησαν «Ναι» και 28 (18,9%) απάντησαν «Όχι». Στην συνέχεια, παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες, 71 (58,7%) έχουν 1 αδελφό/η, 33 (27,3%) έχουν 2 αδέρφια, 14 (11,6%) έχουν 3 αδέρφια, 1 (0,8%) έχει 4 αδέρφια, 1 (0,8%) έχει 5 αδέρφια και 1 (0,8%) έχει 7 αδέρφια. Ακολούθως, παρατηρείται ότι από τους συμμετέχοντες, 69 (57,0%) έχουν σειρά γέννησης 1, 37 (30,6%) έχουν σειρά γέννησης 2, 9 (7,4%) έχουν σειρά γέννησης 3, 4 (3,3%) έχει σειρά γέννησης 4 και 2 (1,7%) έχει σειρά γέννησης 6. Μετέπειτα, οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Έχετε αδελφή;», όπου 85 (70,2%) απάντησαν «Ναι» και 36 (29,8%) απάντησαν «Όχι». Ομοίως, στην ερώτηση «Έχετε αδελφό;» από τους συμμετέχοντες 68 (56,2%) απάντησαν «Ναι» και 53 (43,8%) απάντησαν «Όχι». Επίσης, στην ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;», από τους συμμετέχοντες 89 (73,6%) απάντησαν «Ναι», 13 (10,7%) απάντησαν «Όχι» και 19 (15,7%) απάντησαν «Όχι με όλα». Τέλος, οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;», όπου 130 (87,8%) απάντησαν «Ναι» και 18 (12,2%) απάντησαν «Όχι».

		N	%
Έχετε αδέρφια;	Ναι	120	81,1%
	Όχι	28	18,9%
Πόσα;	1	71	58,7%
	2	33	27,3%
	3	14	11,6%
	4	1	0,8%
	5	1	0,8%
	7	1	0,8%
Σειρά γέννησής σας:	1	69	57,0%
	2	37	30,6%
	3	9	7,4%
	4	4	3,3%
	6	2	1,7%
Έχετε αδελφή;	Ναι	85	70,2%
	Όχι	36	29,8%
Έχετε αδελφό;	Ναι	68	56,2%
	Όχι	53	43,8%
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	89	73,6%
	Όχι	13	10,7%
	Όχι με όλα	19	15,7%
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	130	87,8%
	Όχι	18	12,2%

Πίνακας 10: Ερωτήματα σχετικά με το αν έχουν αδέρφια, πόσα έχουν, σχέσεις μεταξύ τους και σειρά γέννησης

Στον πίνακα 11 που ακολουθεί παρατηρείται ότι οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;», όπου 74 (50,3%) απάντησαν «Ναι» και 73 (49,7%) απάντησαν «Όχι». Στην συνέχεια, οι συμμετέχοντες απάντησαν στην ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;», όπου 95 (64,2%) απάντησαν «Ναι» και 53 (35,8%) απάντησαν «Όχι». Τέλος, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;», όπου 47 (31,8%) απάντησαν «Ναι» και 101 (68,2%) απάντησαν «Όχι».

		N	%
Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	74	50,3%
	Όχι	73	49,7%
Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	95	64,2%
	Όχι	53	35,8%
Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	47	31,8%
	Όχι	101	68,2%

Πίνακας 11: Ερωτήματα σχετικά με το αν μένουν ικανοποιημένοι από συγγενείς και την γειτονιά

Στον πίνακα 12 παρατηρείται ότι όσοι συμμετέχοντες απάντησαν ότι υπάρχουν άτομα που τους βοηθούν στις καθημερινές ανάγκες τους, απάντησαν και στο ερώτημα «Αν ναι, ποιοι είναι;», όπου 2 (4,3%) απάντησαν την αδελφή, 3 (6,5%) απάντησαν τον αδελφό, 1 (2,2%) απάντησε τα ανίψια, 1 (2,2%) απάντησε τον γιό, 2 (4,3%) απάντησαν τα εγγόνια, 12 (26,1%) απάντησε την κόρη, 9 (19,6%) απάντησε τα παιδιά, 14 (30,4%) απάντησαν τον σύζυγο και 2 (4,3%) απάντησαν τους φίλους.

		N	N %
Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	2	4,3%
	Αδελφός	3	6,5%
	Ανίψια	1	2,2%
	Γιός	1	2,2%
	Εγγόνια	2	4,3%
	Κόρη	12	26,1%
	Παιδιά	9	19,6%
	Σύζυγος	14	30,4%
	Φίλοι	2	4,3%

Πίνακας 12: Άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες

Στον πίνακα 13 που ακολουθεί οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;», όπου 96 (64,9%) απάντησαν «Ναι» και 52 (35,1%) απάντησαν «Όχι». Σημειώνεται ότι όσοι συμμετέχοντες πάσχουν από κάποια χρόνια νόσο, την έχουν για περίπου 20 έτη ( $M=19,63$ ,  $SD=5,985$ ). Στην συνέχεια, παρατηρείται ότι 40 (27,0%) έχουν κινητικές δυσκολίες, ενώ 108 (73,0%) δεν έχουν και 41 (27,7%) απάντησαν ότι έχουν νοηματικές δυσκολίες ή δυσκολίες μνήμης, ενώ 107 (72,3%) δεν έχουν. Επιπλέον οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;», όπου 99 (66,9%) απάντησαν «Ναι» και 49 (33,1%) απάντησαν «Όχι». Επίσης, οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Προσέχετε την διατροφή σας;», όπου 17 (11,5%) απάντησαν «Όχι», 99 (66,9%) απάντησαν «Μέτρια» και 32 (21,6%) απάντησαν «Πολύ». Παράλληλα,

οι συμμετέχοντες απάντησαν στο ερώτημα «Προσέχετε την άσκησή σας;», όπου 100 (67,6%) απάντησαν «Όχι», 37 (25,0%) απάντησαν «Μέτρια» και 11 (7,4%) απάντησαν «Πολύ». Τέλος, στην ερώτηση «Κάνετε διακοπές;», από τους συμμετέχοντες 25 (16,9%) απάντησαν «Ναι» και 123 (83,1%) απάντησαν «Όχι».

		N	%
Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	96	64,9%
	Όχι	52	35,1%
Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	40	27,0%
	Όχι	108	73,0%
Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	41	27,7%
	Όχι	107	72,3%
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	99	66,9%
	Όχι	49	33,1%
Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	17	11,5%
	Μέτρια	99	66,9%
	Πολύ	32	21,6%
Προσέχετε την άσκησή σας;	Όχι	100	67,6%
	Μέτρια	37	25,0%
	Πολύ	11	7,4%
Κάνετε διακοπές;	Ναι	25	16,9%
	Όχι	123	83,1%

Πίνακας 13: Ερωτήματα σχετικά με κάποια νόσο, την κινητική και νοηματική δυσκολία, την φαρμακευτική αγωγή, την διατροφή και την άσκηση

Στον πίνακα 14 παρατηρείται ότι δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων που απάντησαν θετικά στην ερώτηση «Έχετε κάποια αγαπημένη ασχολία/χόμπι;». Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται ότι στην επιλογή «Ψάρεμα» 141 (95,3%) απάντησαν «Όχι» και 7 (4,7%) απάντησαν «Ναι» και στην επιλογή «Περπάτημα» 69 (46,6%) απάντησαν «Όχι» και 79 (53,4%) απάντησαν «Ναι».

		N	%
Ψάρεμα	Όχι	141	95,3%
	Ναι	7	4,7%
Περπάτημα	Όχι	69	46,6%
	Ναι	79	53,4%

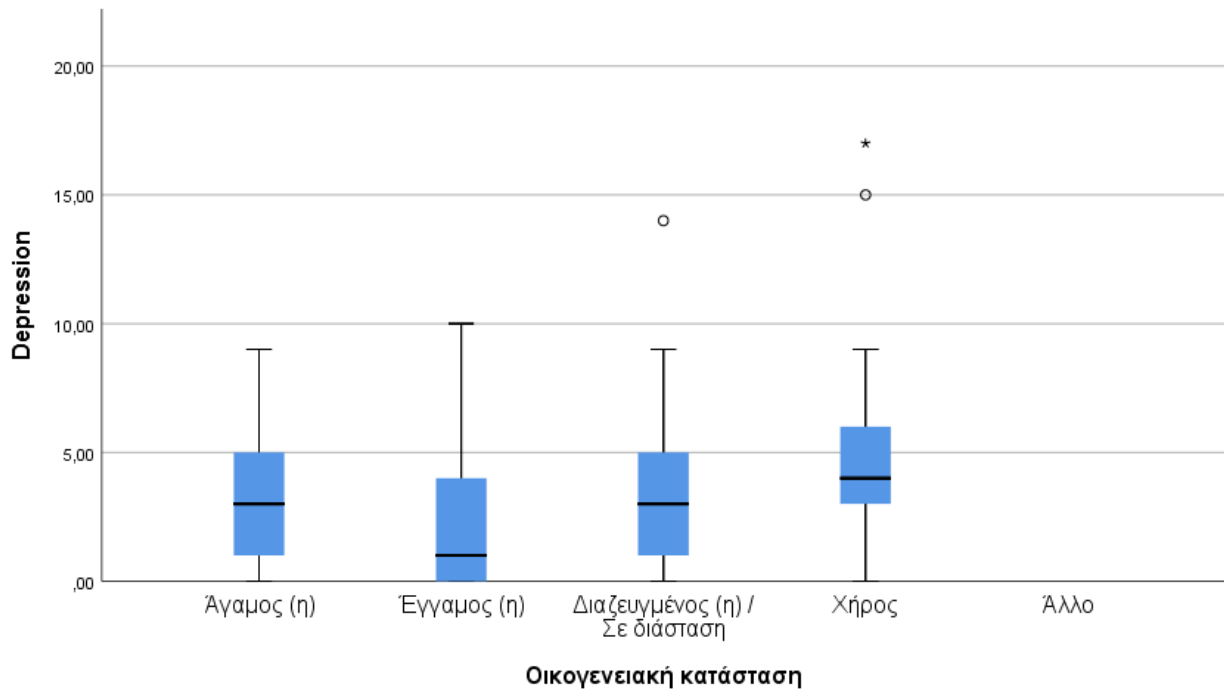
Πίνακας 14: Αγαπημένη ασχολία/χόμπι

## Διαφοροποιήσεις της Κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά

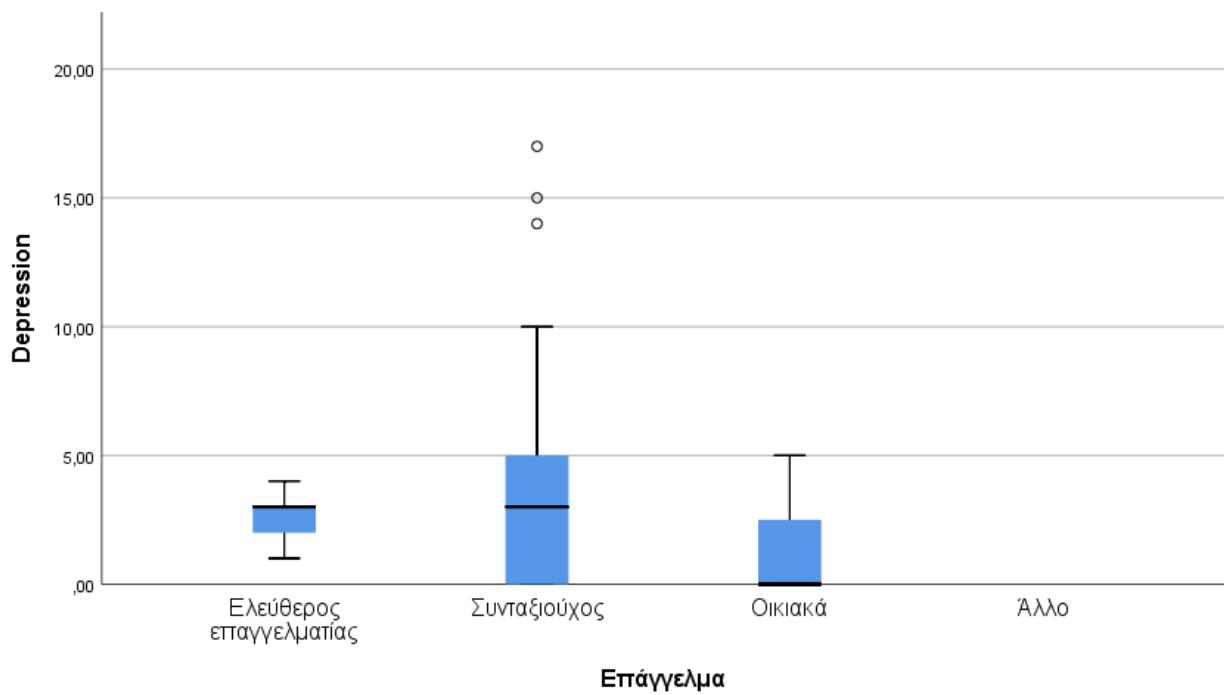
Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 15 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο ( $p=0,454$ ) και την εκπαίδευση ( $p=0,157$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι είναι έγγαμοι ( $M=1,98$ ,  $SD=2,375$ ) είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν ότι έχουν χηρέψει ( $M=5,00$ ,  $SD=4,080$ ), καθώς  $p<0,001$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με το επάγγελμα, δηλαδή οι τιμές της κατηγορίας οικιακά ( $M=1,21$ ,  $SD=1,619$ ) είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με τις άλλες δύο, δηλαδή με το αν είναι συνταξιούχοι ( $M=3,38$ ,  $SD=3,387$ ) και το αν είναι «ελεύθεροι επαγγελματίες» ( $M=2,50$ ,  $SD=0,972$ ), καθώς  $p=0,018<0,05$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται από τα γραφήματα 1 και 2.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Φύλο	Άνδρας	3,20	3,188	103	0,454
		Γυναίκα	2,67	3,177	45	
	Εκπαίδευση	Κάποιες Τάξεις Δημοτικού	3,96	3,109	28	0,157
		Απόφοιτος(η) Δημοτικού	2,69	3,599	39	
		Γυμνάσιο	3,60	3,327	35	
		Λύκειο	2,45	2,652	42	
		ΤΕΙ / ΑΕΙ	1,25	1,258	4	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	3,08	2,753	13	0,000
		Έγγαμος (η)	1,98	2,375	65	
		Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση	3,32	3,102	41	
		Χήρος	5,00	4,080	29	
	Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	2,50	,972	10	0,018
		Συνταξιούχος	3,38	3,387	119	
		Οικιακά	1,21	1,619	19	

Πίνακας 15. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά



Γράφημα 1



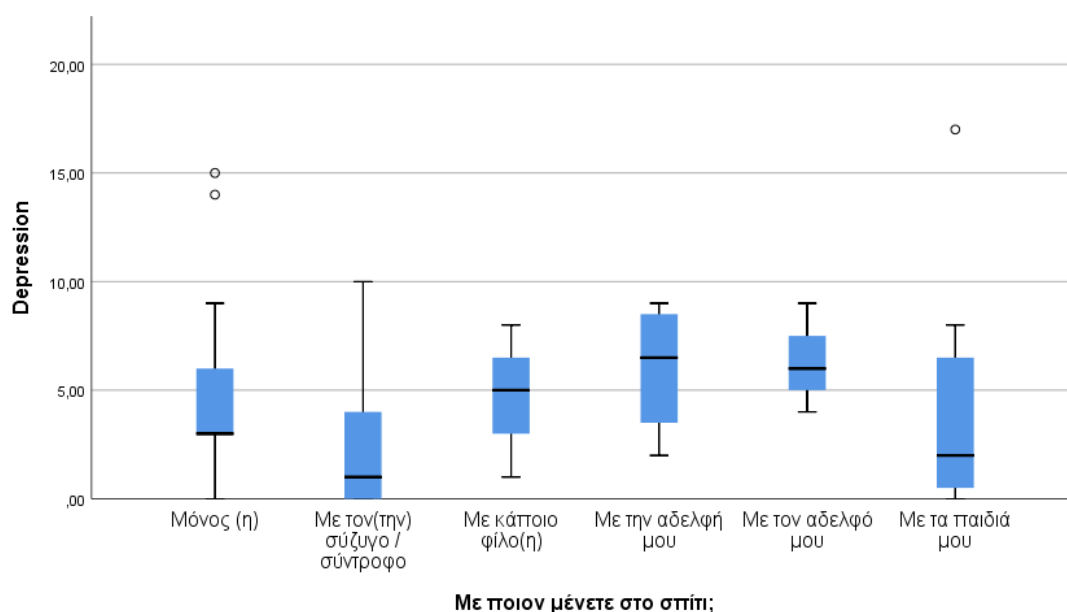
Γράφημα 2



Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 16 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» ( $p=0,774$ ), ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που μένουν με τον/την σύζυγο/σύντροφο ( $M=1,92$ ,  $SD=2,213$ ) είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με αυτούς που μένουν μόνοι τους ( $M=4,33$ ,  $SD=3,371$ ) καθώς  $p<0,001$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται στο γράφημα 3.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	3,03	3,229	36	0,77
		Όχι	3,04	3,183	112	
Depression	Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	4,33	3,371	45	0,00
		Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	1,92	2,213	86	
		Με κάποιο φίλο(η)	4,67	3,512	3	
		Με την αδελφή μου	6,00	3,162	4	
		Με τον αδελφό μου	6,33	2,517	3	
		Με τα παιδιά μου	4,71	6,157	7	

Πίνακας 16, Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τη διαμονή και το λόγο εργασίας



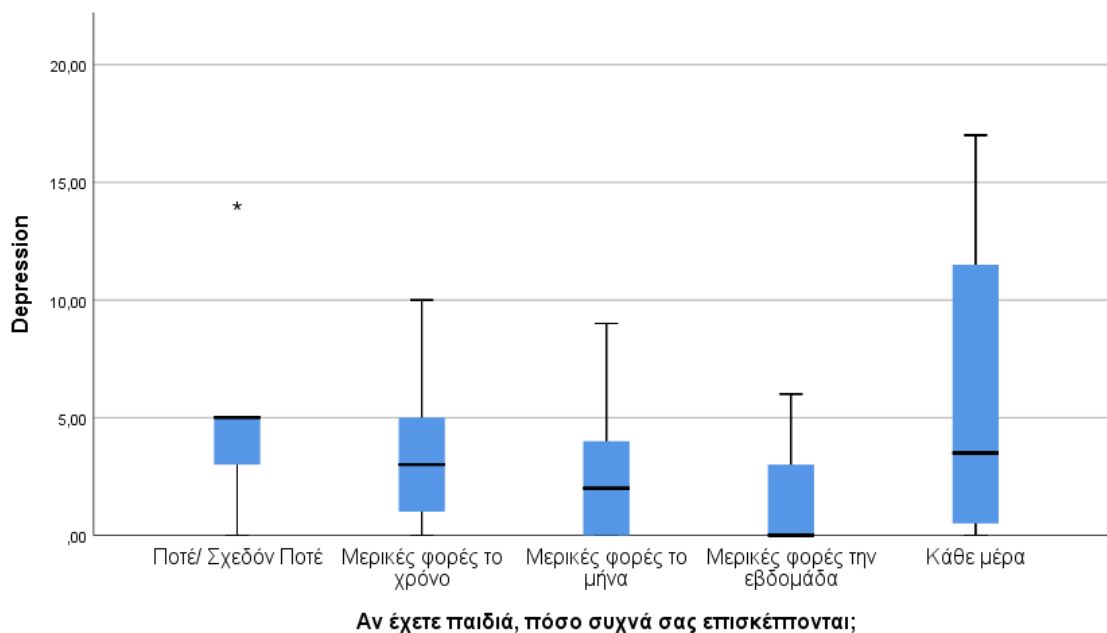
Γράφημα 3

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 17 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;» ( $p=0,997$ ), με την ερώτηση «Πόσα παιδιά έχετε;» ( $p=0,131$ ), με την ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;» ( $0,628$ ), με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;» ( $p=0,072$ ), με την ερώτηση «Έχετε εγγόνια;» ( $p=0,092$ ) και ούτε με την ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;» ( $p=0,317$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Πότε ή σχεδόν ποτέ» έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους έχουν συχνότερες επισκέψεις με εξαίρεση εκείνους που απάντησαν κάθε μέρα ( $M=6,00$ ,  $SD=6,761$ ), καθώς  $p=0,001 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 17 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 4.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Έχετε παιδιά;	Ναι	2,99	3,221	131	0,997
		Όχι	3,41	2,938	17	
	Πόσα;	1	3,68	3,321	31	0,131
		2	3,35	3,483	62	
		3	1,80	2,250	30	
		4	2,00	3,109	7	
		5	2,00	.	1	
	Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	2,52	3,418	64	0,628
		Όχι	3,45	2,976	67	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	4,89	3,790	9	0,001
		Μερικές φορές το χρόνο	3,50	2,708	40	
		Μερικές φορές το μήνα	2,48	2,640	54	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	1,30	1,949	20	
		Κάθε μέρα	6,00	6,761	8	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	7,00	9,899	2	0,072
		Μερικές φορές το χρόνο	4,56	1,740	9	
		Μερικές φορές το μήνα	3,29	2,588	34	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	2,28	2,411	57	
		Κάθε μέρα	3,28	4,597	29	
	Έχετε εγγόνια;	Ναι	2,98	3,242	118	0,092
		Όχι	3,27	2,982	30	

Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	4,08	3,278	13	0,317
	Μερικές φορές το χρόνο	2,79	2,460	52	
	Μερικές φορές το μήνα	2,56	3,037	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	2,64	2,908	11	
	Κάθε μέρα	4,75	7,106	8	

Πίνακας 17. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τα παιδιά και τη συχνότητα επικοινωνίας



Γράφημα 4

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 18 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;» ( $p=0,938$ ) και με την ερώτηση «Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;» ( $p=0,123$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 18.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Είχατε φίλους;	Ναι	3,04	3,183	148	0,938
	Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	2,73	3,168	111	
		Όχι	3,97	3,087	37	
Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ		4,83	2,927	6	0,123
	Μερικές φορές το χρόνο		4,38	3,754	13	
	Μερικές φορές το μήνα		3,41	2,983	44	
	Μερικές φορές την εβδομάδα		2,40	3,571	52	
	Κάθε μέρα		2,35	2,370	17	

Πίνακας 18. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τους φίλους

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 19 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;» ( $p=0,078$ ), με την ερώτηση «Πόσα;» ( $p=0,583$ ), με την πρόταση «Σειρά γέννησής σας;» ( $p=0,815$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφή;» ( $p=0,358$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφό;» ( $p=0,767$ ), με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» ( $p=0,375$ ) και με την ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;» ( $p=0,708$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 19.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Έχετε αδέρφια;	Ναι	2,77	2,842	120	0,078
		Όχι	4,21	4,220	28	
	Πόσα;	1	3,03	2,937	71	0,583
		2	2,67	2,758	33	
		3	1,93	2,645	14	
		4	,00	.	1	
		5	,00	.	1	
		7	2,00	.	1	
	Σειρά γέννησής σας;	1	2,97	2,940	69	0,815
		2	2,51	2,815	37	
		3	2,56	3,005	9	
		4	2,25	1,708	4	
		6	1,00	1,414	2	
	Έχετε αδελφή;	Ναι	2,71	2,781	85	0,358
		Όχι	2,83	3,019	36	
	Έχετε αδελφό;	Ναι	2,69	2,964	68	0,767
		Όχι	2,81	2,704	53	
	Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	2,58	2,891	89	0,375
		Όχι	3,77	3,370	13	
		Όχι με όλα	2,79	2,123	19	
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	3,07	3,066	130	0,708	
	Όχι	2,83	4,033	18		

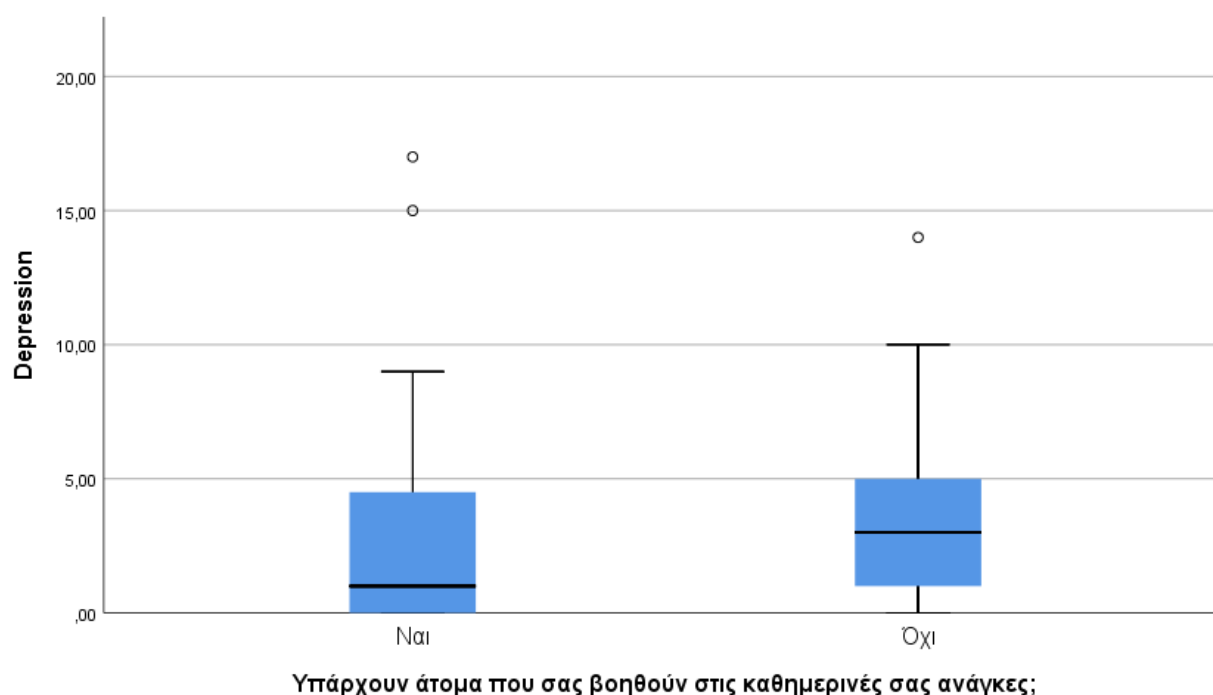
Πίνακας 19. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τα αδέρφια και τις σχέσεις μαζί τους

Από τους ελέγχους t του πίνακα 20 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;» ( $p=0,900$ ) και με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;» ( $p=0,835$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική

διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=3,09$  ,  $SD=2,754$ ), καθώς  $p=0,007<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 20 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 5.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
<u>Depression</u>	Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	2,24	3,183	74	0,900
		Όχι	3,89	2,984	73	
	Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	2,68	3,288	95	0,835
		Όχι	3,68	2,907	53	
	Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	2,94	3,986	47	0,007
		Όχι	3,09	2,754	101	

Πίνακας 20. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με την ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις



Γράφημα 5

Από τους έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 21 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ποιοι είναι;» ( $p=0,196$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 21.

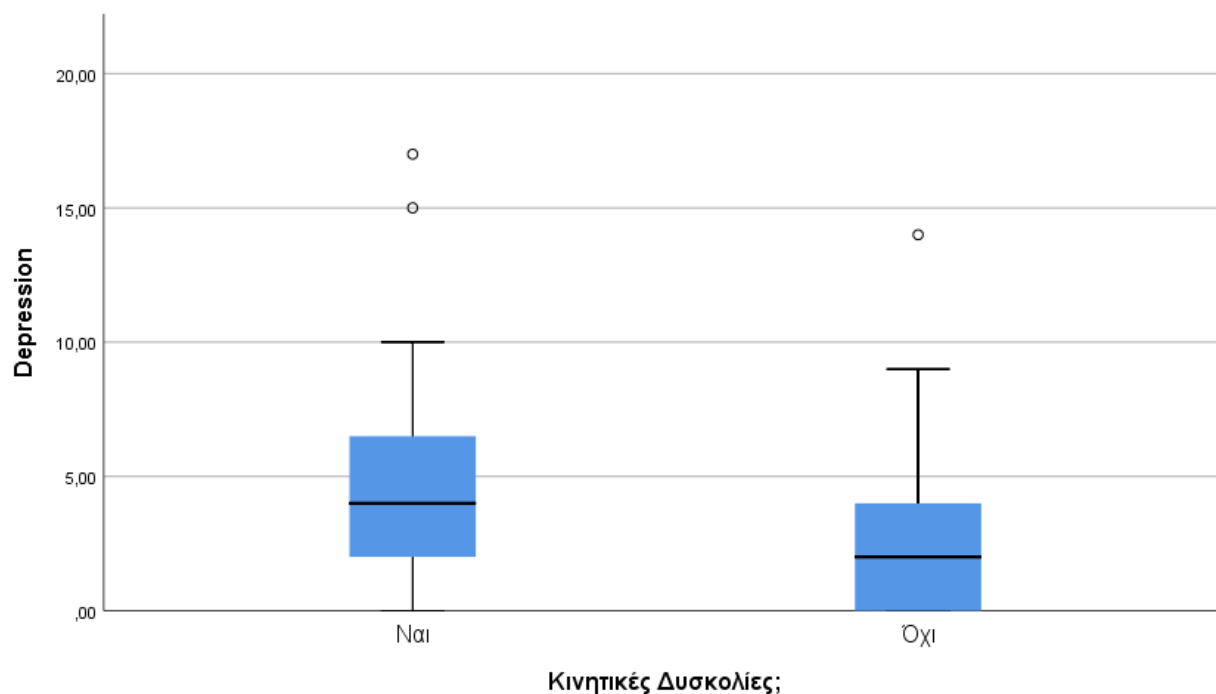
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	7,00	2,828	2	0,196
		Αδελφός	6,33	2,517	3	
		Ανίψια	6,00	.	1	
		Γιός	,00	.	1	
		Εγγόνια	8,50	9,192	2	
		Κόρη	3,00	3,357	12	
		Παιδιά	2,11	5,600	9	
		Σύζυγος	1,71	2,128	14	
		Φίλοι	2,50	2,121	2	

Πίνακας 21. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τα συγγενικά πρόσωπα

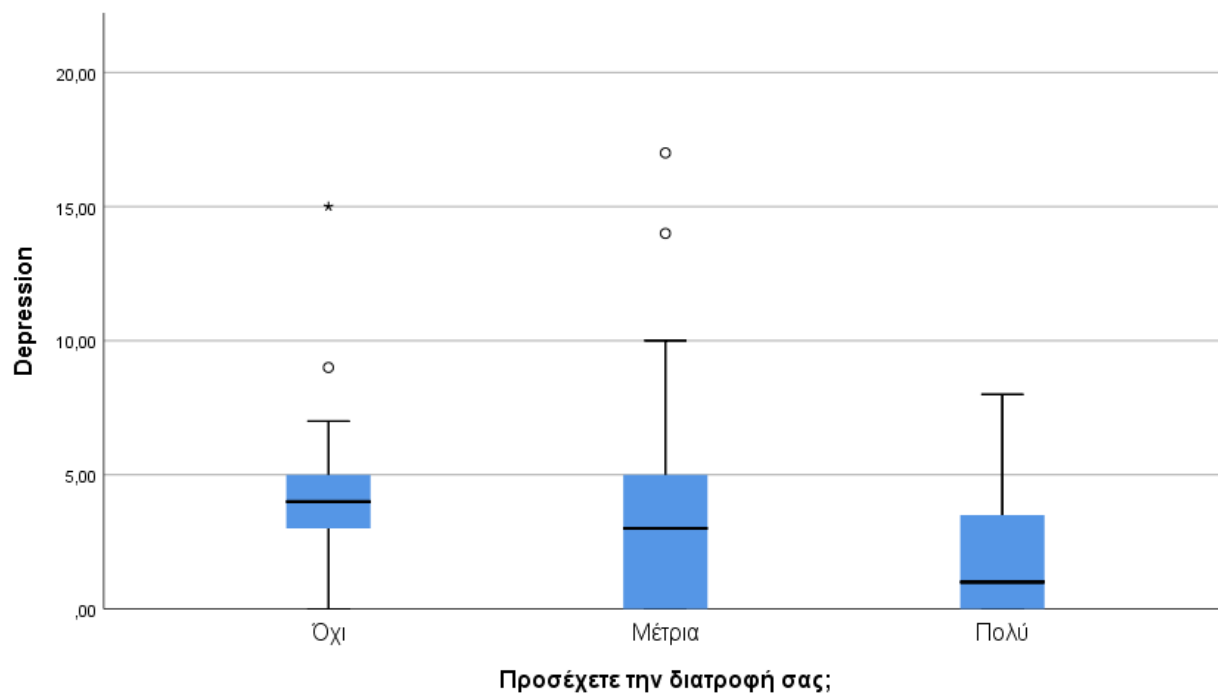
Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 22 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;» ( $p=0,817$ ), με την ερώτηση «Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;» ( $p=0,377$ ), με την ερώτηση «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;» ( $p=0,172$ ), και με την ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;» ( $p=0,129$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Κινητικές Δυσκολίες;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=4,63$ ,  $SD=3,946$ ), καθώς  $p=0,014<0,05$ . Επίσης, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Προσέχετε την διατροφή σας;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τις άλλες δύο ( $M=4,35$ ,  $SD=3,656$ ), καθώς  $p=0,031<0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=3,29$ ,  $SD=3,241$ ), καθώς  $p=0,032<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 22 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 6, 7 και 8.

Depression						
Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	3,06	3,148	96	0,817	
	Όχι	3,00	3,278	52		
Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	4,63	3,946	40	0,014	
	Όχι	2,45	2,638	108		
Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	3,46	3,139	41	0,377	
	Όχι	2,88	3,200	107		
Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	3,29	3,426	99	0,172	
	Όχι	2,53	2,583	49		
Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	4,35	3,656	17	0,031	
	Μέτρια	3,17	3,329	99		
	Πολύ	1,94	1,966	32		
Προσέχετε την άσκησή σας;	Όχι	3,29	3,198	100	0,129	
	Μέτρια	2,89	3,406	37		
	Πολύ	1,27	1,348	11		
Κάνετε διακοπές;	Ναι	1,80	1,848	25	0,032	
	Όχι	3,29	3,341	123		

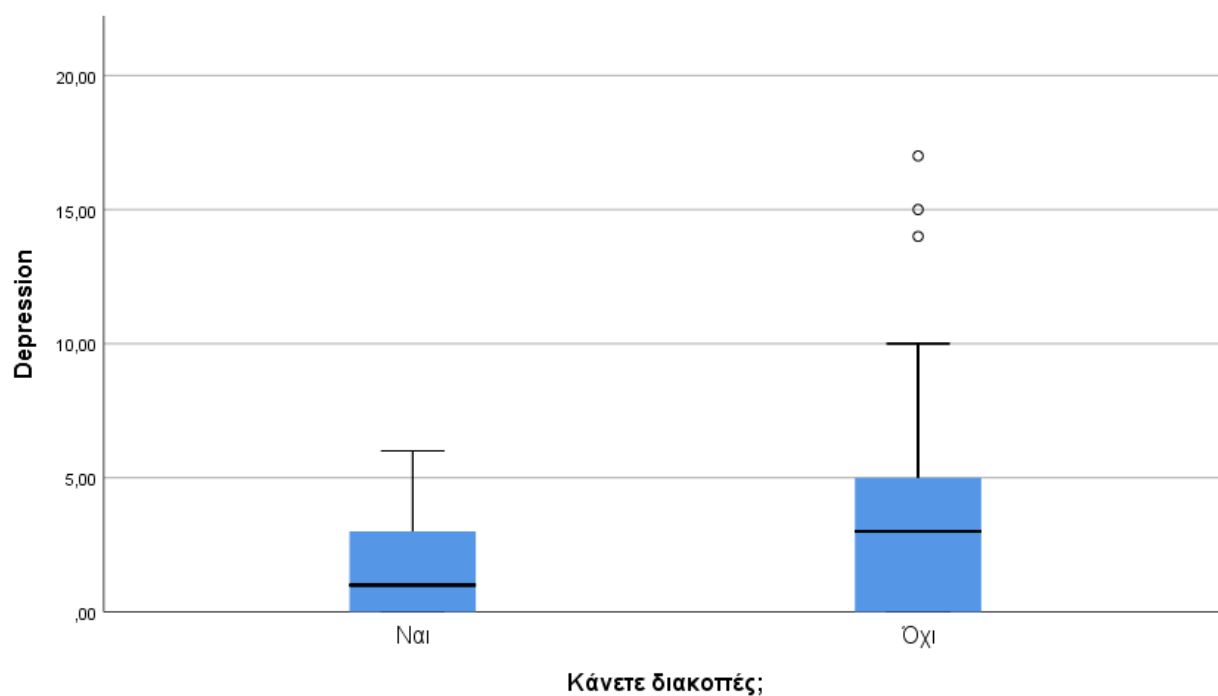
Πίνακας 22. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με τη γενική υγεία και τις συνήθειες



Γράφημα 6



Γράφημα 7



Γράφημα 8



Από τους ελέγχους t του πίνακα 23 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας κατάθλιψης ανάλογα με ψάρεμα ( $p=0,377$ ) και με το περπάτημα ( $p=0,726$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 23.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Depression	Ψάρεμα	Όχι	3,09	3,176	141	0,377
		Ναι	2,00	3,416	7	
	Περπάτημα	Όχι	2,94	3,338	69	0,726
		Ναι	3,13	3,061	79	

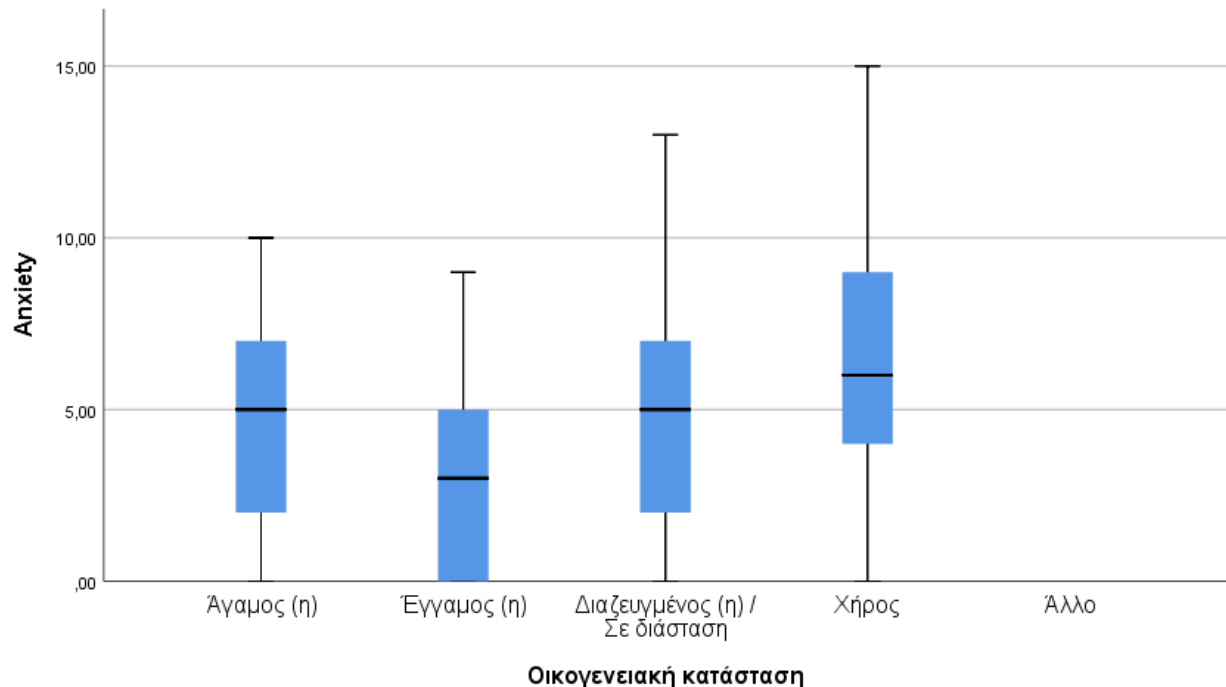
Πίνακας 23. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης ανάλογα με το ψάρεμα και το περπάτημα

### Διαφοροποιήσεις της Άγχους ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά

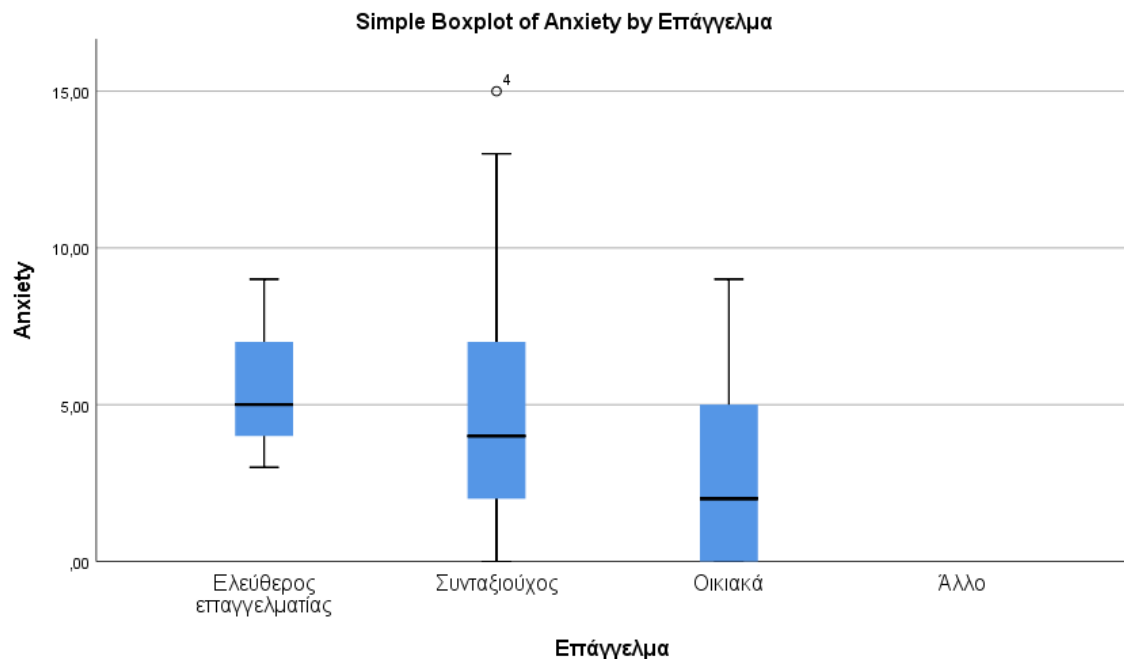
Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 24 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας άγχους ανάλογα με το φύλο ( $p=0,857$ ) και την εκπαίδευση ( $p=0,094$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι είναι έγγαμοι ( $M=2,95$ ,  $SD=2,707$ ) είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν ότι έχουν χηρέψει ( $M=6,14$ ,  $SD=3,430$ ) και σε αυτούς που είναι διαζευγμένοι/σε διάσταση ( $M=5,27$ ,  $SD=3,821$ ), καθώς  $p<0,001$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με το επάγγελμα, δηλαδή οι τιμές της κατηγορίας «Οικιακά» ( $M=2,53$ ,  $SD=2,796$ ) είναι ιδιαίτερα χαμηλές σε σχέση με τις άλλες δύο, δηλαδή με το αν είναι συνταξιούχοι ( $M=4,59$ ,  $SD=3,604$ ) και αν είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ( $M=5,30$ ,  $SD=1,889$ ), καθώς  $p=0,038<0,05$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται από τα γραφήματα 9 και 10.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Φύλο	Άνδρας	4,69	3,450	103	0,857
		Γυναίκα	3,64	3,491	45	
	Εκπαίδευση	Κάποιες Τάξεις Δημοτικού	4,86	2,940	28	0,094
		Απόφοιτος(η) Δημοτικού	3,33	3,303	39	
		Γυμνάσιο	5,43	3,583	35	
		Λύκειο	4,26	3,794	42	
		ΤΕΙ / ΑΕΙ	3,00	2,160	4	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	4,69	3,497	13	0,000
		Έγγαμος (η)	2,95	2,707	65	
		Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση	5,27	3,821	41	
		Χήρος	6,14	3,430	29	
	Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	5,30	1,889	10	0,038
		Συνταξιούχος	4,59	3,604	119	
		Οικιακά	2,53	2,796	19	

Πίνακας 24. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά



Γράφημα 9



Γράφημα 10

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 25 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» ( $p=0,971$ ), ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που μένουν με τον/την σύζυγο/σύντροφο ( $M=3,12$ ,  $SD=2,818$ ) είναι σημαντικά χαμηλότερες συγκριτικά με αυτούς που μένουν μόνοι τους ( $M=5,82$ ,  $SD=3,099$ ) καθώς  $p<0,001$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται στο παρακάτω γράφημα.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	4,83	3,468	36	0,971
		Όχι	4,22	3,492	112	
Anxiety	Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	5,82	3,099	45	0,000
		Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	3,12	2,818	86	
		Με κάποιον φίλο(η)	6,67	3,512	3	
		Με την αδελφή μου	6,75	5,123	4	
		Με τον αδελφό μου	10,67	2,082	3	
		Με τα παιδιά μου	5,43	5,473	7	

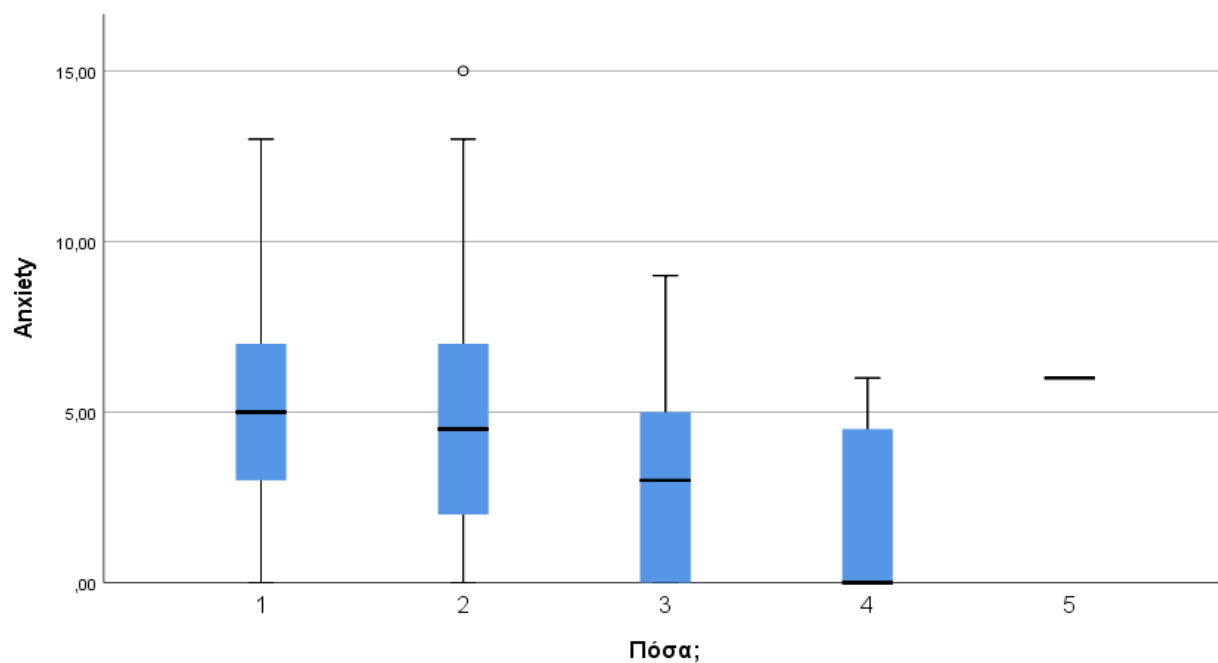
Πίνακας 25. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τα διαμονή και το λόγο εργασίας

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 26 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;» ( $p=0,370$ ), με την ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;» ( $0,200$ ) και με την ερώτηση «Έχετε εγγόνια;» ( $p=0,851$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Πόσα;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι έχουν 2 παιδιά ( $M=4,73$ ,  $SD=3,609$ ) έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν ότι έχουν 3 παιδιά ( $M=2,87$ ,  $SD=2,813$ ), καθώς  $p=0,024 < 0,05$ . Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Κάθε μέρα» ( $M=6,00$ ,  $SD=4,899$ ), καθώς  $p=0,012 < 0,05$ . Επιπρόσθετα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ ή σχεδόν ποτέ» ( $M=9,00$ ,  $SD=5,657$ ), καθώς  $p=0,010 < 0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Μερικές φορές τον μήνα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» ( $M=7,15$ ,  $SD=2,444$ ), καθώς  $p=0,008 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 26 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 11, 12, 13 και 14.

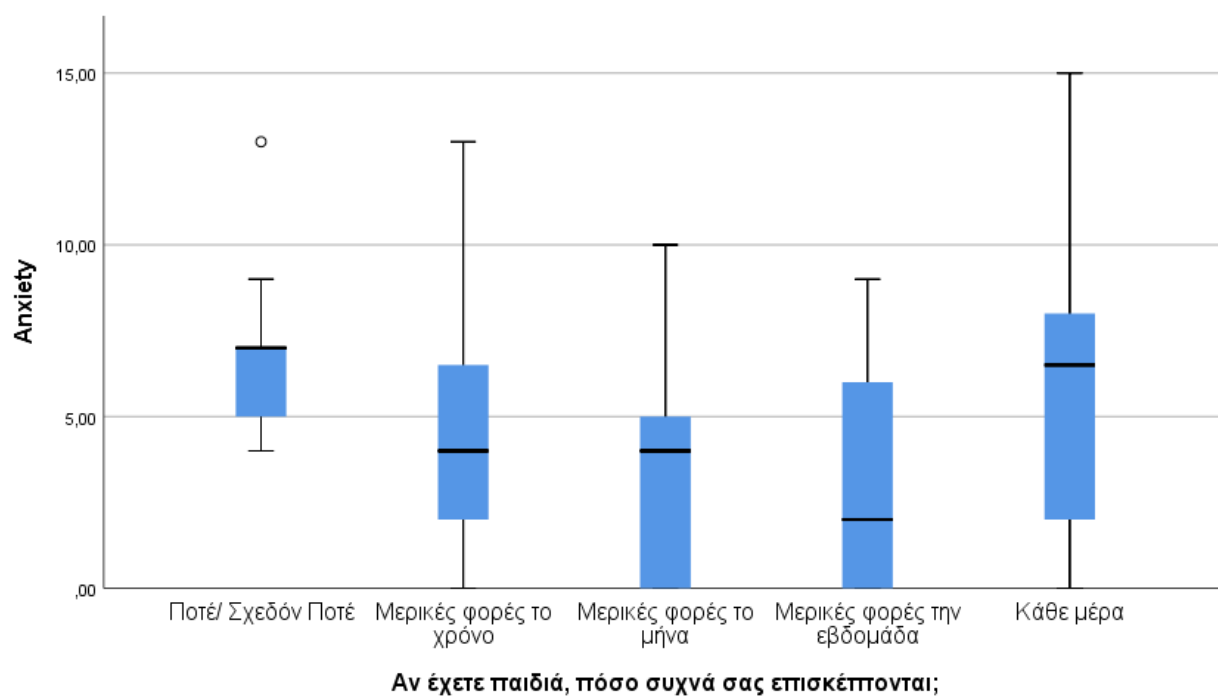
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Έχετε παιδιά;	Ναι	4,27	3,435	131	0,370
		Όχι	5,18	3,861	17	
	Πόσα;	1	5,13	3,344	31	0,024
		2	4,73	3,609	62	
		3	2,87	2,813	30	
		4	2,14	2,734	7	
		5	6,00	.	1	
	Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	3,61	3,462	64	0,200
		Όχι	4,90	3,313	67	

Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	7,00	2,693	9	0,012
	Μερικές φορές το χρόνο	4,73	3,449	40	
	Μερικές φορές το μήνα	3,67	3,022	54	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	3,05	3,332	20	
	Κάθε μέρα	6,00	4,899	8	
Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	9,00	5,657	2	0,010
	Μερικές φορές το χρόνο	6,44	2,789	9	
	Μερικές φορές το μήνα	5,12	3,245	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	3,60	3,070	57	
	Κάθε μέρα	3,59	3,841	29	
Έχετε εγγόνια;	Ναι	4,17	3,455	118	0,851
	Όχι	5,17	3,544	30	
Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	7,15	2,444	13	0,008
	Μερικές φορές το χρόνο	4,10	3,268	52	
	Μερικές φορές το μήνα	3,06	2,954	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	4,18	3,656	11	
	Κάθε μέρα	4,50	5,345	8	

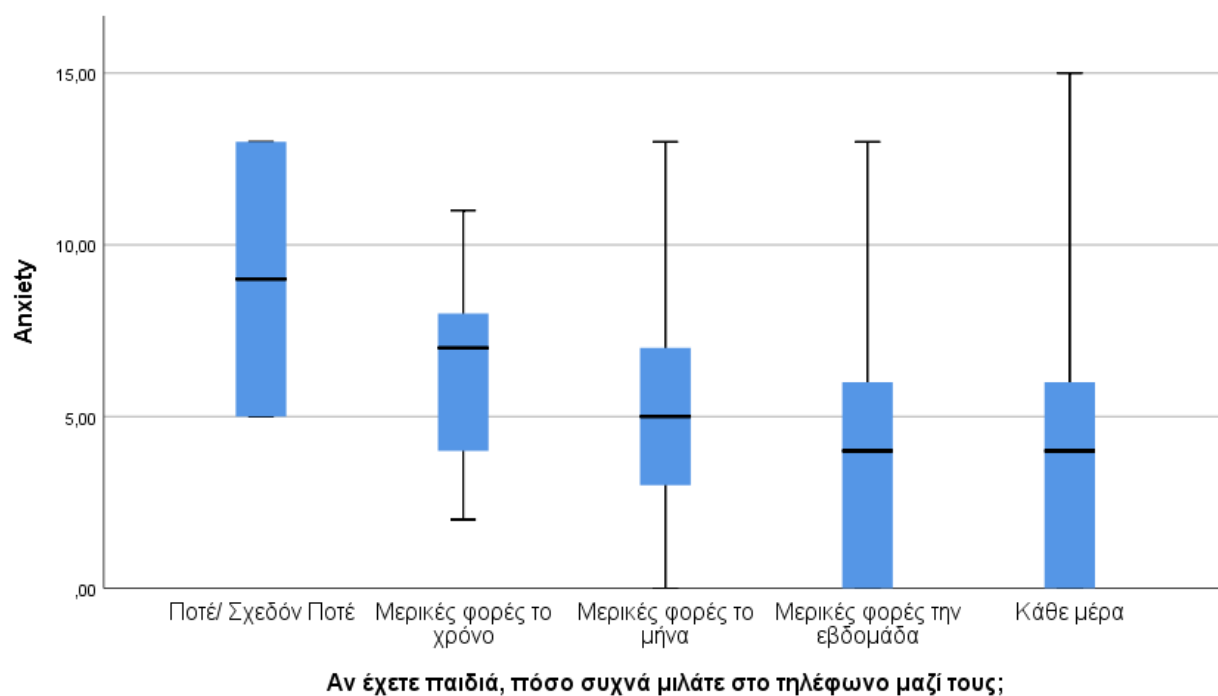
Πίνακας 26. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τους συγγενείς και τη συχνότητα επικοινωνίας



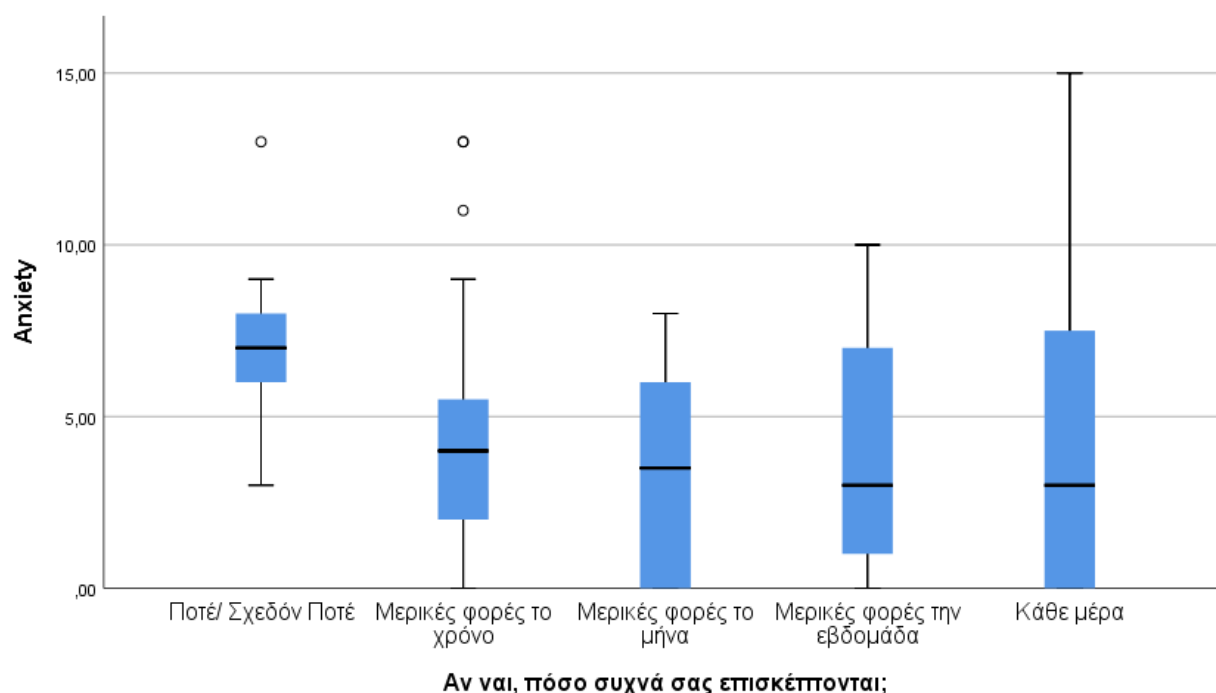
Γράφημα 11



Γράφημα 12



Γράφημα 13



*Γράφημα 14*

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 27 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους με την ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;» ( $p=0,558$ ) και με 0την ερώτηση «Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;» ( $p=0,180$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 27.

			<u>Mean</u>	<u>Standard Deviation</u>	<u>Valid N</u>	<u>p</u>
<u>Anxiety</u>	<u>Είχατε φίλους;</u>	Ναι	4,37	3,484	148	-
	<u>Σήμερα έχετε φίλους;</u>	Ναι	4,06	3,457	111	0,558
		Όχι	5,30	3,447	37	
<u>Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;</u>	<u>Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ</u>		4,50	2,588	6	0,180
	<u>Μερικές φορές το χρόνο</u>		5,92	3,328	13	
	<u>Μερικές φορές το μήνα</u>		5,00	3,679	44	
	<u>Μερικές φορές την εβδομάδα</u>		3,62	3,642	52	
	<u>Κάθε μέρα</u>		4,12	3,140	17	

*Πίνακας 27. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τους φίλους*

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 28 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση

«Έχετε αδέρφια;» ( $p=0,814$ ), με την ερώτηση «Πόσα;» ( $p=0,397$ ), με την πρόταση «Σειρά γέννησής σας;» ( $p=0,848$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφή;» ( $p=0,342$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφό;» ( $p=0,311$ ), με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» ( $p=0,332$ ) και με την ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;» ( $p=0,408$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 28.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Έχετε αδέρφια;	Ναι	4,10	3,369	120	0,814
		Όχι	5,54	3,786	28	
	Πόσα;	1	4,46	3,451	71	0,397
		2	3,52	3,094	33	
		3	3,79	3,599	14	
		4	,00	.	1	
		5	,00	.	1	
		7	6,00	.	1	
	Σειρά γέννησής σας;	1	4,30	3,242	69	0,848
		2	3,97	3,745	37	
		3	3,11	3,480	9	
		4	3,50	2,380	4	
		6	3,00	4,243	2	
	Έχετε αδελφή;	Ναι	3,81	3,194	85	0,342
		Όχι	4,67	3,749	36	
	Έχετε αδελφό;	Ναι	4,09	3,590	68	0,311
		Όχι	4,04	3,113	53	
	Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	3,91	3,544	89	0,332
		Όχι	5,38	3,070	13	
		Όχι με όλα	3,89	2,622	19	
	Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	4,38	3,411	130	0,408
		Όχι	4,28	4,084	18	

Πίνακας 28. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τα αδέρφια και τη συχνότητα επικοινωνίας

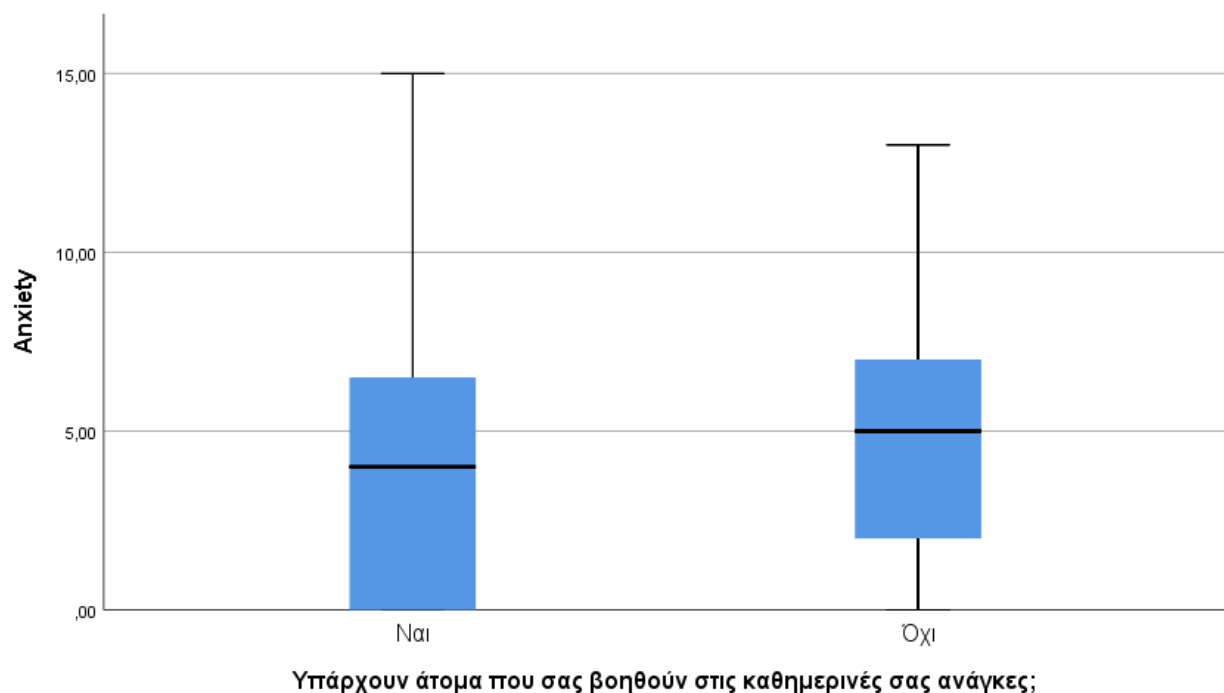
Από τους ελέγχους t του πίνακα 29 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;» ( $p=0,107$ ) και με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;» ( $p=0,230$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά



υψηλότερες τιμές ( $M=4,47$ ,  $SD=3,196$ ), καθώς  $p=0,034<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 29 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 15.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	3,58	3,550	74	0,107
		Όχι	5,23	3,217	73	
	Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	3,81	3,559	95	0,230
		Όχι	5,38	3,133	53	
	Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	4,17	4,066	47	0,034
		Όχι	4,47	3,196	101	

Πίνακας 29. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τις διαπροσωπικές σχέσεις



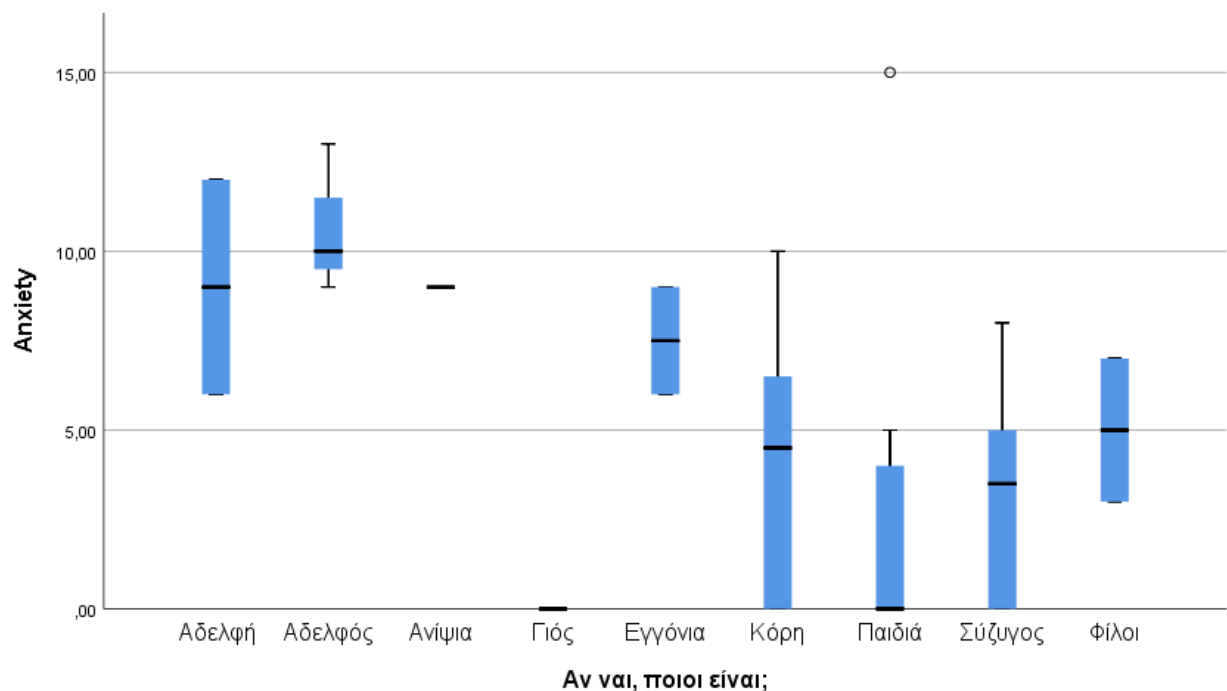
Γράφημα 15

Από τους έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 30 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ποιοι είναι;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Παιδιά» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Αδελφός» ( $M=10,67$ ,  $SD=2,082$ ), καθώς  $p=0,027<0,05$ . Οι

τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 30 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 16.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	9,00	4,243	2	0,027
		Αδελφός	10,67	2,082	3	
		Ανίψια	9,00	.	1	
		Γιός	,00	.	1	
		Εγγόνια	7,50	2,121	2	
		Κόρη	4,08	3,655	12	
		Παιδιά	2,89	4,936	9	
		Σύζυγος	3,00	2,961	14	
		Φίλοι	5,00	2,828	2	

Πίνακας 30. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τα συγγενικά πρόσωπα



Γράφημα 16

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 31 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με την ερώτηση «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;» ( $p=0,877$ ), με την ερώτηση «Κινητικές Δυσκολίες;» ( $p=0,965$ ), με την ερώτηση «Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;» ( $p=0,456$ ), με την ερώτηση «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;» ( $p=0,803$ ), με την ερώτηση «Προσέχετε την διατροφή σας;»

( $p=0,118$ ), με την ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;» ( $p=0,463$ ) και με την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;» ( $p=0,195$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 31.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	4,22	3,510	96	0,877
		Όχι	4,65	3,452	52	
	Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	5,37	3,663	40	0,965
		Όχι	4,00	3,357	108	
	Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	4,46	3,486	41	0,456
		Όχι	4,34	3,499	107	
	Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	4,33	3,600	99	0,803
		Όχι	4,45	3,273	49	
	Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	5,53	3,810	17	0,118
		Μέτρια	4,47	3,462	99	
		Πολύ	3,44	3,242	32	
	Προσέχετε την άσκησή σας;	Όχι	4,57	3,462	100	0,463
		Μέτρια	4,16	3,594	37	
		Πολύ	3,27	3,379	11	
	Κάνετε διακοπές;	Ναι	3,32	2,765	25	0,195
		Όχι	4,59	3,585	123	

Πίνακας 31. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με την υγεία και τις συνήθειες

Από τους ελέγχους t του πίνακα 32 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας άγχους ανάλογα με ψάρεμα ( $p=0,791$ ) και με το περπάτημα ( $p=0,938$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 32.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Anxiety	Ψάρεμα	Όχι	4,35	3,406	141	0,791
		Ναι	4,71	5,155	7	
	Περπάτημα	Όχι	4,35	3,403	69	0,938
		Ναι	4,39	3,575	79	

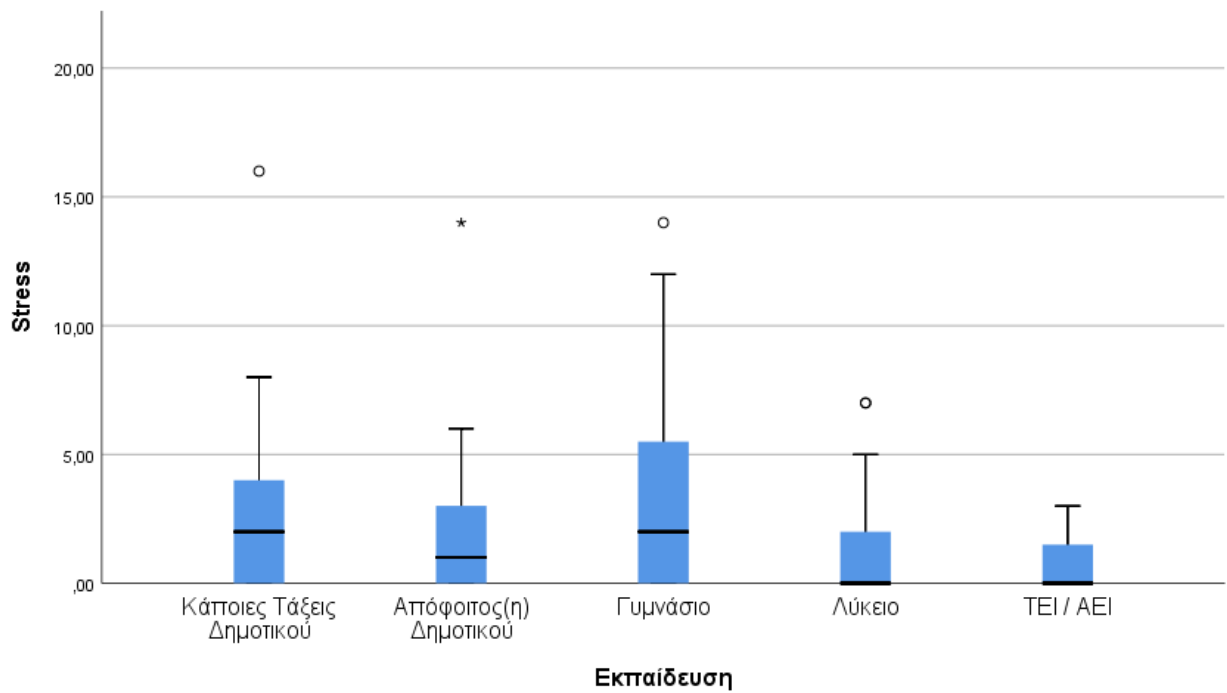
Πίνακας 32. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με το ψάρεμα και το περπάτημα

## Διαφοροποιήσεις του Στρες ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά

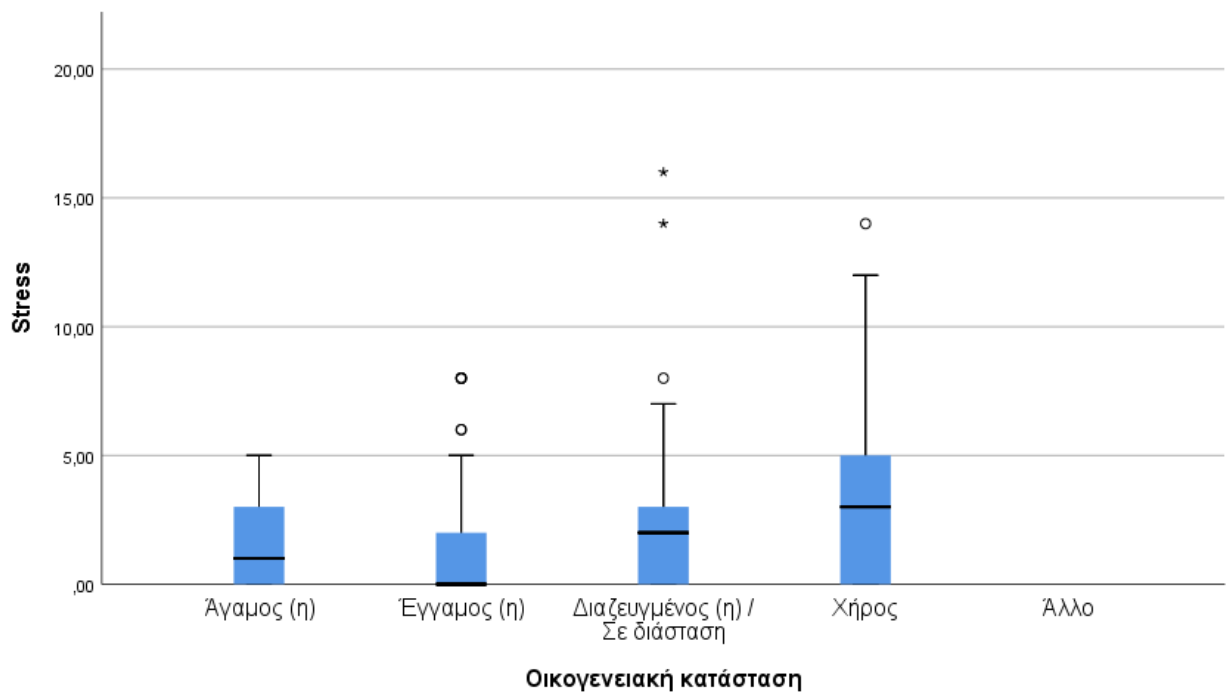
Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 33 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας στρες ανάλογα με το φύλο ( $p=0,076$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την εκπαίδευση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι φοίτησαν στο λύκειο ( $M=1,24$ ,  $SD=1,910$ ) είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που φοίτησαν στο Γυμνάσιο ( $M=3,43$ ,  $SD=3,868$ ), καθώς  $p=0,014<0,05$ . Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι είναι έγγαμοι ( $M=1,49$ ,  $SD=2,312$ ) είναι πολύ χαμηλές σε σχέση με αυτούς που απάντησαν ότι έχουν χηρέψει ( $M=3,62$ ,  $SD=3,793$ ), καθώς  $p=0,011<0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με το επάγγελμα, δηλαδή οι τιμές της κατηγορίας «Οικιακά» ( $M=0,42$ ,  $SD=1,017$ ) είναι ιδιαίτερα χαμηλές σε σχέση με την κατηγορία «Συνταξιούχος» ( $M=2,65$ ,  $SD=3,300$ ), καθώς  $p=0,005<0,05$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται από τα γραφήματα 17, 18 και 19.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Stress	Φύλο	Άνδρας	2,57	3,259	103	0,076
		Γυναίκα	1,49	2,625	45	
Stress	Εκπαίδευση	Κάποιες Τάξεις Δημοτικού	2,93	3,495	28	0,014
		Απόφοιτος(η) Δημοτικού	1,92	2,860	39	
		Γυμνάσιο	3,43	3,868	35	
		Λύκειο	1,24	1,910	42	
		ΤΕΙ / ΑΕΙ	,75	1,500	4	
Stress	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	1,54	1,664	13	0,011
		Έγγαμος (η)	1,49	2,312	65	
		Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση	2,68	3,670	41	
		Χήρος	3,62	3,793	29	
Stress	Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	,90	1,449	10	0,005
		Συνταξιούχος	2,65	3,300	119	
		Οικιακά	,42	1,017	19	

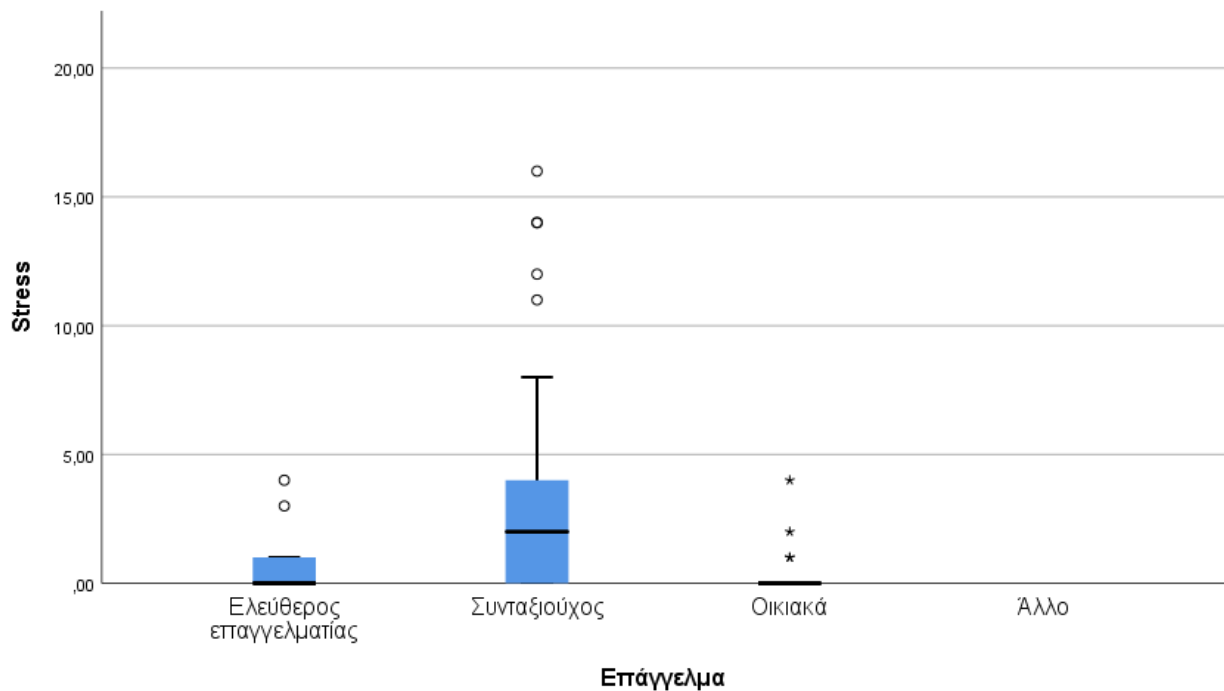
Πίνακας 33. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά



Γράφημα 17



Γράφημα 18

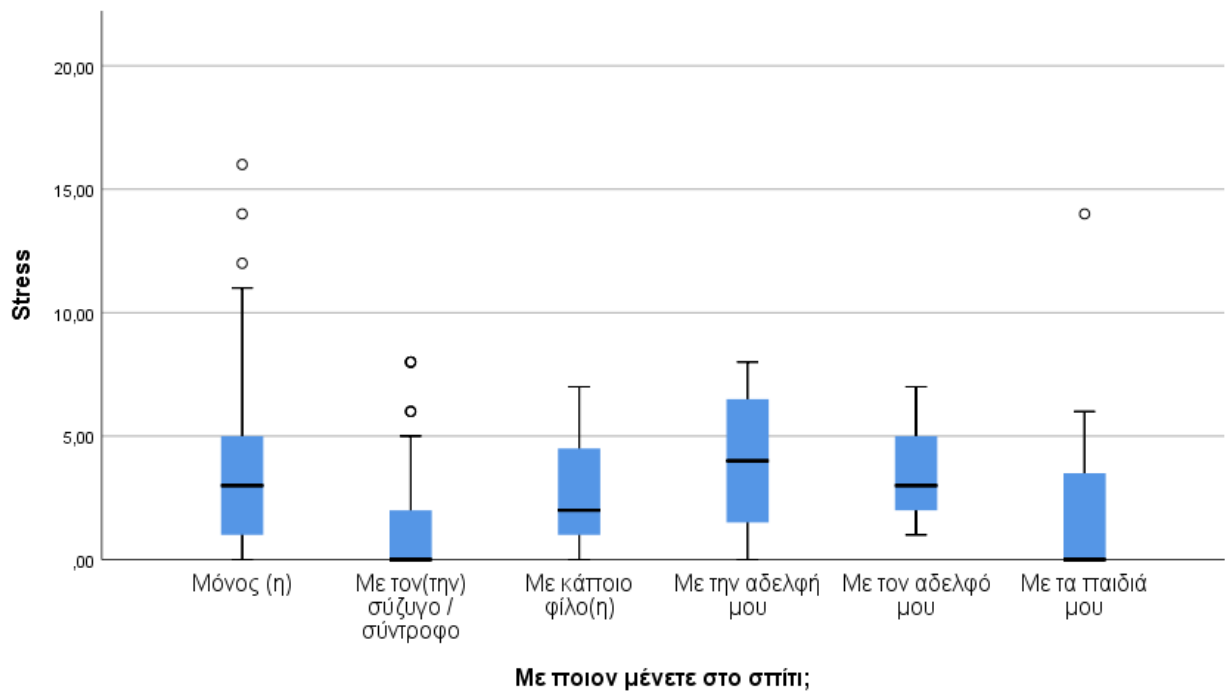


Γράφημα 19

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 34 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» ( $p=0,640$ ), ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που μένουν με τον/την σύζυγο/σύντροφο ( $M=1,42$ ,  $SD=2,156$ ) είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που μένουν μόνοι τους ( $M=3,40$ ,  $SD=3,804$ ) καθώς  $p=0,010 < 0,001$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται στο γράφημα 20.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Stress	Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	2,31	2,955	36	0,640
		Όχι	2,22	3,173	112	
Stress	Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	3,40	3,804	45	0,010
		Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	1,42	2,156	86	
		Με κάποιο φίλο(η)	3,00	3,606	3	
		Με την αδελφή μου	4,00	3,367	4	
		Με τον αδελφό μου	3,67	3,055	3	
		Με τα παιδιά μου	3,00	5,323	7	

Πίνακας 34. Διαφοροποίηση του άγχους ανάλογα με τη διαμονή και το λόγο εργασίας



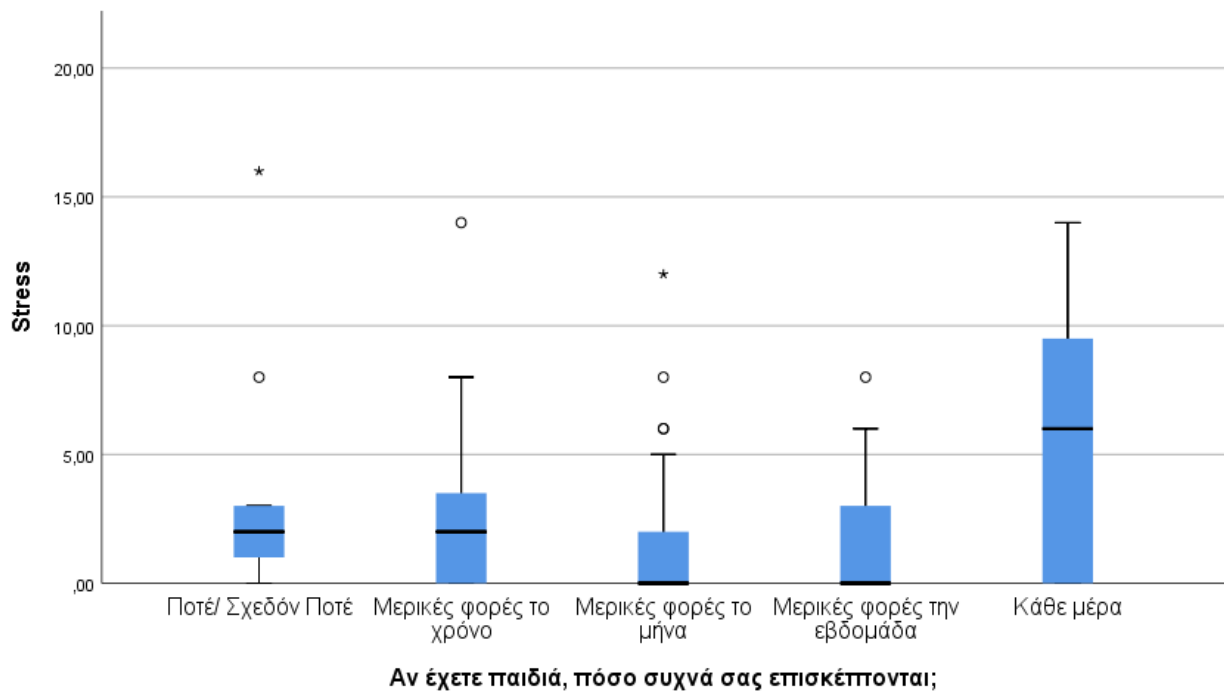
Γράφημα 20

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 35 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;» ( $p=0,082$ ), με την ερώτηση «Πόσα;» ( $p=0,076$ ), με την ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;» ( $0,996$ ), με την ερώτηση «Έχετε εγγόνια;» ( $p=0,715$ ) και με την ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;» ( $p=0,368$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Μερικές φορές το μήνα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Κάθε μέρα» ( $M=5,63$ ,  $SD=5,344$ ), καθώς  $p=0,007<0,05$ . Όμοια, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ / σχεδόν ποτέ» ( $M=9,00$ ,  $SD=9,899$ ), καθώς  $p=0,014<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 35 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 21 και 22.

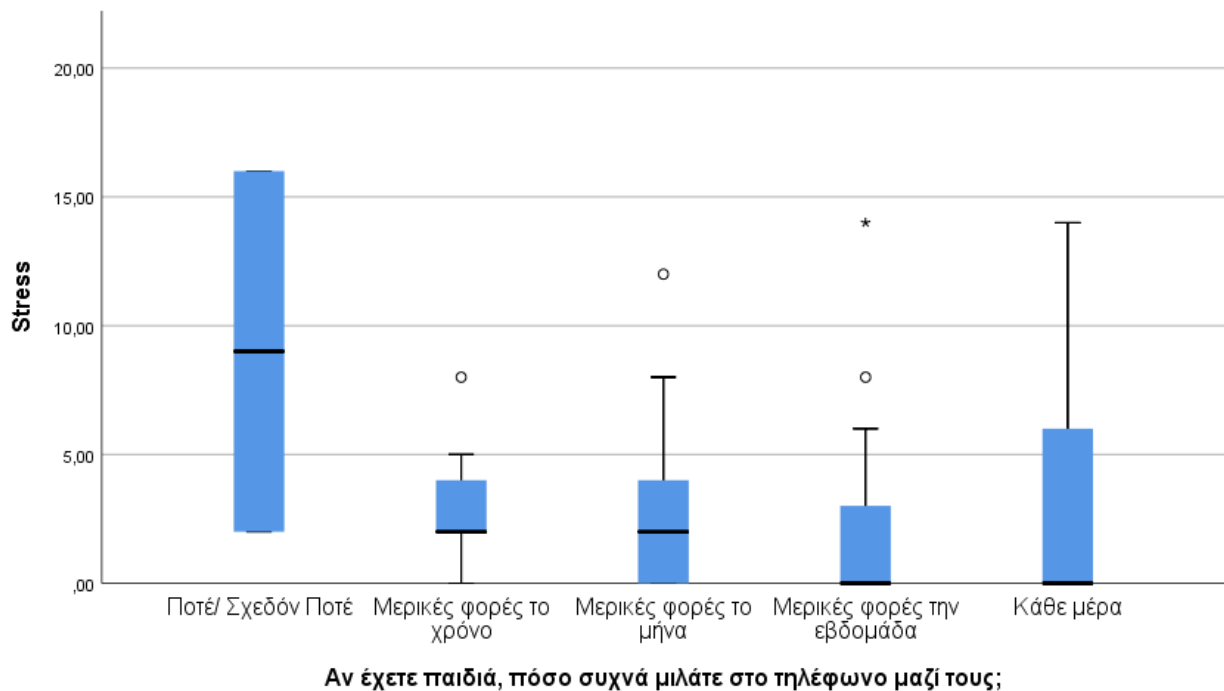
			Mean	Deviation	Valid N	p
Stress	Έχετε παιδιά;	Ναι	2,33	3,243	131	0,082
		Όχι	1,59	1,734	17	
	Πόσα;	1	3,10	3,655	31	0,076
		2	2,71	3,522	62	
		3	1,07	1,856	30	
		4	1,29	1,890	7	
		5	,00	.	1	
	Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	2,03	3,101	64	0,996
		Όχι	2,61	3,371	67	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,67	5,220	9	0,007
		Μερικές φορές το χρόνο	2,67	3,033	40	
		Μερικές φορές το μήνα	1,61	2,498	54	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	1,65	2,455	20	
		Κάθε μέρα	5,63	5,344	8	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	9,00	9,899	2	0,014
		Μερικές φορές το χρόνο	3,00	2,398	9	
		Μερικές φορές το μήνα	2,59	3,105	34	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	1,63	2,519	57	
		Κάθε μέρα	2,72	3,881	29	
	Έχετε εγγόνια;	Ναι	2,23	3,238	118	0,715
		Όχι	2,30	2,602	30	
	Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,15	4,451	13	0,368
		Μερικές φορές το χρόνο	1,94	2,667	52	
		Μερικές φορές το μήνα	1,79	2,508	34	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	2,64	3,880	11	
		Κάθε μέρα	3,88	5,643	8	

Πίνακας 35. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με τα παιδιά και τη σχέση τους





Γράφημα 21



Γράφημα 22

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 36 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Είχατε φίλους;» ( $p=-$ ), με την ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;» ( $p=0,391$ ) και με την ερώτηση «Αν

ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;» ( $p=0,197$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 36.

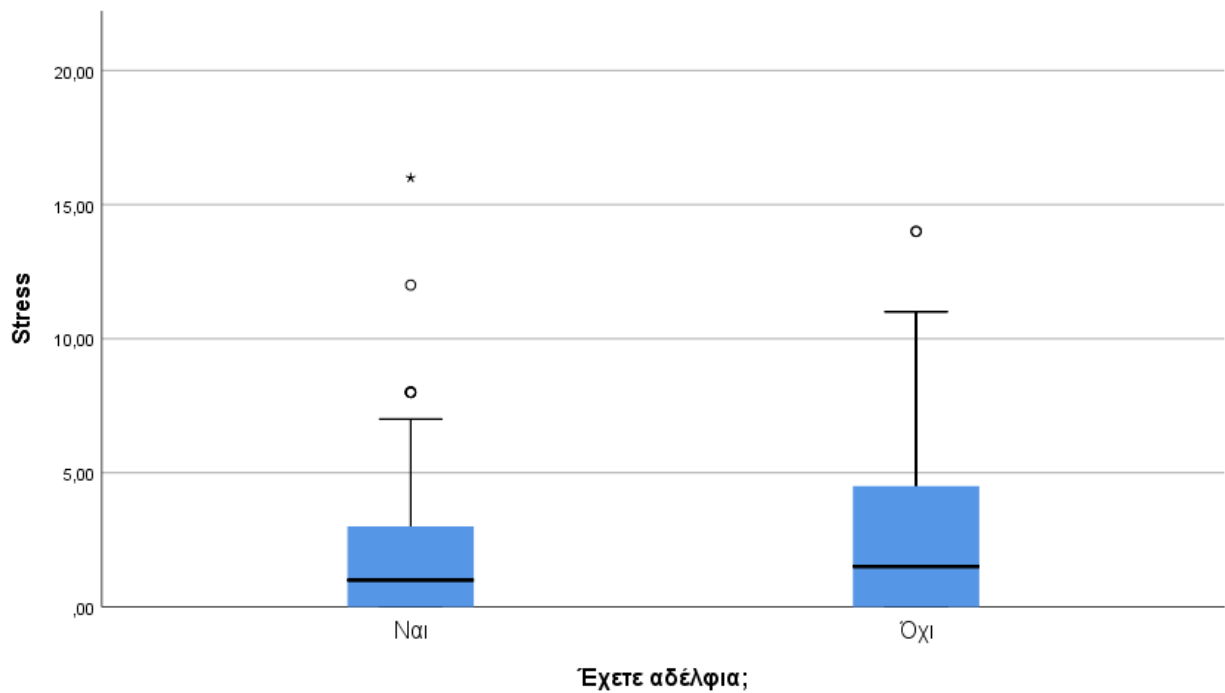
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Stress	Είχατε φίλους;	Ναι	2,24	3,112	148	0,391
	Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	1,86	2,862	111	
		Όχι	3,38	3,570	37	
Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;		Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,00	3,521	6	0,197
		Μερικές φορές το χρόνο	3,69	4,250	13	
		Μερικές φορές το μήνα	2,66	3,198	44	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	1,58	2,892	52	
		Κάθε μέρα	1,94	3,172	17	

Πίνακας 36. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με τους φίλους

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 37 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Πόσα;» ( $p=0,861$ ), με την πρόταση «Σειρά γέννησής σας;» (0,663), με την ερώτηση «Έχετε αδελφή;» ( $p=0,203$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφό;» ( $p=0,475$ ), με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» ( $p=0,900$ ) και με την ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;» ( $p=0,621$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερη τιμές ( $M=3,11$ ,  $SD=4,157$ ), καθώς  $p=0,020 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 37 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 23.

			<u>Mean</u>	<u>Standard Deviation</u>	<u>Valid N</u>	<u>p</u>
<u>Stress</u>	Έχετε αδέρφια;	Ναι	2,04	2,797	120	0,020
		Όχι	3,11	4,157	28	
	Πόσα;	1	2,20	3,069	71	0,861
		2	1,88	2,434	33	
		3	1,93	2,336	14	
		4	,00	.	1	
		5	,00	.	1	
		7	,00	.	1	
	Σειρά γέννησής σας:	1	2,07	2,793	69	0,663
		2	1,86	2,730	37	
		3	3,00	3,640	9	
		4	1,50	1,915	4	
		6	,00	,000	2	
	Έχετε αδελφή;	Ναι	1,92	2,392	85	0,203
		Όχι	2,28	3,591	36	
	Έχετε αδελφό;	Ναι	2,03	3,076	68	0,475
		Όχι	2,02	2,406	53	
	Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	2,02	2,646	89	0,900
		Όχι	2,31	4,231	13	
		Όχι με όλα	1,84	2,387	19	
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	2,22	3,040	130	0,621	
	Όχι	2,39	3,680	18		

Πίνακας 37. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με τα αδέρφια και τη συχνότητα επικοινωνίας



*Γράφημα 23*

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 38 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;» ( $p=0,189$ ), με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;» ( $p=0,684$ ) και με την ερώτηση «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;» ( $p=0,125$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 38.

			<u>Mean</u>	<u>Standard Deviation</u>	<u>Valid N</u>	<u>p</u>
<u>Stress</u>	Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	1,62	2,894	74	0,189
		Όχι	2,89	3,230	73	
	Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	2,07	3,170	95	0,684
		Όχι	2,55	3,010	53	
	Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	2,43	3,367	47	0,125
		Όχι	2,16	2,999	101	

*Πίνακας 38. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με τις διαπροσωπικές σχέσεις*

Από τους έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 39 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ποιοι είναι;» ( $p=0,829$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 39.

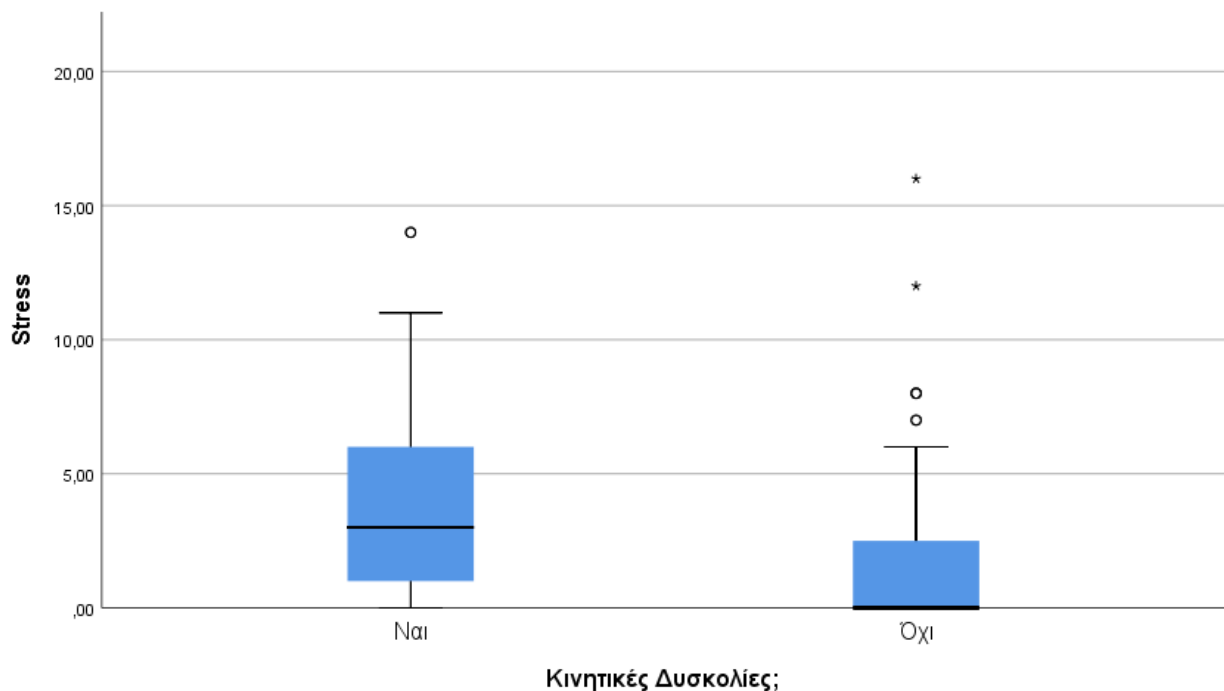
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Stress	Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	4,00	1,414	2	0,829
		Αδελφός	3,67	3,055	3	
		Ανίψια	5,00	.	1	
		Γιός	,00	.	1	
		Εγγόνια	5,50	7,778	2	
		Κόρη	2,50	2,780	12	
		Παιδιά	1,78	4,604	9	
		Σύζυγος	2,57	3,005	14	
		Φίλοι	,50	,707	2	

Πίνακας 39. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με τα συγγενικά πρόσωπα

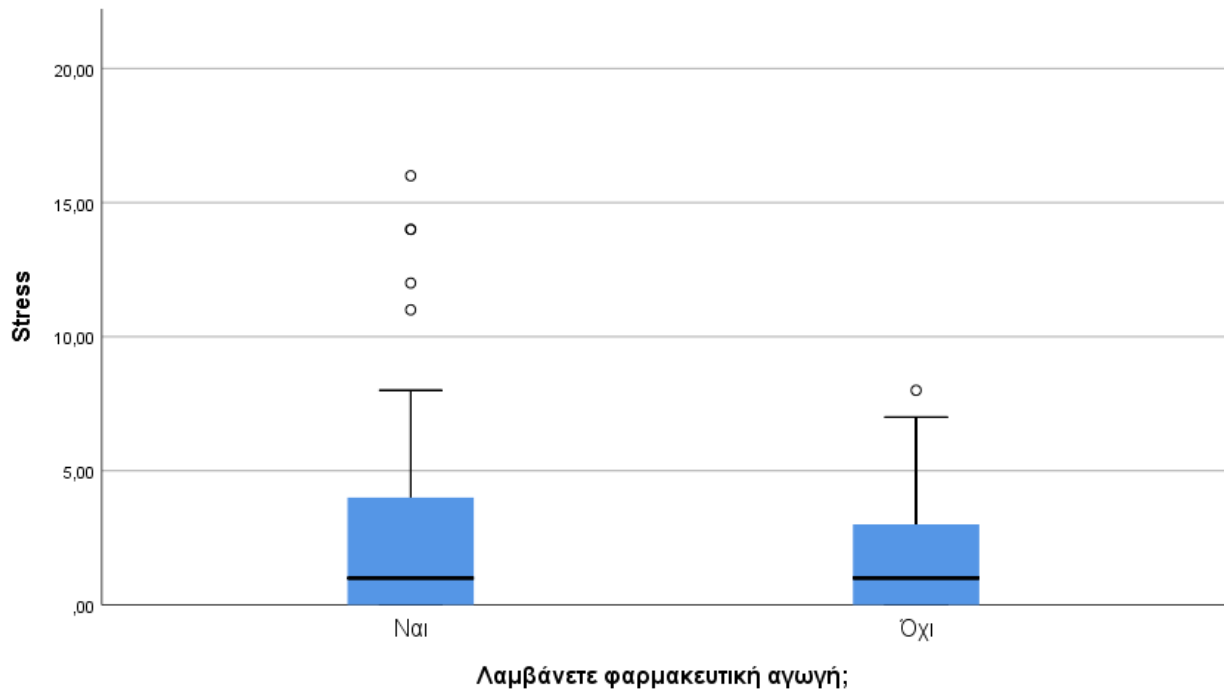
Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 40 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;» ( $p=0,686$ ), με την ερώτηση «Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;» ( $p=0,456$ ), με την ερώτηση «Προσέχετε την διατροφή σας;» ( $p=0,118$ ) και με την ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;» ( $p=0,463$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Κινητικές Δυσκολίες;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=3,72$ ,  $SD=3,693$ ), καθώς  $p=0,008<0,05$ . Επίσης, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=2,57$ ,  $SD=3,441$ ), καθώς  $p=0,022<0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=2,42$ ,  $SD=3,267$ ), καθώς  $p=0,030<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 40 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 24, 25 και 26.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Stress	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	2,33	3,128	96	0,686
		Όχι	2,08	3,105	52	
	Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	3,72	3,693	40	0,008
		Όχι	1,69	2,684	108	
	Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	2,78	3,078	41	0,535
		Όχι	2,04	3,114	107	
	Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	2,57	3,441	99	0,022
		Όχι	1,59	2,198	49	
	Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	3,18	3,340	17	0,070
		Μέτρια	2,41	3,320	99	
		Πολύ	1,22	1,913	32	
	Προσέχετε την άσκησή σας;	Όχι	2,47	3,258	100	0,102
		Μέτρια	2,19	2,998	37	
		Πολύ	,36	,674	11	
	Κάνετε διακοπές;	Ναι	1,36	2,018	25	0,030
		Όχι	2,42	3,267	123	

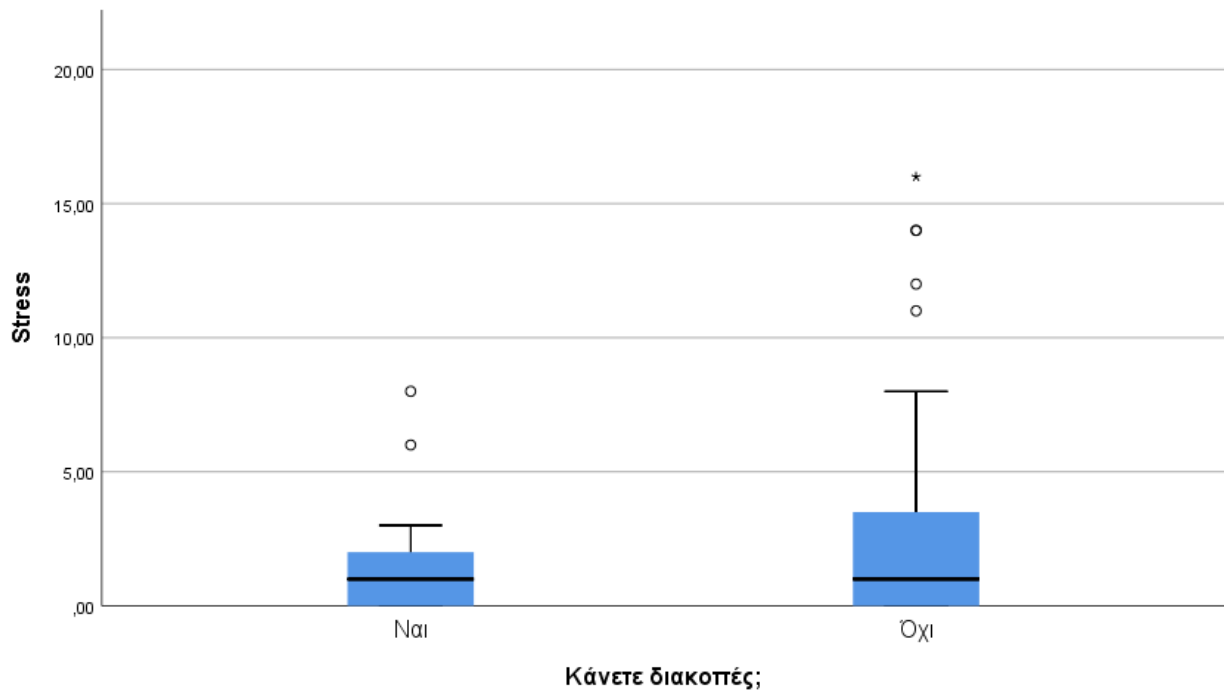
Πίνακας 40. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με την υγεία και τις συνήθειες



Γράφημα 24



Γράφημα 25



Γράφημα 26

Από τους ελέγχους t του πίνακα 41 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας στρες ανάλογα με ψάρεμα ( $p=0,406$ ) και με το περπάτημα ( $p=0,364$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 41.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
Stress	Ψάρεμα	Όχι	2,29	3,136	141	0,406
		Ναι	1,29	2,563	7	
	Περπάτημα	Όχι	2,49	2,974	69	0,364
		Ναι	2,03	3,230	79	

Πίνακας 41. Διαφοροποίηση του στρες ανάλογα με το ψάρεμα και το περπάτημα.

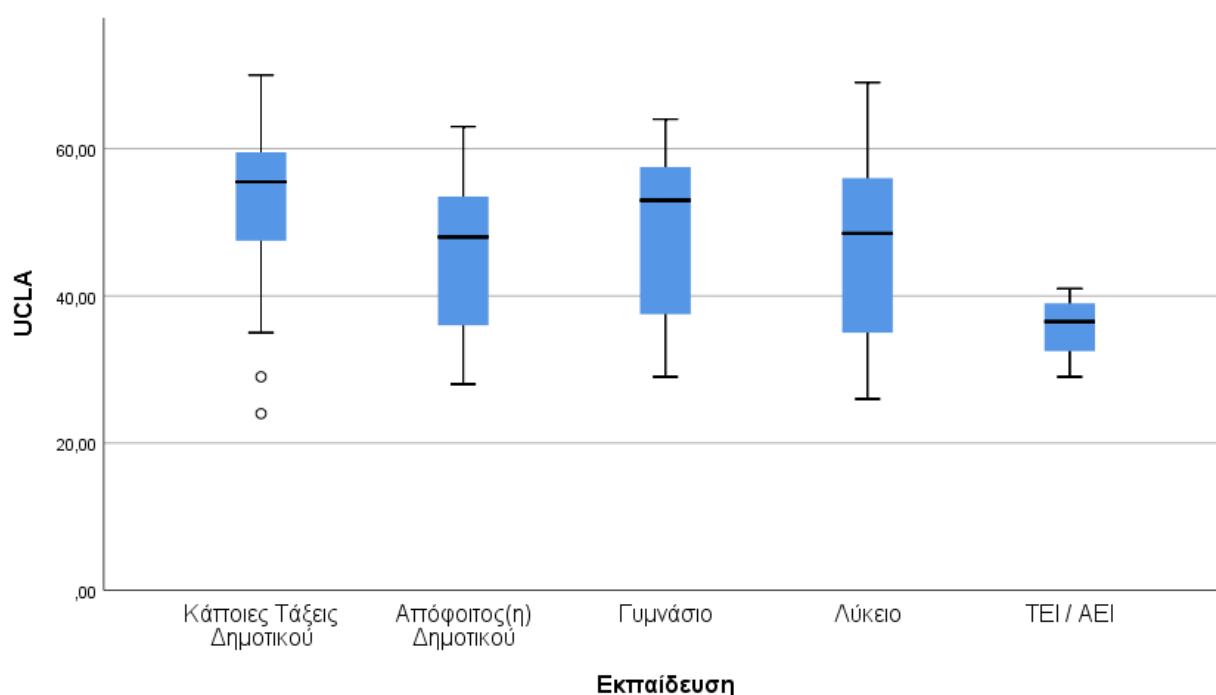
### Διαφοροποιήσεις της Μοναξιάς ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 42 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με το φύλο ( $p=0,755$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την εκπαίδευση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι φοίτησαν σε ΤΕΙ/ΑΕΙ ( $M=35,75$ ,  $SD=4,992$ ) είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που φοίτησαν σε κάποιες τάξεις του Δημοτικού ( $M=52,36$ ,  $SD=10,654$ ) καθώς  $p=0,012<0,05$ . Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι είναι έγγαμοι ( $M=1,49$ ,  $SD=2,312$ ) είναι πολύ χαμηλές σε σχέση με τις άλλες τρεις, δηλαδή με αυτούς που απάντησαν ότι είναι άγαμοι ( $M=52,31$ ,  $SD=7,409$ ), διαζευγμένοι/ σε διάσταση ( $M=51,17$ ,  $SD=11,247$ ) και έχουν χηρέψει ( $M=51,76$ ,  $SD=10,178$ ), καθώς  $p<0,001$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με το επάγγελμα, δηλαδή οι τιμές της κατηγορίας «Οικιακά» ( $M=40,42$ ,  $SD=9,465$ ) είναι ιδιαίτερα χαμηλές σε σχέση με την κατηγορία «Συνταξιούχος;» ( $M=48,55$ ,  $SD=11,204$ ), καθώς  $p=0,011<0,05$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται από τα γραφήματα 27, 28 και 29.

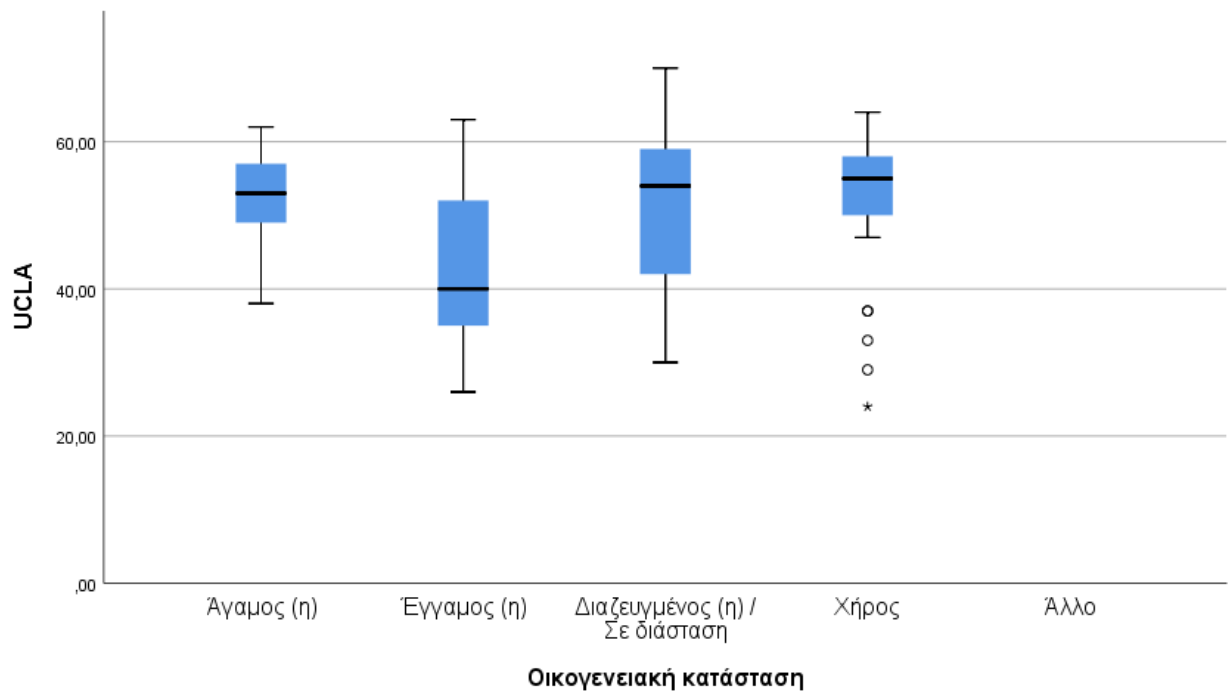


			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Φύλο	Άνδρας	48,20	11,397	103	0,755
		Γυναίκα	46,09	10,753	45	
	Εκπαίδευση	Κάποιες Τάξεις Δημοτικού	52,36	10,654	28	0,012
		Απόφοιτος(η) Δημοτικού	45,36	10,584	39	
		Γυμνάσιο	49,29	10,717	35	
		Λύκειο	46,10	11,676	42	
		ΤΕΙ / ΑΕΙ	35,75	4,992	4	
	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	52,31	7,409	13	0,000
		Έγγαμος (η)	42,46	10,255	65	
		Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση	51,17	11,247	41	
		Χήρος	51,76	10,350	29	
	Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	49,40	10,178	10	0,011
		Συνταξιούχος	48,55	11,204	119	
		Οικιακά	40,42	9,465	19	

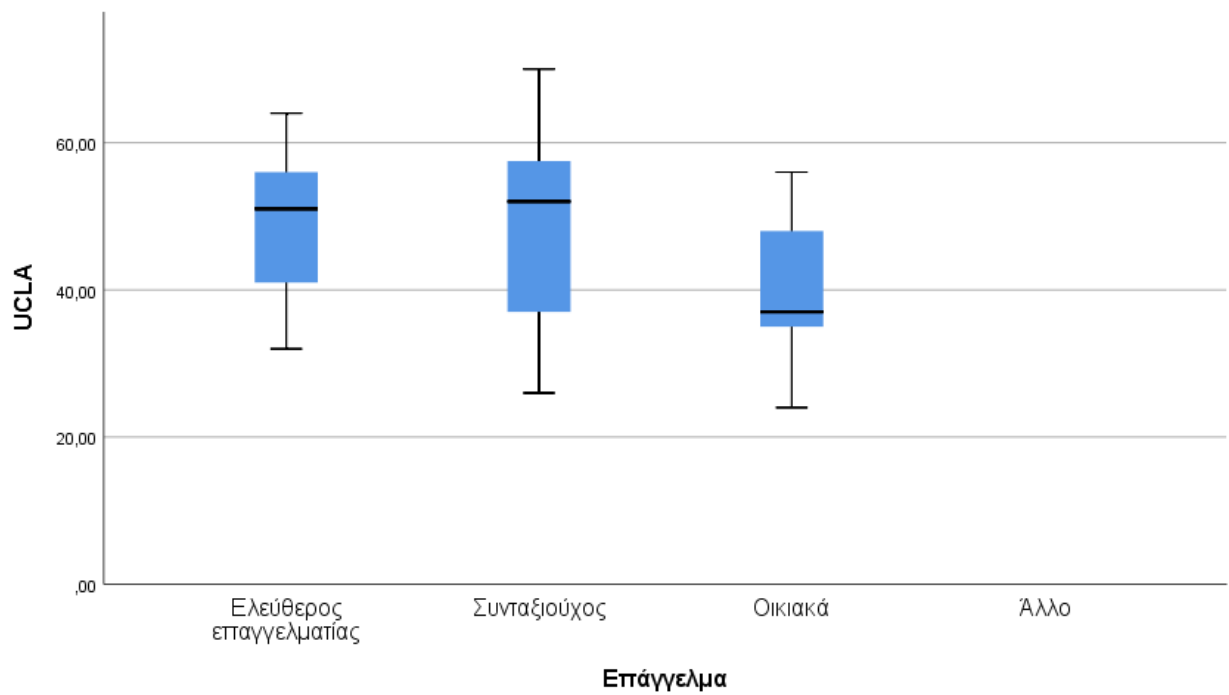
Πίνακας 42. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά



Γράφημα 27



Γράφημα 28

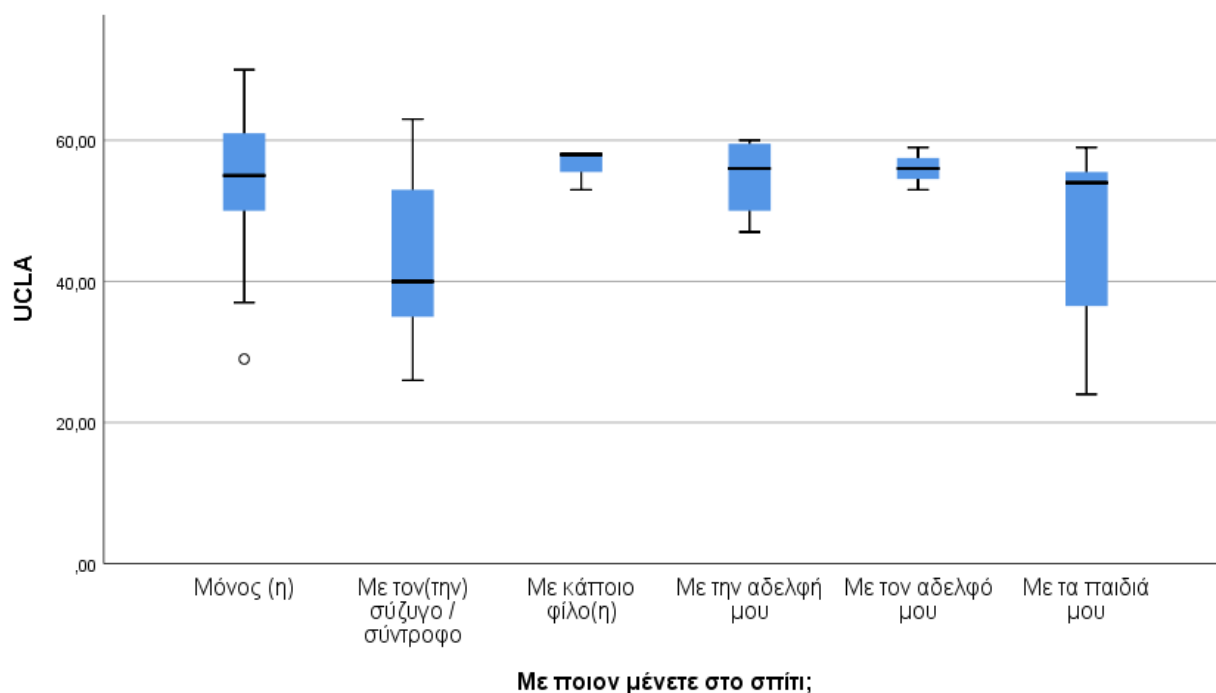


Γράφημα 29

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 43 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» ( $p=0,456$ ), ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που μένουν με τον/την σύζυγο/σύντροφο ( $M=43,06$ ,  $SD=10,632$ ) είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που μένουν μόνοι τους ( $M=54,64$ ,  $SD=8,219$ ) καθώς  $p<0,001$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται στο γράφημα 30.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	47,28	10,413	36	0,456
		Όχι	47,65	11,499	112	
UCLA	Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	54,64	8,219	45	0,000
		Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	43,06	10,632	86	
		Με κάποιο φίλο(η)	56,33	2,887	3	
		Με την αδελφή μου	54,75	6,021	4	
		Με τον αδελφό μου	56,00	3,000	3	
		Με τα παιδιά μου	45,86	13,409	7	

Πίνακας 43. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με τη διαμονή και το λόγο εργασίας



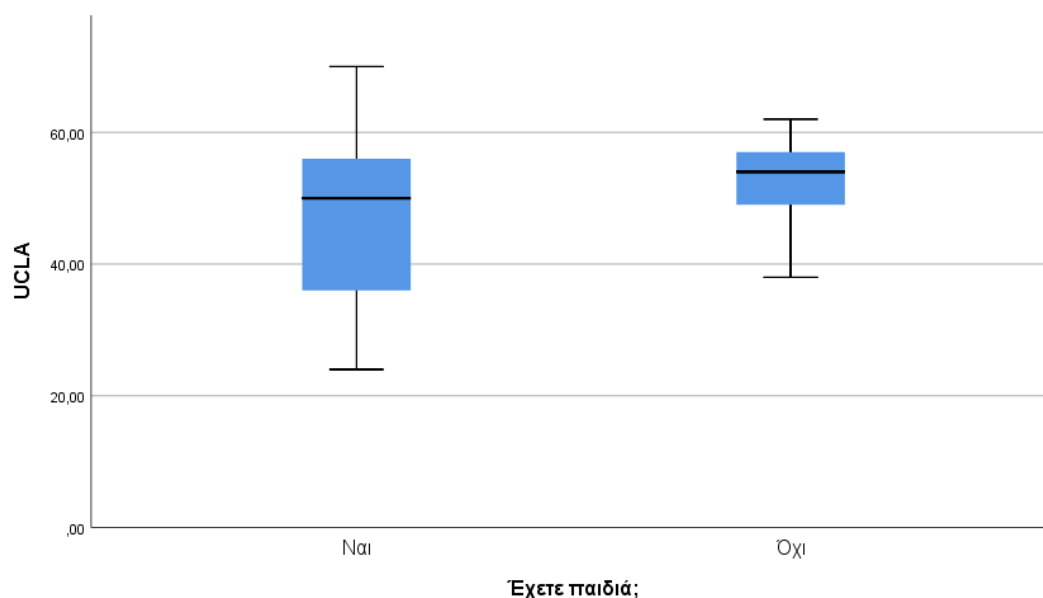
Γράφημα 30

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 44 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;» (0,153). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές (M=46,86, SD=11,482), καθώς  $p < 0,001$ . Στην συνέχεια, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Πόσα;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι έχουν 3 παιδιά έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους απάντησαν ότι έχουν 1 παιδί (M=51,87, SD=10,132), καθώς  $p = 0,001 < 0,05$ . Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» (M=58,67, SD=6,633), καθώς  $p < 0,001$ . Όμοια, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» (M=62,00, SD=11,314), καθώς  $p < 0,001$ . Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε εγγόνια;», όπου περισσότεροι ήταν οι συμμετέχοντες που απάντησαν θετικά (M=46,49, SD=11,599), καθώς  $p = 0,002 < 0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» (M=58,23, SD=7,213), καθώς  $p < 0,001$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 44 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 31, 32, 33, 34, 35 και 36.

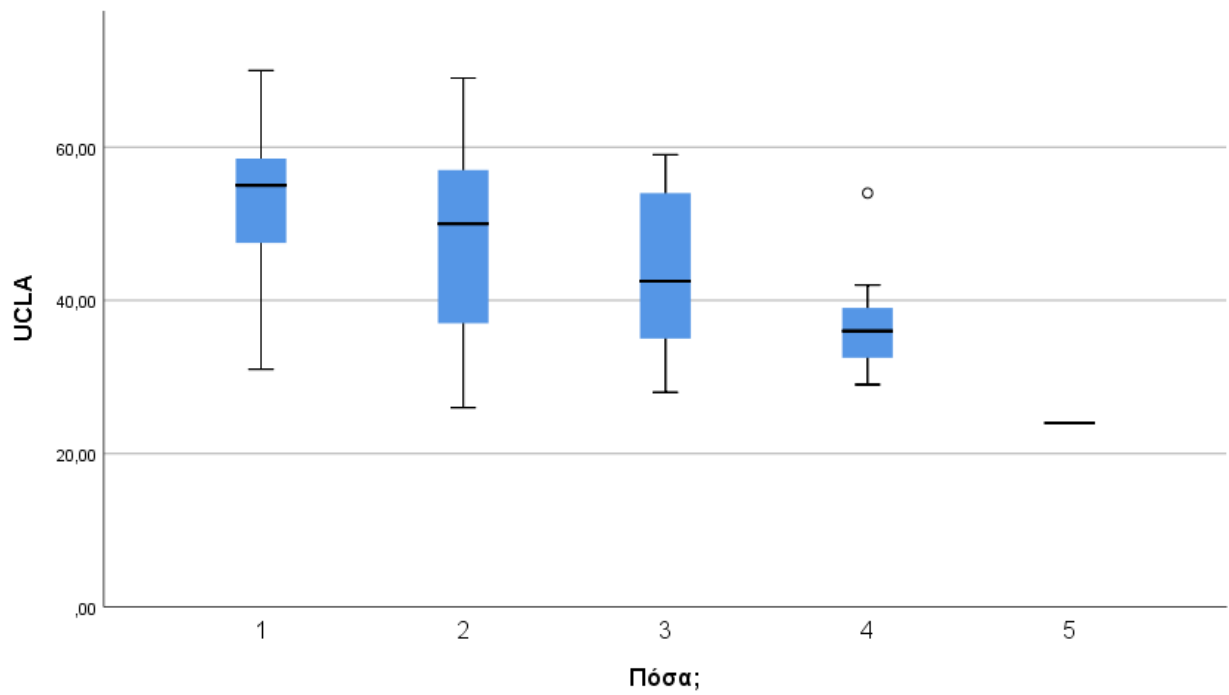
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Έχετε παιδιά;	Ναι	46,86	11,482	131	0,000
		Όχι	52,94	6,995	17	
	Πόσα;	1	51,87	10,132	31	0,001
		2	47,44	11,635	62	
		3	43,47	10,305	30	
		4	37,43	8,482	7	
		5	24,00	.	1	
	Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	44,28	11,528	64	0,153
		Όχι	49,33	10,962	67	

Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	58,67	6,633	9	0,000
	Μερικές φορές το χρόνο	50,38	9,726	40	
	Μερικές φορές το μήνα	45,24	11,277	54	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	39,55	9,736	20	
	Κάθε μέρα	45,25	15,002	8	
Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	62,00	11,314	2	0,000
	Μερικές φορές το χρόνο	55,56	8,308	9	
	Μερικές φορές το μήνα	52,47	8,774	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	44,98	10,791	57	
	Κάθε μέρα	40,24	11,519	29	
Έχετε εγγόνια;	Ναι	46,49	11,599	118	0,002
	Όχι	51,77	8,447	30	
Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	58,23	7,213	13	0,000
	Μερικές φορές το χρόνο	48,67	10,448	52	
	Μερικές φορές το μήνα	43,41	10,793	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	39,27	12,092	11	
	Κάθε μέρα	36,25	8,190	8	

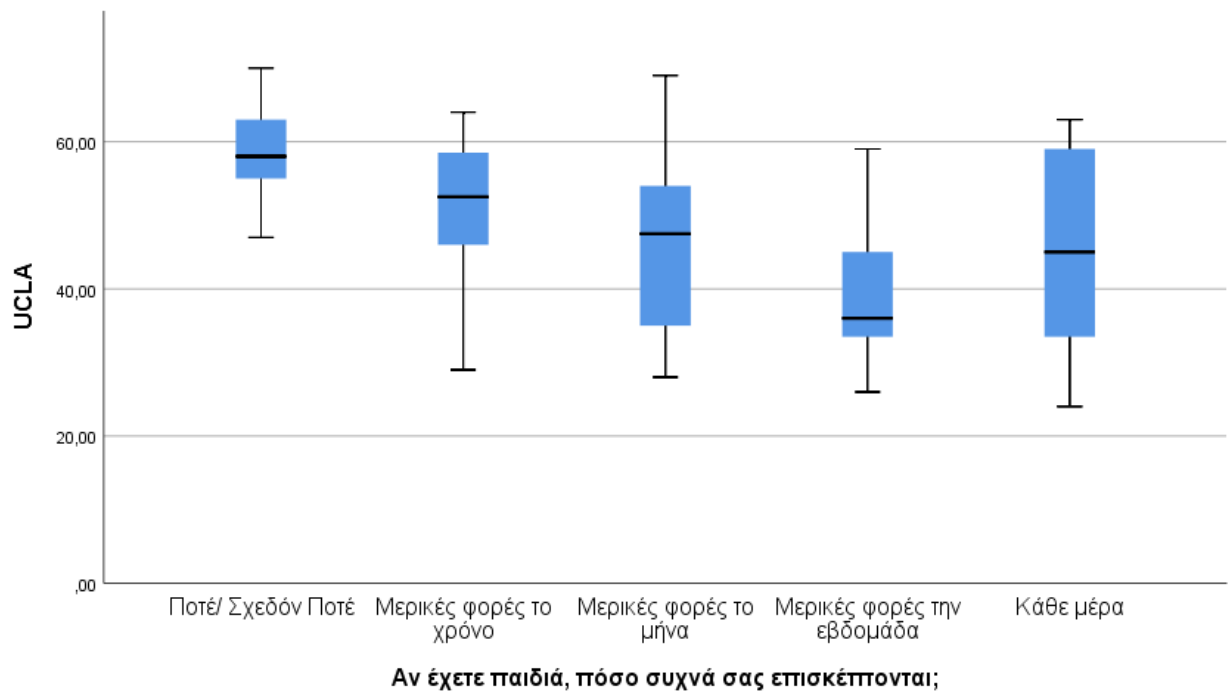
Πίνακας 44. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με τα παιδιά και τη συχνότητα επικοινωνίας



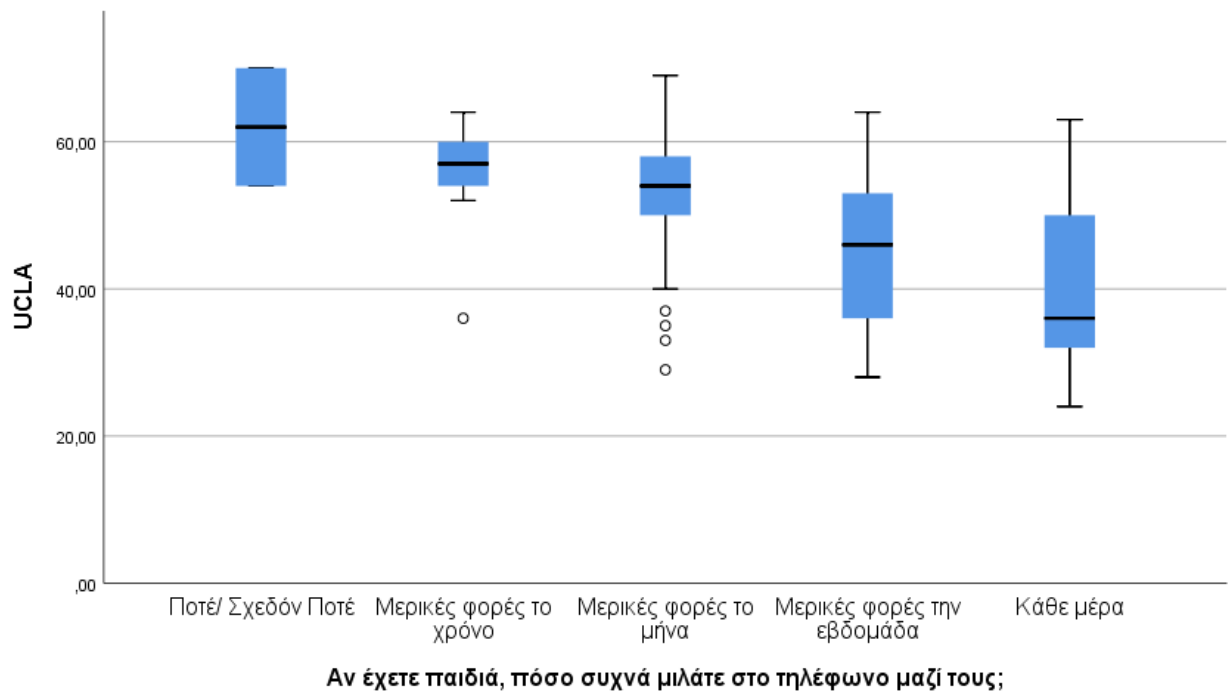
Γράφημα 31



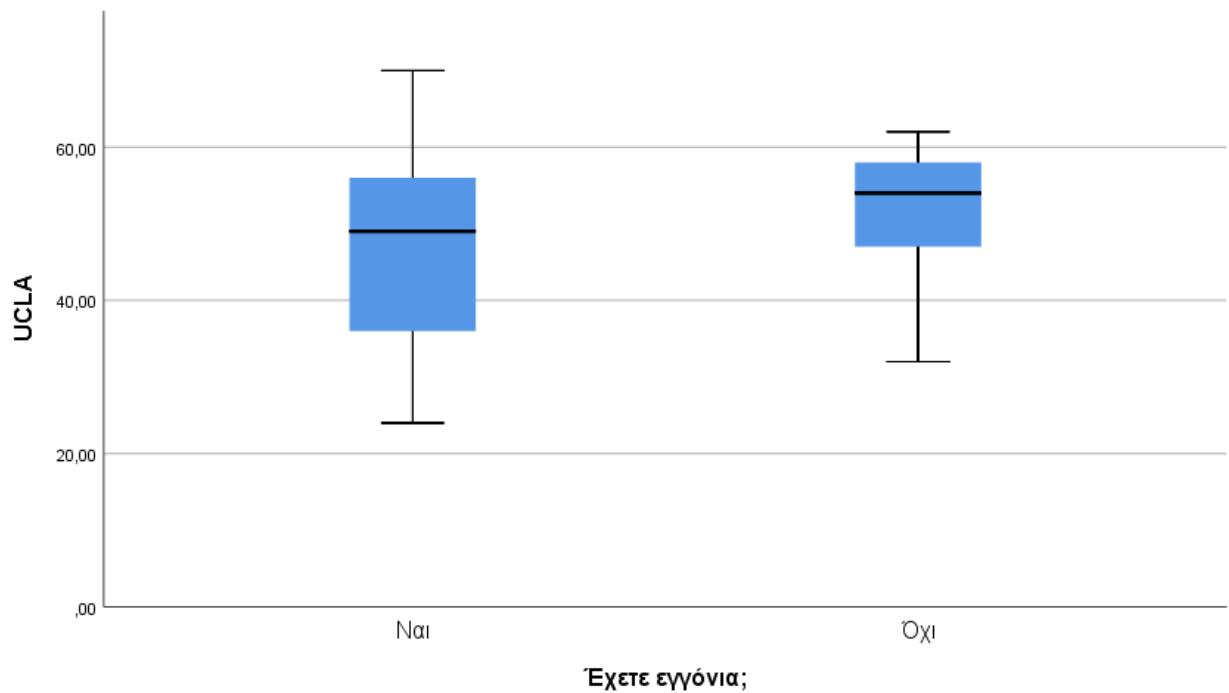
Γράφημα 32



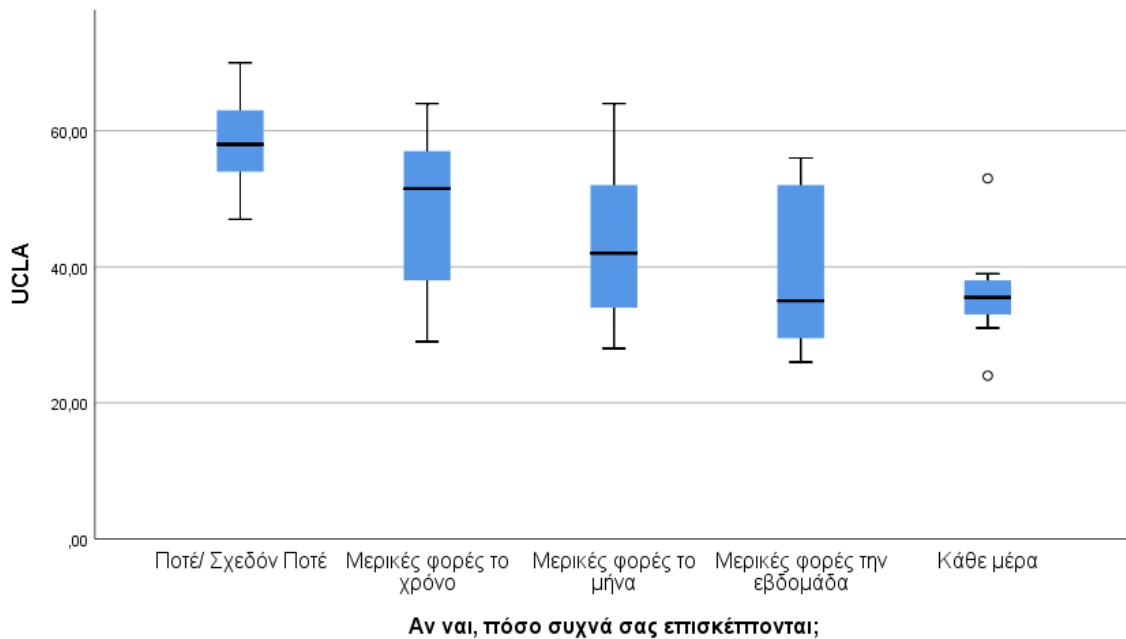
Γράφημα 33



Γράφημα 34



Γράφημα 35



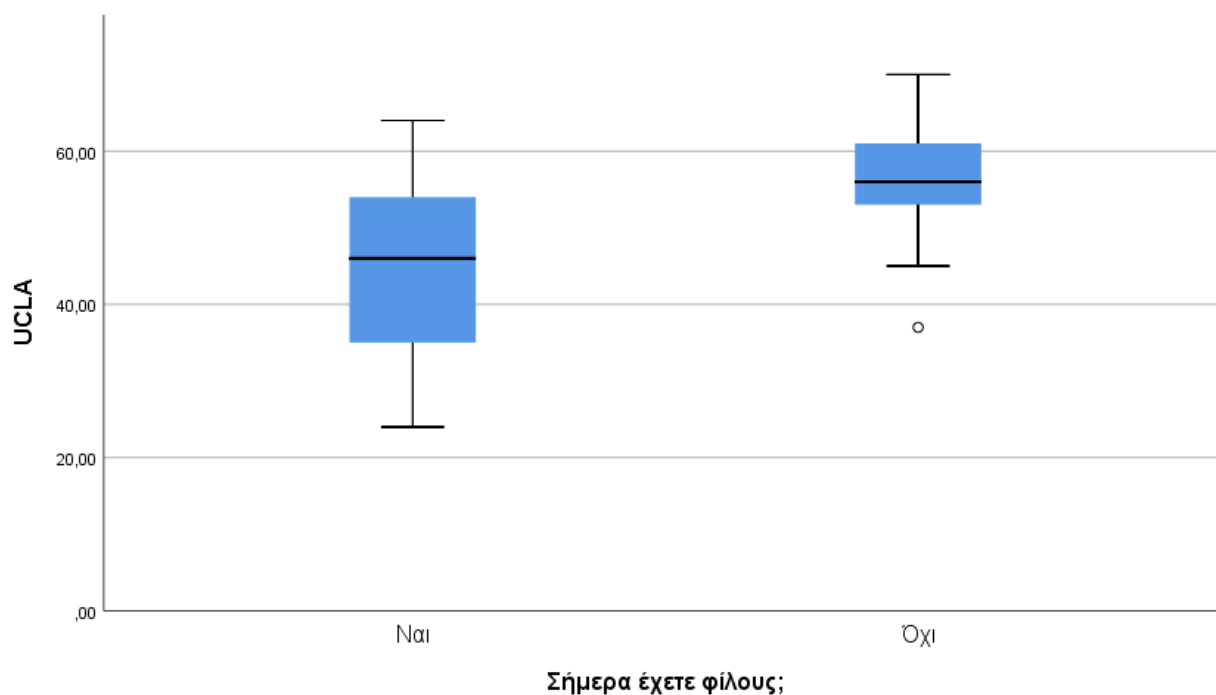
Γράφημα 36

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 45 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;», όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά ( $M=44,41$ ,  $SD=10,729$ ), καθώς  $p<0,001$ . Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Μερικές φορές το χρόνο» ( $M=58,54$ ,  $SD=5,724$ ), καθώς  $p<0,001$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 45 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 37 και 38.

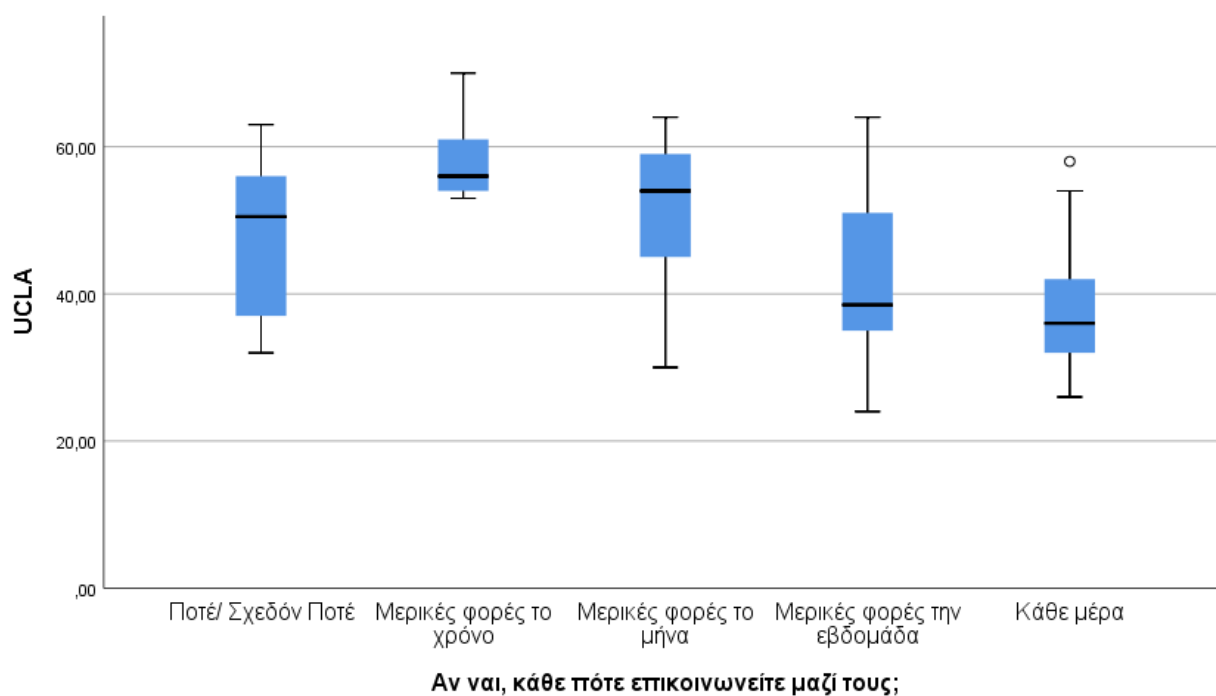


			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Είχατε φίλους;	Ναι	47,56	11,211	148	0,000
	Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	44,41	10,729	111	
		Όχι	57,00	6,276	37	
	Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	48,17	11,856	6	0,000
		Μερικές φορές το χρόνο	58,54	5,724	13	
		Μερικές φορές το μήνα	51,14	10,011	44	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	42,08	10,009	52	
		Κάθε μέρα	39,24	9,737	17	

Πίνακας 45. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με τους φίλους



Γράφημα 37

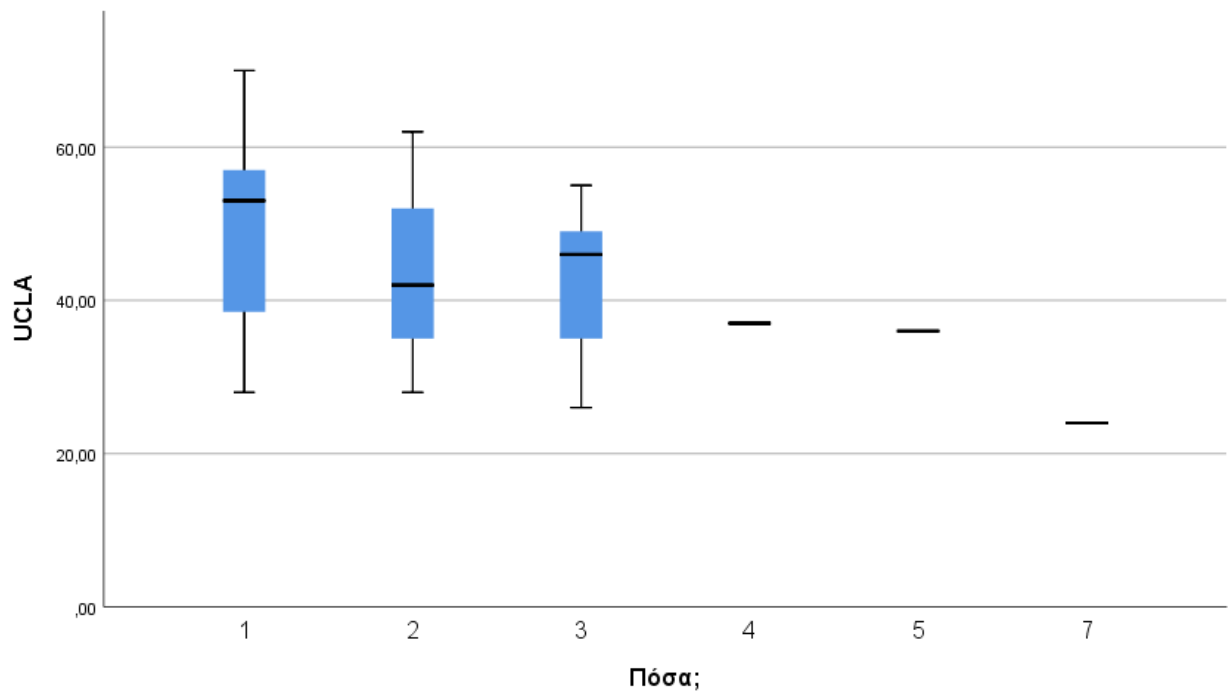


Γράφημα 38

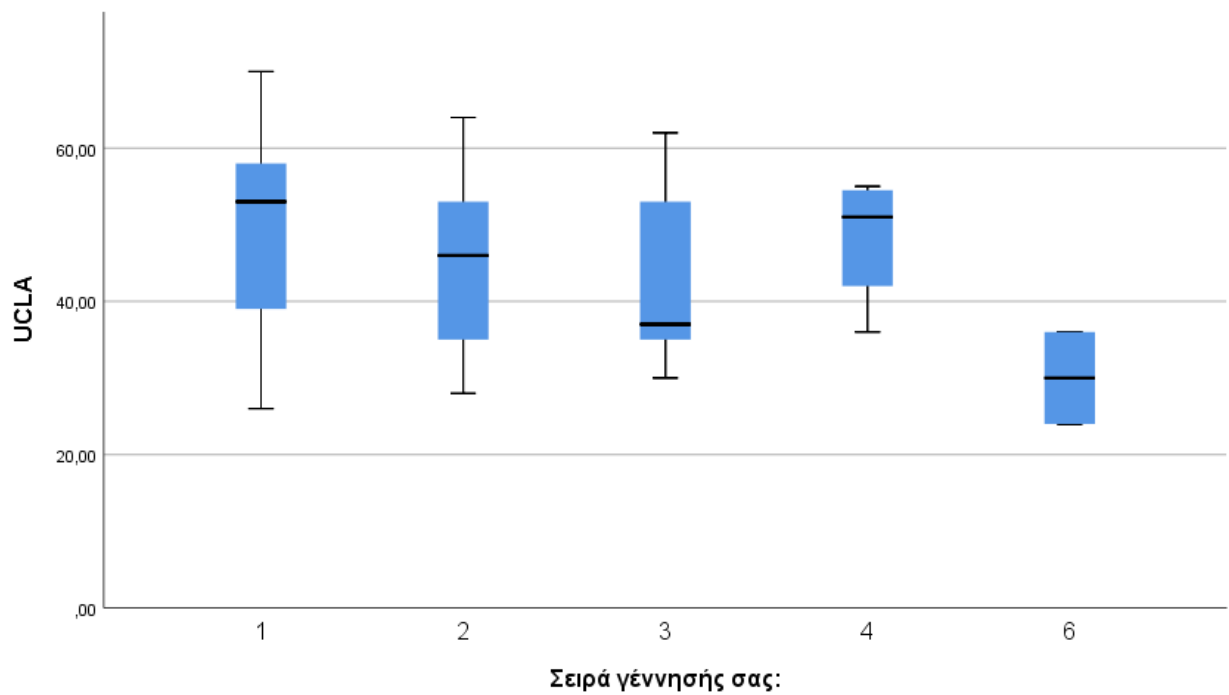
Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 46 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;» ( $p=0,051$ ), «Έχετε αδελφή;» ( $p=0,978$ ), και με την ερώτηση «Έχετε αδελφός;» ( $p=0,450$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Πόσα;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι έχουν 3 παιδιά έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που έχουν ένα παιδί ( $M=49,21$ ,  $SD=11,107$ ), καθώς  $p=0,017<0,05$ . Επίσης, διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την σειρά γέννησης, όπου οι συμμετέχοντες που έχουν σειρά γέννησης 6 έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που έχουν σειρά γέννησης 1 ( $M=48,96$ ,  $SD=11,229$ ), καθώς  $p=0,024<0,05$ . Στην συνέχεια, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;», όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά ( $M=45,51$ ,  $SD=10,950$ ), καθώς  $p=0,008<0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;», όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά ( $M=47,91$ ,  $SD=10,904$ ), καθώς  $p=0,033<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 46 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 39, 40, 41 και 42.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Έχετε αδέρφια;	Ναι	46,46	11,280	120	0,051
		Όχι	52,29	9,744	28	
	Πόσα;	1	49,21	11,107	71	0,017
		2	43,82	10,847	33	
		3	42,43	9,337	14	
		4	37,00	.	1	
		5	36,00	.	1	
		7	24,00	.	1	
		Σειρά γέννησής σας:	1	48,96	11,229	
2	43,43		10,434	37		
3	43,67		11,424	9		
4	48,25		8,732	4		
6	30,00		8,485	2		
Έχετε αδελφή;	Ναι	45,85	11,290	85	0,978	
	Όχι	48,17	11,198	36		
Έχετε αδελφό;	Ναι	45,46	11,347	68	0,450	
	Όχι	47,92	11,115	53		
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	45,51	10,950	89	0,008	
	Όχι	55,62	8,874	13		
	Όχι με όλα	45,16	11,862	19		
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	47,91	10,904	130	0,033	
	Όχι	45,06	13,304	18		

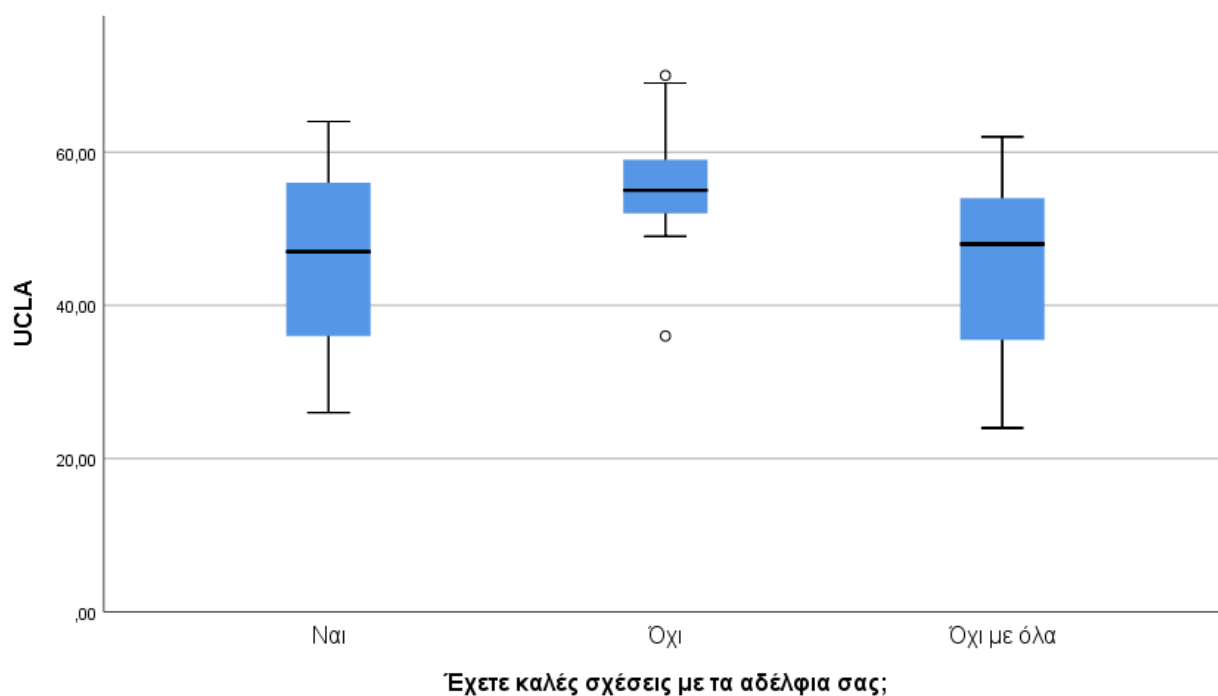
Πίνακας 46. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με τα αδέρφια και τη συχνότητα επικοινωνίας



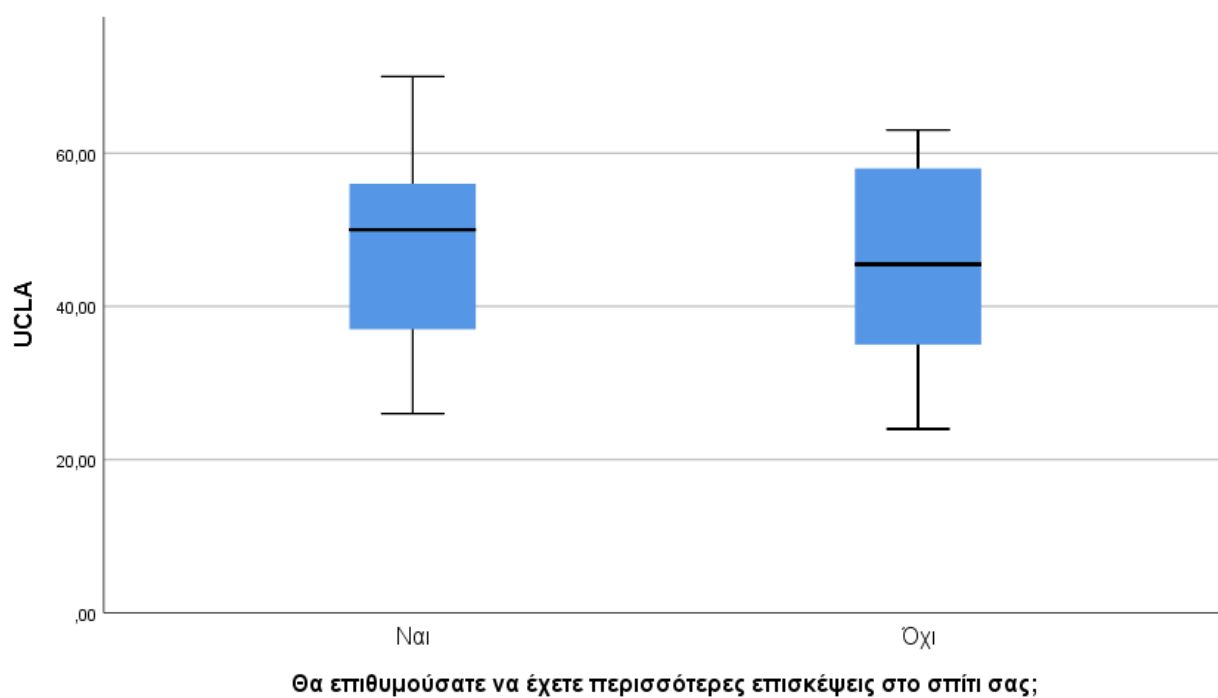
Γράφημα 39



Γράφημα 40



Γράφημα 41



Γράφημα 42

Από τους ελέγχους  $t$  του πίνακα 47 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την γειτονιά σας;» ( $p=0,052$ ) και με την ερώτηση «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις

καθημερινές σας ανάγκες;» ( $p=0,672$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=51,84$ ,  $SD=9,728$ ), καθώς  $p=0,003<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 47.

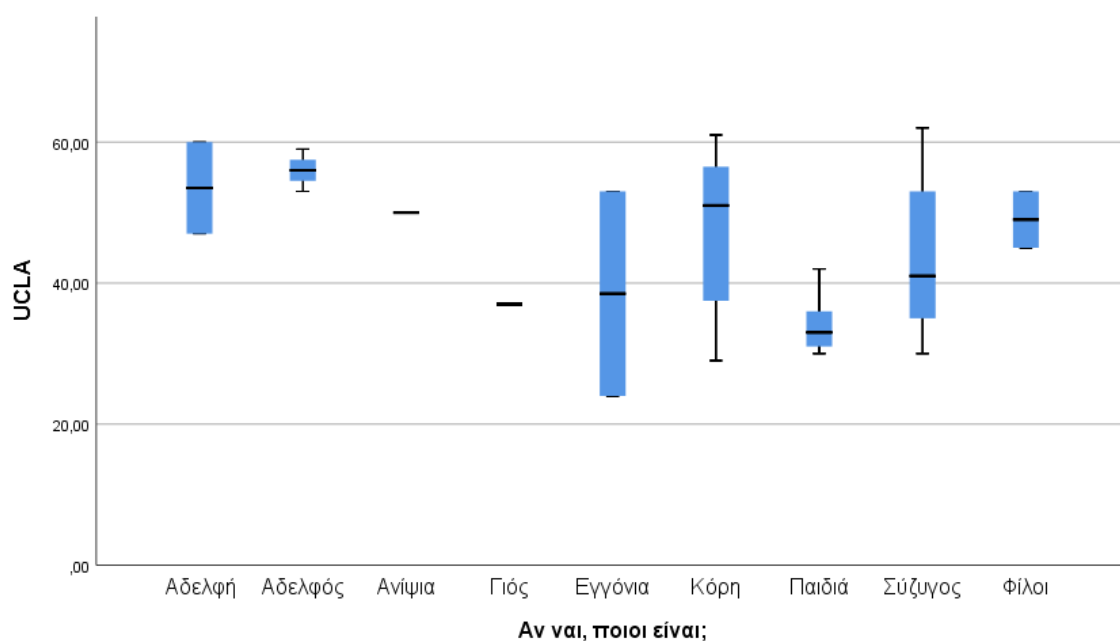
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	43,47	11,104	74	0,003
		Όχι	51,84	9,728	73	
	Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	45,28	11,137	95	0,052
		Όχι	51,64	10,230	53	
	Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	43,64	10,799	47	0,672
		Όχι	49,39	10,978	101	

Πίνακας 47. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με τις διαπροσωπικές σχέσεις

Από τους έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 48 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ποιοι είναι;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Παιδιά» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Αδελφός» ( $M=56,00$ ,  $SD=3,00$ ), καθώς  $p=0,030<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 48 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 43.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	53,50	9,192	2	0,030
		Αδελφός	56,00	3,000	3	
		Ανίψια	50,00	.	1	
		Γιός	37,00	.	1	
		Εγγόνια	38,50	20,506	2	
		Κόρη	47,67	11,106	12	
		Παιδιά	34,11	3,983	9	
		Σύζυγος	43,93	10,528	14	
		Φίλοι	49,00	5,657	2	

Πίνακας 48. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με το συγγενή

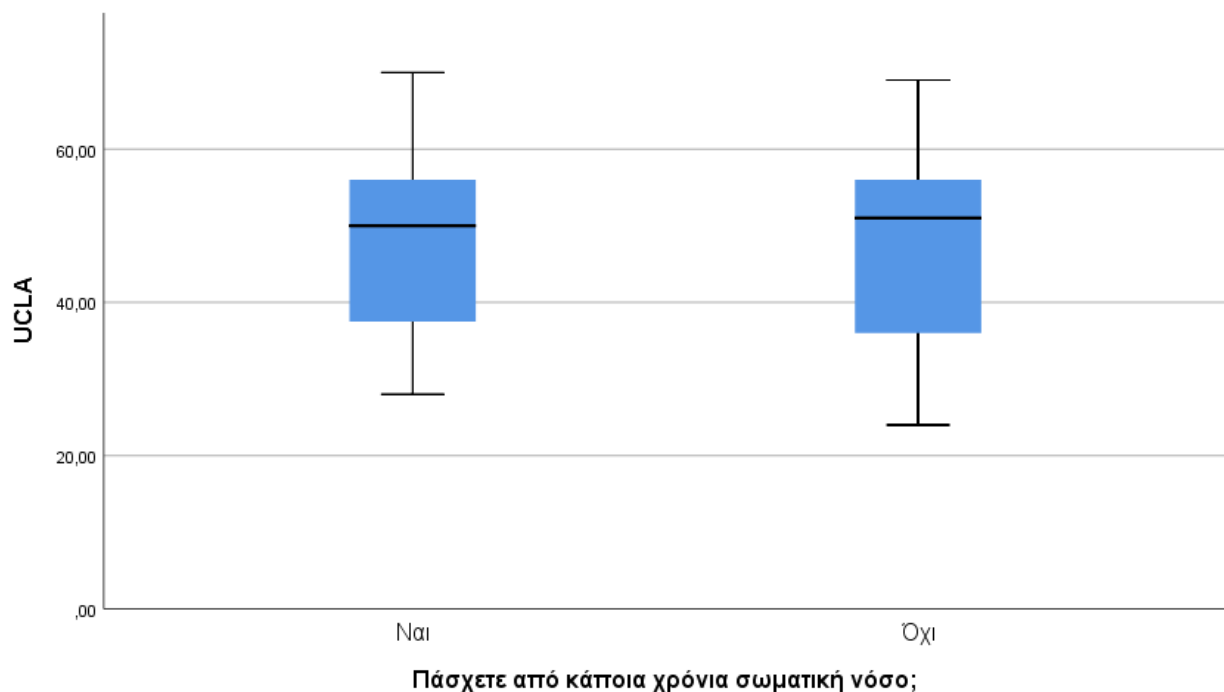


Γράφημα 43

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 49 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;» ( $p=0,141$ ) και με την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;» ( $p=0,429$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=48,15$ ,  $SD=10,670$ ), καθώς  $p=0,039<0,05$ . Επίσης, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Κινητικές Δυσκολίες;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=50,85$ ,  $SD=9,968$ ), καθώς  $p=0,049<0,05$ . Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=48,01$ ,  $SD=10,582$ ), καθώς  $p=0,031<0,05$ . Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Προσέχετε την διατροφή σας;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=52,94$ ,  $SD=11,557$ ), καθώς  $p=0,013<0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=50,12$ ,  $SD=10,671$ ), καθώς  $p<0,001$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 49 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 44, 45, 46, 47 και 48.

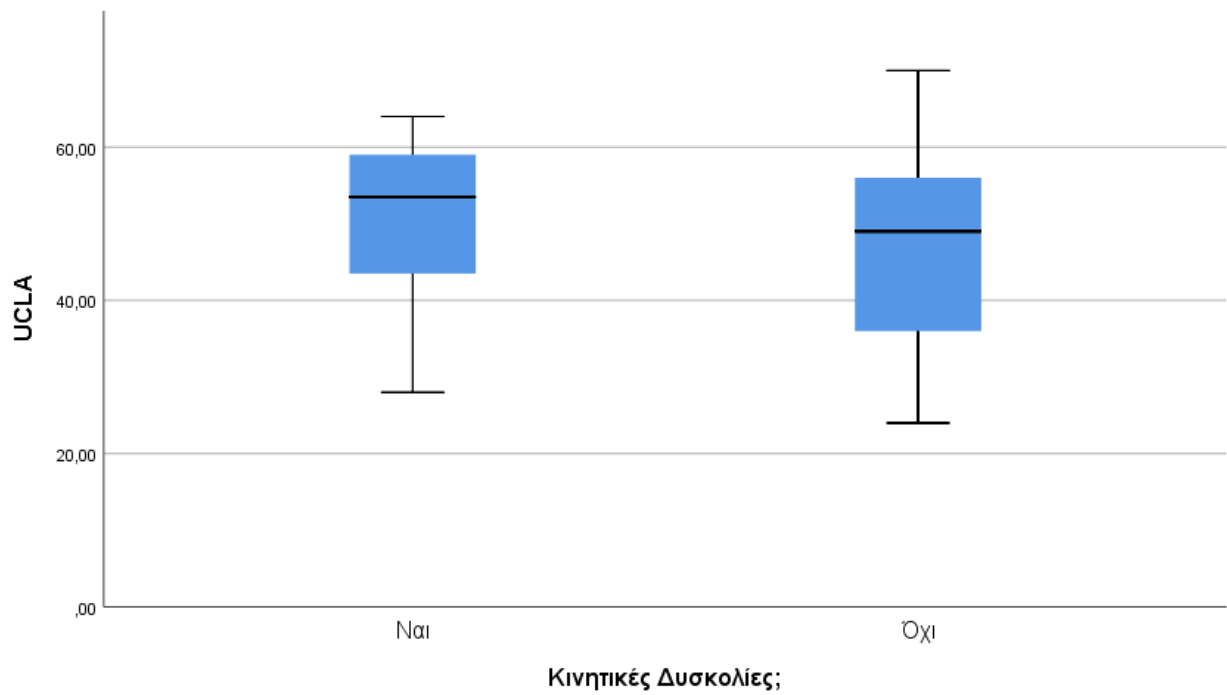
			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	48,15	10,670	96	0,039
		Όχι	46,48	12,181	52	
	Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	50,85	9,968	40	0,049
		Όχι	46,34	11,442	108	
	Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	50,59	10,490	41	0,141
		Όχι	46,40	11,309	107	
	Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	48,01	10,582	99	0,031
		Όχι	46,65	12,452	49	
	Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	52,94	11,557	17	0,013
		Μέτρια	48,00	10,941	99	
		Πολύ	43,34	10,667	32	
	Προσέχετε την άσκησή σας;	Όχι	50,12	10,671	100	0,000
		Μέτρια	43,54	9,896	37	
		Πολύ	37,82	11,754	11	
	Κάνετε διακοπές;	Ναι	38,88	9,765	25	0,429
		Όχι	49,33	10,682	123	

Πίνακας 49. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με την υγεία και τις συνήθειες

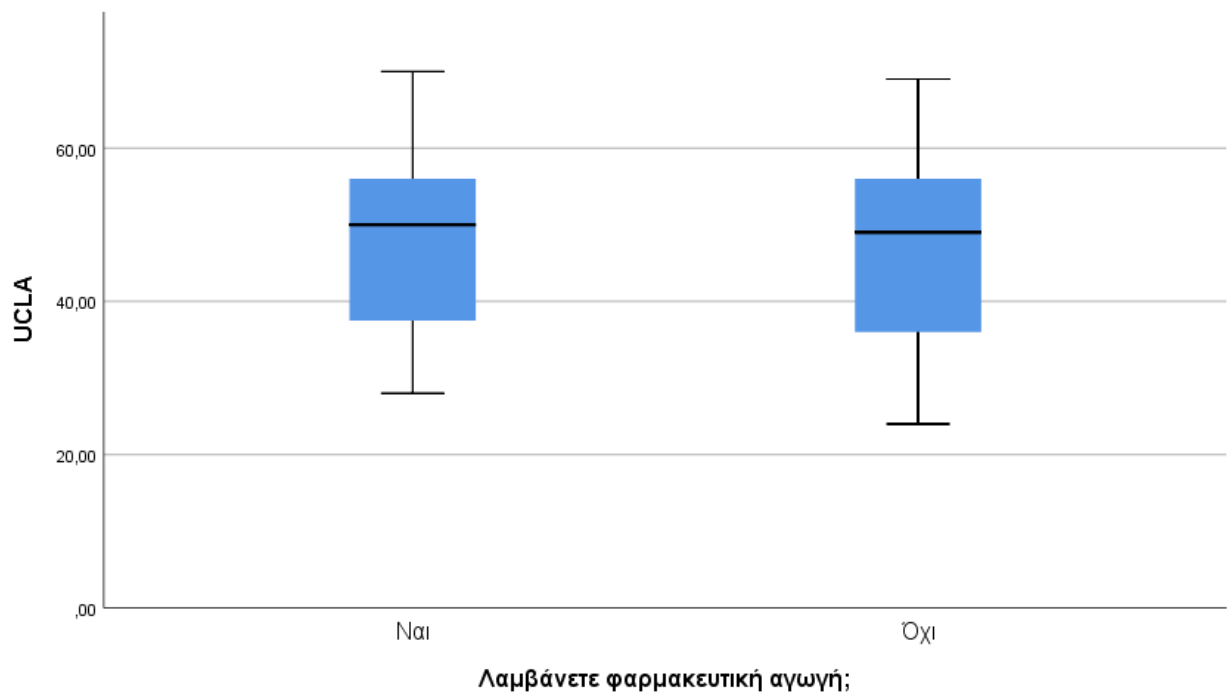


Γράφημα 44

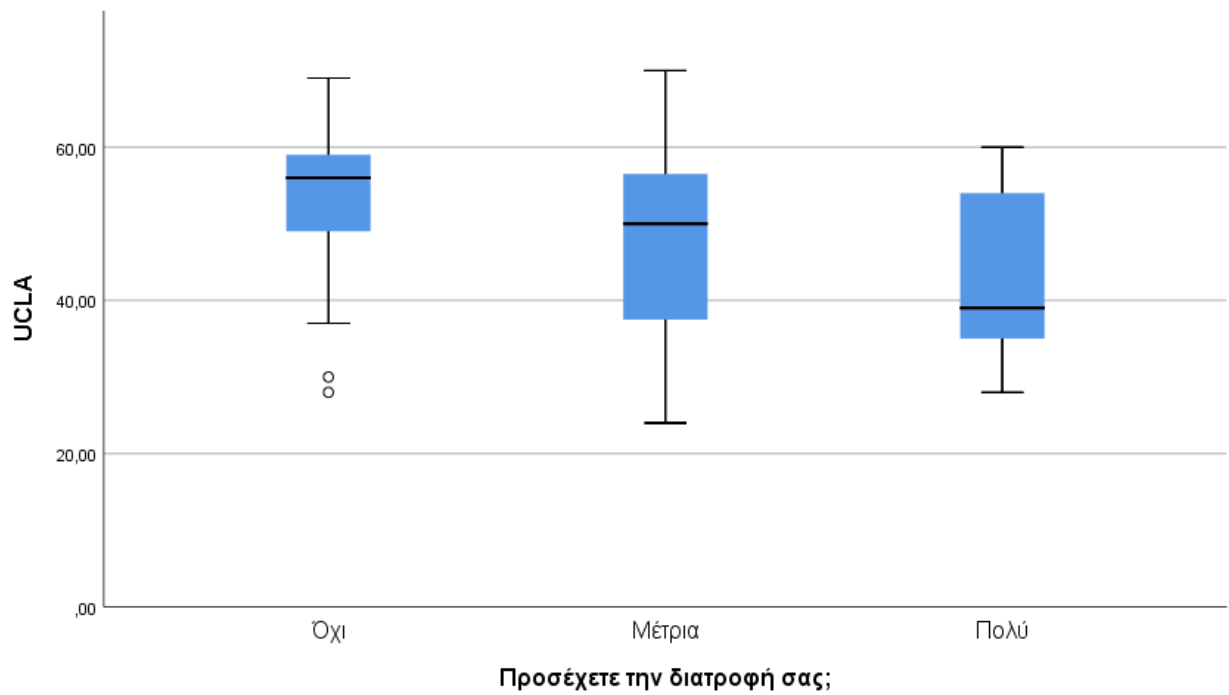




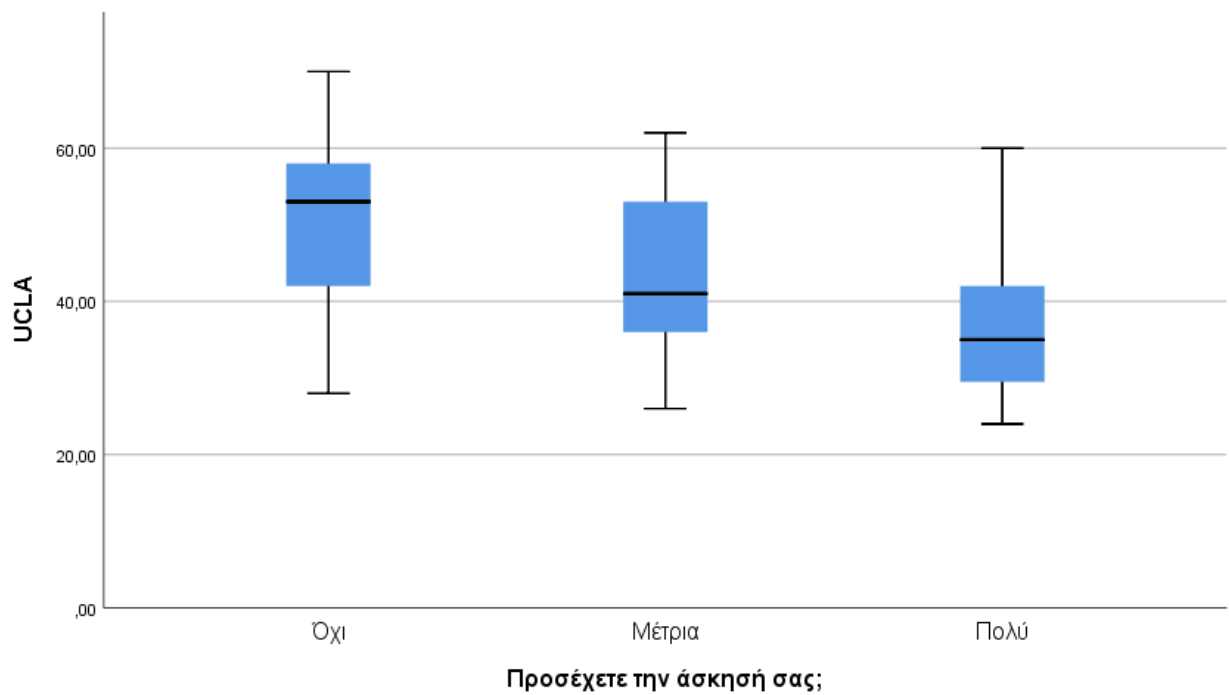
Γράφημα 45



Γράφημα 46



Γράφημα 47

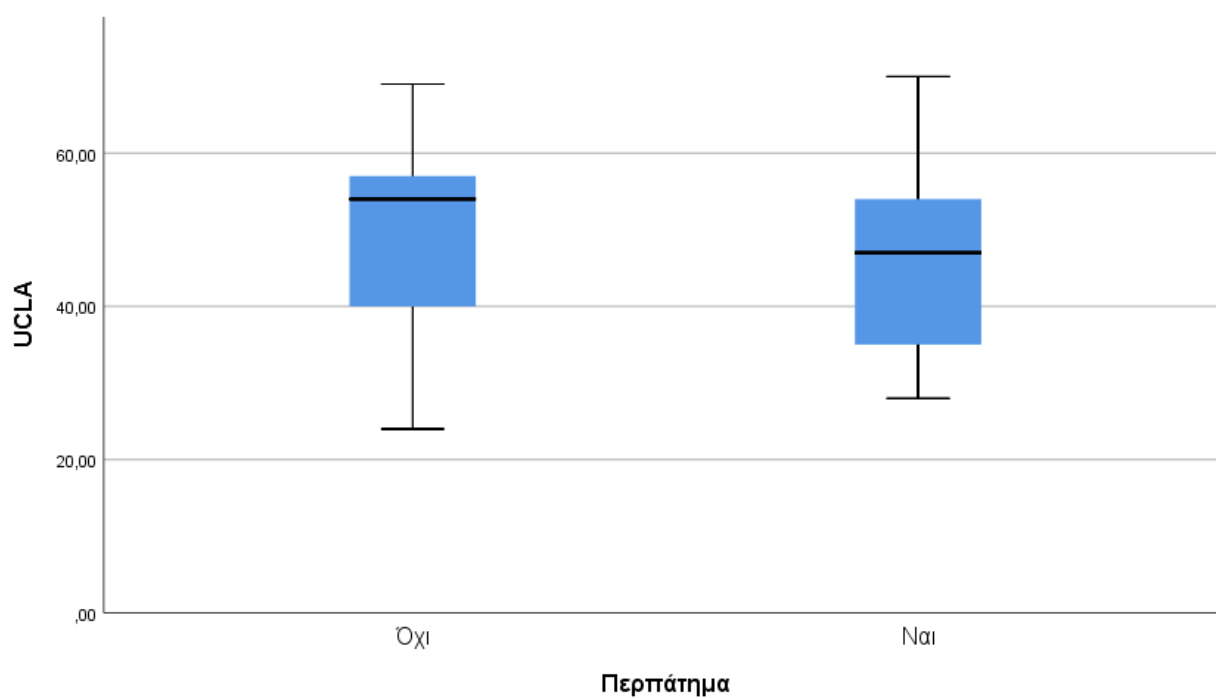


Γράφημα 48

Από τους ελέγχους t του πίνακα 50 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με ψάρεμα ( $p=0,053$ ). Ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με το περπάτημα, όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=49,93$ ,  $SD=10,496$ ), καθώς  $p=0,016 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 50 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 49.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
UCLA	Ψάρεμα	Όχι	47,96	11,023	141	0,053
		Ναι	39,57	12,895	7	
	Περπάτημα	Όχι	49,93	10,496	69	0,016
		Ναι	45,49	11,470	79	

Πίνακας 50. Διαφοροποίηση της μοναξιάς ανάλογα με το ψάρεμα και το περπάτημα



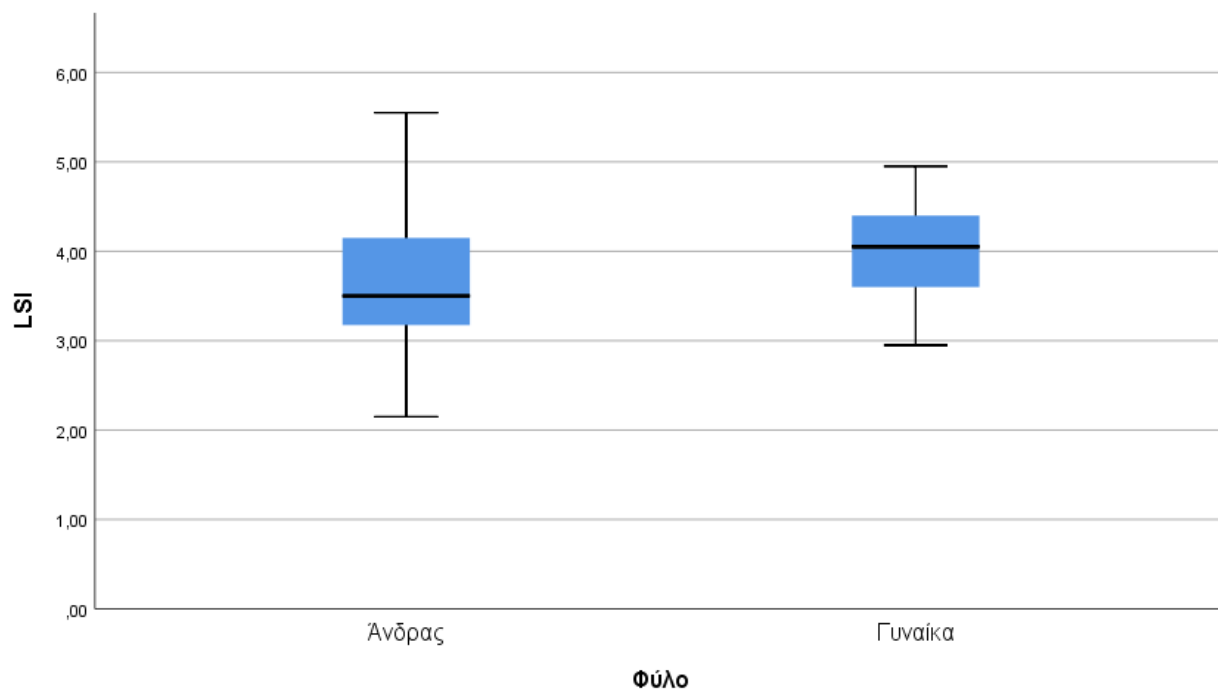
Γράφημα 49

## Διαφοροποιήσεις της Ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά

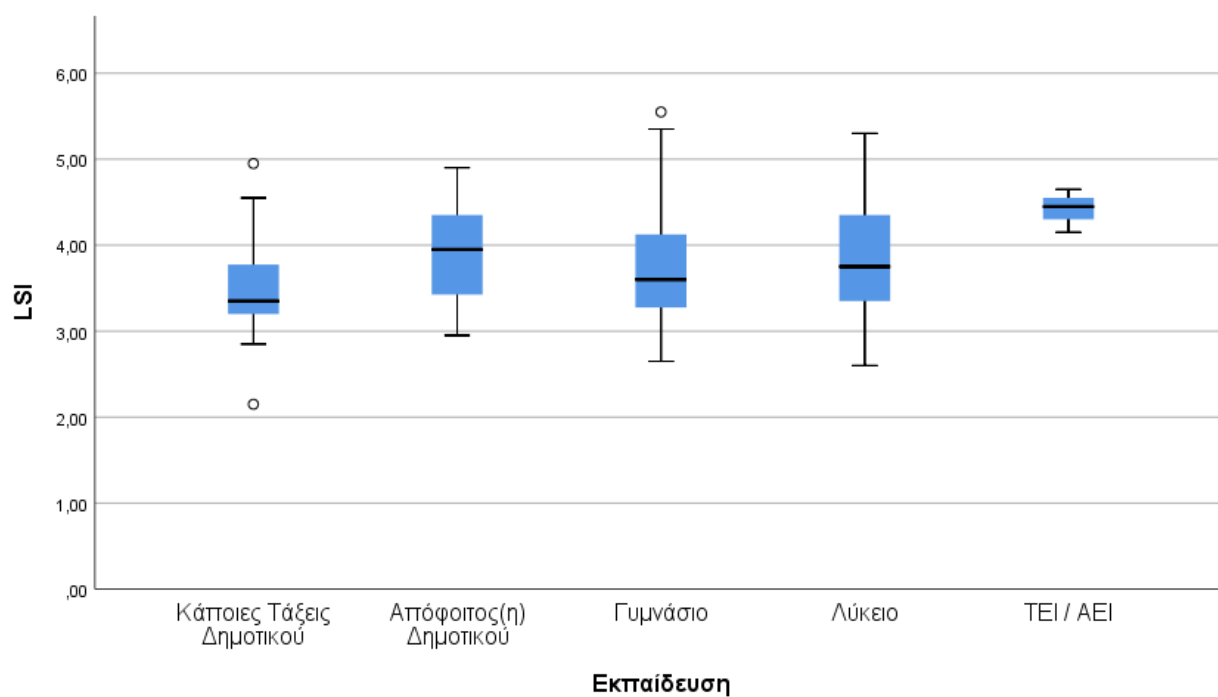
Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 51 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με το φύλο, παρατηρείται δηλαδή ότι οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από την ζωή σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την εκπαίδευση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι φοίτησαν σε ΤΕΙ/ΑΕΙ είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που φοίτησαν σε Λύκειο» ( $M=3,80$ ,  $SD=0,676$ ), καθώς  $p=0,024<0,05$ . Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που απάντησαν ότι είναι έγγαμοι ( $M=4,02$ ,  $SD=0,558$ ) είναι υψηλές σε σχέση με τις άλλες τρεις, δηλαδή με αυτούς που απάντησαν ότι είναι άγαμοι ( $M=3,44$ ,  $SD=0,555$ ), διαζευγμένοι/ σε διάσταση ( $M=3,60$ ,  $SD=0,760$ ) και έχουν χηρέψει ( $M=3,57$ ,  $SD=0,517$ ), καθώς  $p<0,001$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με το επάγγελμα, δηλαδή οι τιμές της κατηγορίας «Οικιακά» ( $M=4,29$ ,  $SD=0,451$ ) είναι ιδιαίτερα υψηλές σε σχέση με την κατηγορία «Συνταξιούχος» ( $M=3,68$ ,  $SD=0,637$ ) και την κατηγορία «Ελεύθερος επαγγελματίας» ( $M=3,67$ ,  $SD=0,691$ ), καθώς  $p=0,001<0,05$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται από τα γραφήματα 50, 51, 52 και 53.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Φύλο	Άνδρας	3,65	,679	103	0,037
		Γυναίκα	4,00	,502	45	
LSI	Εκπαίδευση	Κάποιοι Τάξεις Δημοτικού	3,48	,553	28	0,024
		Απόφοιτος(η) Δημοτικού	3,88	,559	39	
		Γυμνάσιο	3,73	,734	35	
		Λύκειο	3,80	,676	42	
		ΤΕΙ / ΑΕΙ	4,43	,206	4	
LSI	Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	3,44	,555	13	0,000
		Έγγαμος (η)	4,02	,558	65	
		Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση	3,60	,760	41	
		Χήρος	3,57	,517	29	
LSI	Επάγγελμα	Ελεύθερος επαγγελματίας	3,67	,691	10	0,001
		Συνταξιούχος	3,68	,637	119	
		Οικιακά	4,29	,451	19	

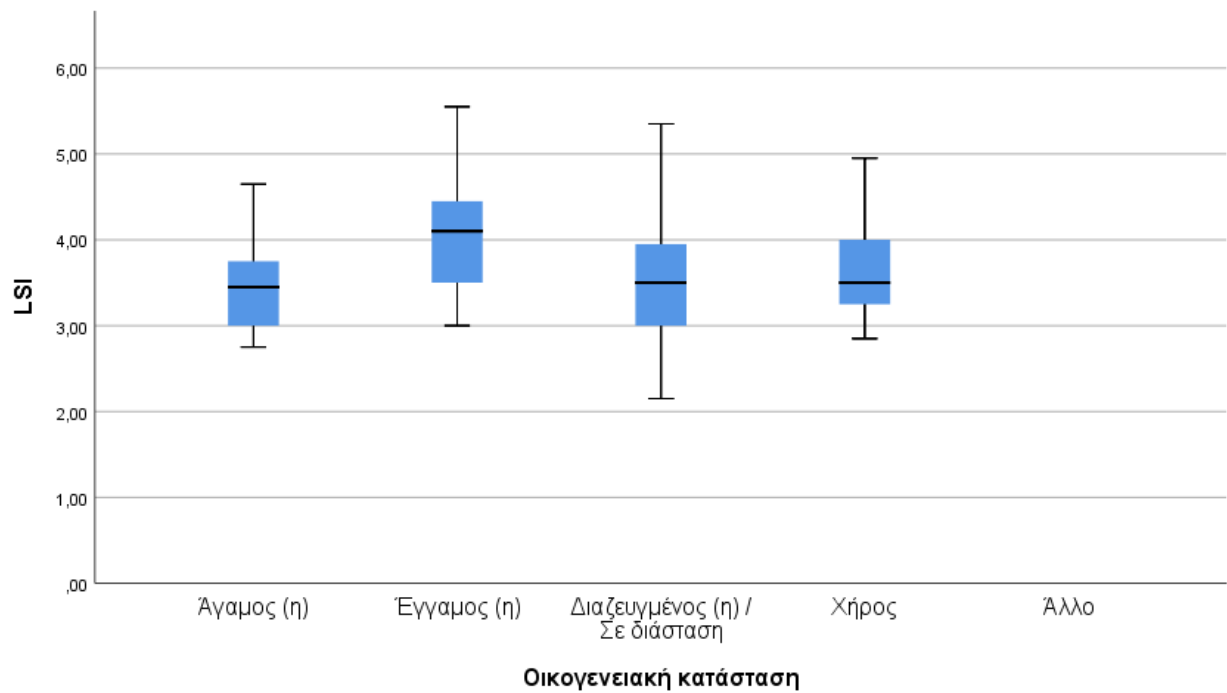
Πίνακας 51. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά



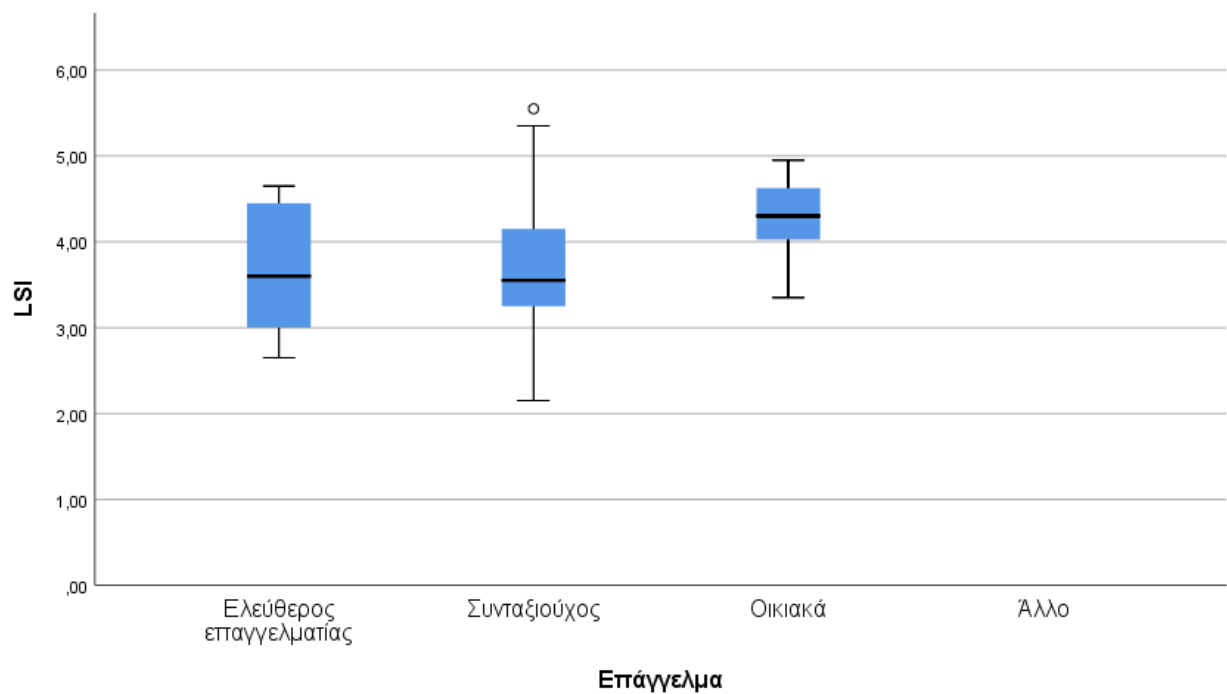
Γράφημα 50



Γράφημα 51



Γράφημα 52

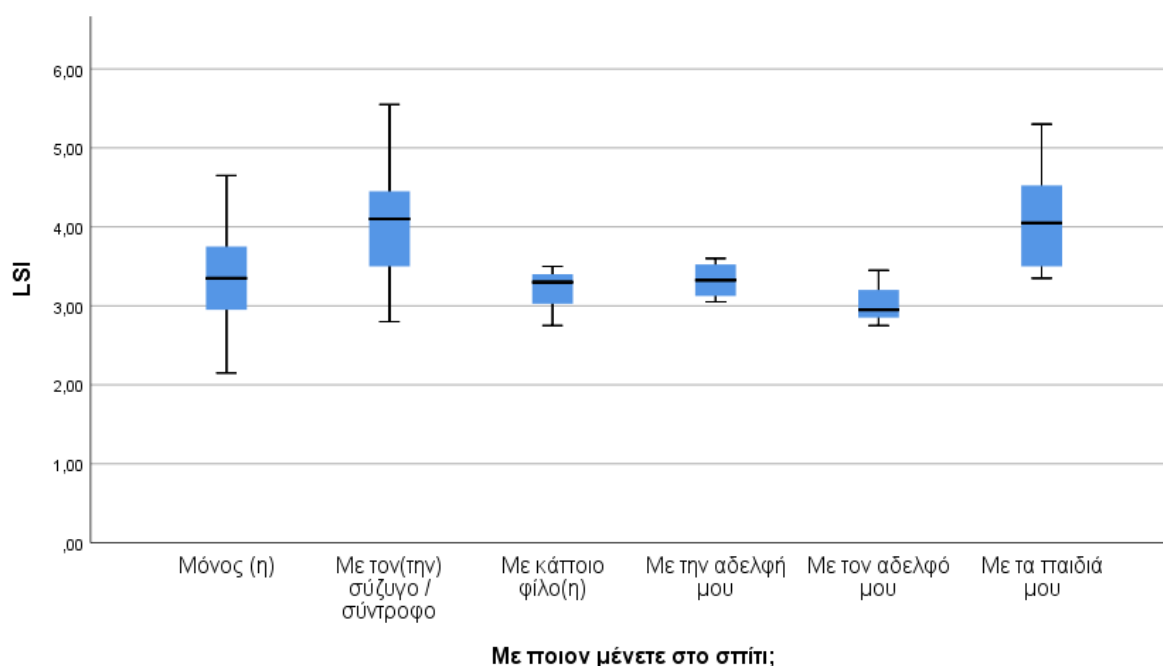


Γράφημα 53

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 52 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» ( $p=0,373$ ), ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που μένουν μόνοι τους ( $M=3,36$ ,  $SD=0,516$ ) είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που μένουν με τον/την σύζυγο/σύντροφο ( $M=4,01$ ,  $SD=0,589$ ) και με αυτούς που μένουν μαζί με τα παιδιά τους ( $M=4,11$ ,  $SD=0,763$ ), καθώς  $p<0,001$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται στο παρακάτω γράφημα.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	3,75	,697	36	0,373
		Όχι	3,77	,636	112	
LSI	Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	3,36	,516	45	0,000
		Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	4,01	,589	86	
		Με κάποιο φίλο(η)	3,18	,388	3	
		Με την αδελφή μου	3,33	,247	4	
		Με τον αδελφό μου	3,05	,361	3	
		Με τα παιδιά μου	4,11	,763	7	

Πίνακας 52. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τη διαμονή και το λόγο εργασίας



Γράφημα 54

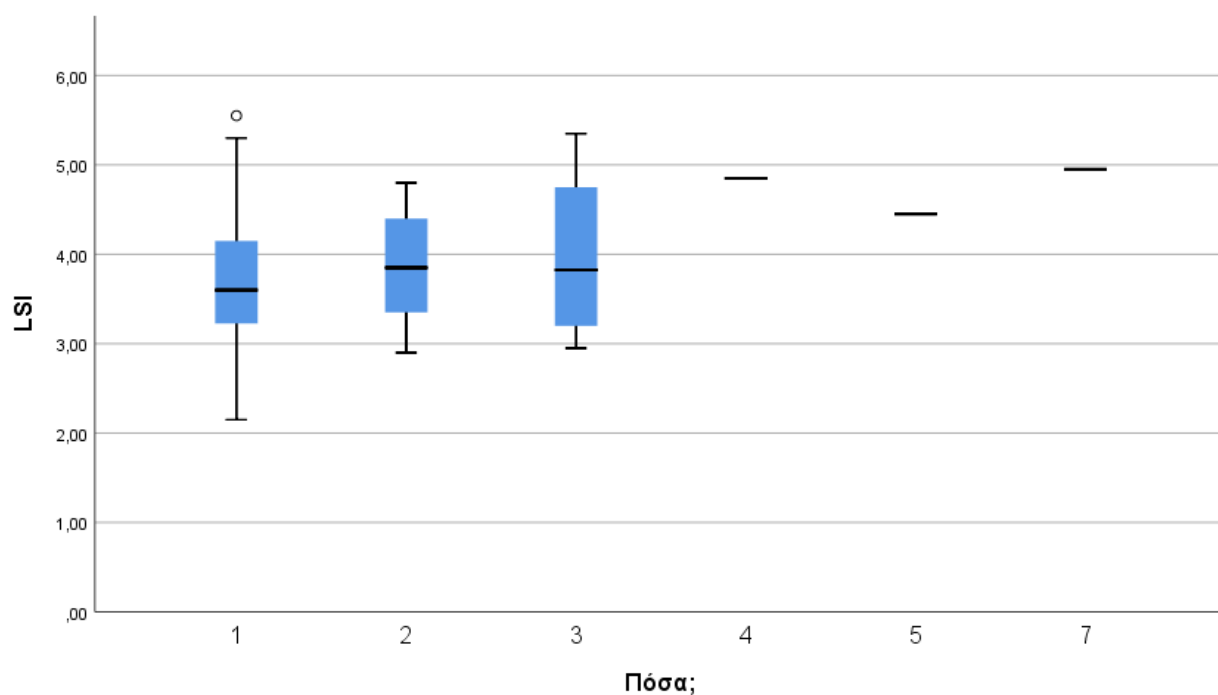
Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 53 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;» (0,121), με την ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;» (0,271) και με την ερώτηση «Έχετε εγγόνια;» (0,247). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Πόσα;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι έχουν 1 παιδί έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους απάντησαν ότι έχουν 5 παιδιά (M=4,95, SD=-), καθώς  $p=0,002<0,05$ . Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Μερικές φορές την εβδομάδα» (M=4,26, SD=0,753), καθώς  $p<0,001$ . Όμοια, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» (M=4,16, SD=0,711), καθώς  $p<0,001$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ» (M=4,23, SD=0,643), καθώς  $p<0,001$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 53 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 55, 56, 57 και 58.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Έχετε παιδιά;	Ναι	3,81	,651	131	0,121
		Όχι	3,39	,509	17	
	Πόσα;	1	3,53	,577	31	0,002
		2	3,77	,658	62	
		3	4,03	,599	30	
		4	4,29	,496	7	
		5	4,95	.	1	
	Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	3,96	,647	64	0,271
		Όχι	3,66	,625	67	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,03	,488	9	0,000
		Μερικές φορές το χρόνο	3,62	,466	40	
		Μερικές φορές το μήνα	3,91	,601	54	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	4,26	,753	20	
		Κάθε μέρα	3,83	,688	8	

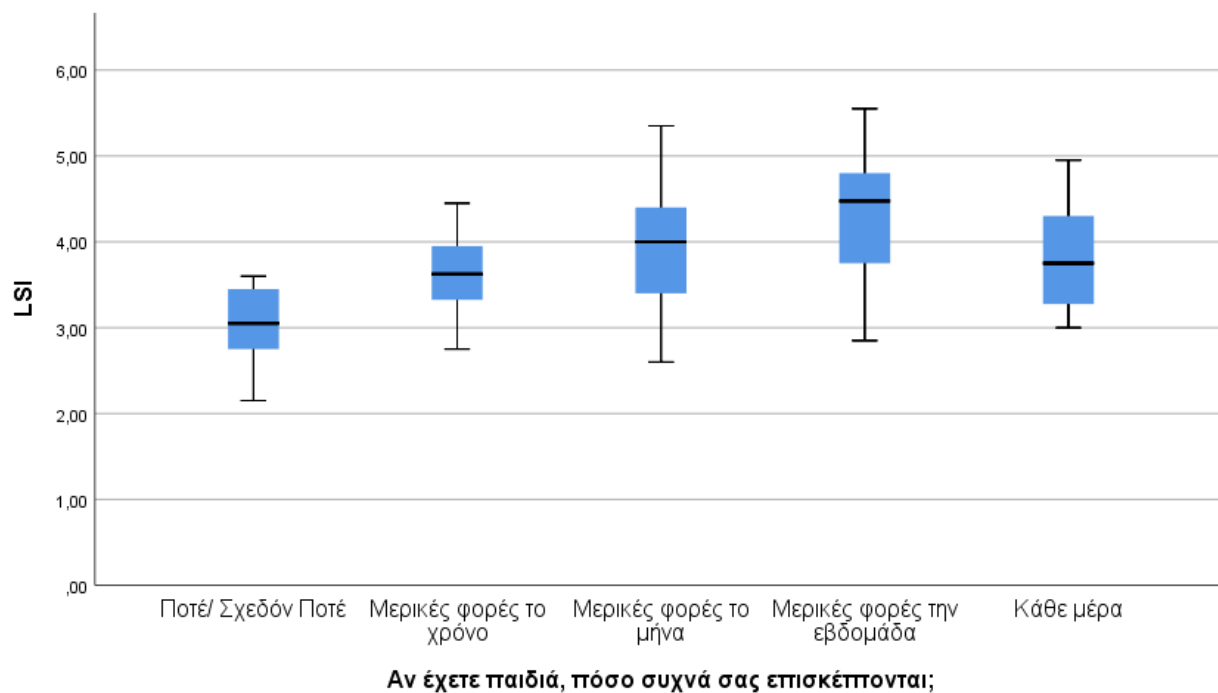


Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	2,47	,460	2	0,000
	Μερικές φορές το χρόνο	3,36	,361	9	
	Μερικές φορές το μήνα	3,52	,496	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	3,92	,584	57	
	Κάθε μέρα	4,16	,711	29	
Έχετε εγγόνια;	Ναι	3,81	,652	118	0,247
	Όχι	3,56	,604	30	
Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,12	,476	13	0,000
	Μερικές φορές το χρόνο	3,77	,571	52	
	Μερικές φορές το μήνα	3,97	,644	34	
	Μερικές φορές την εβδομάδα	4,03	,687	11	
	Κάθε μέρα	4,23	,643	8	

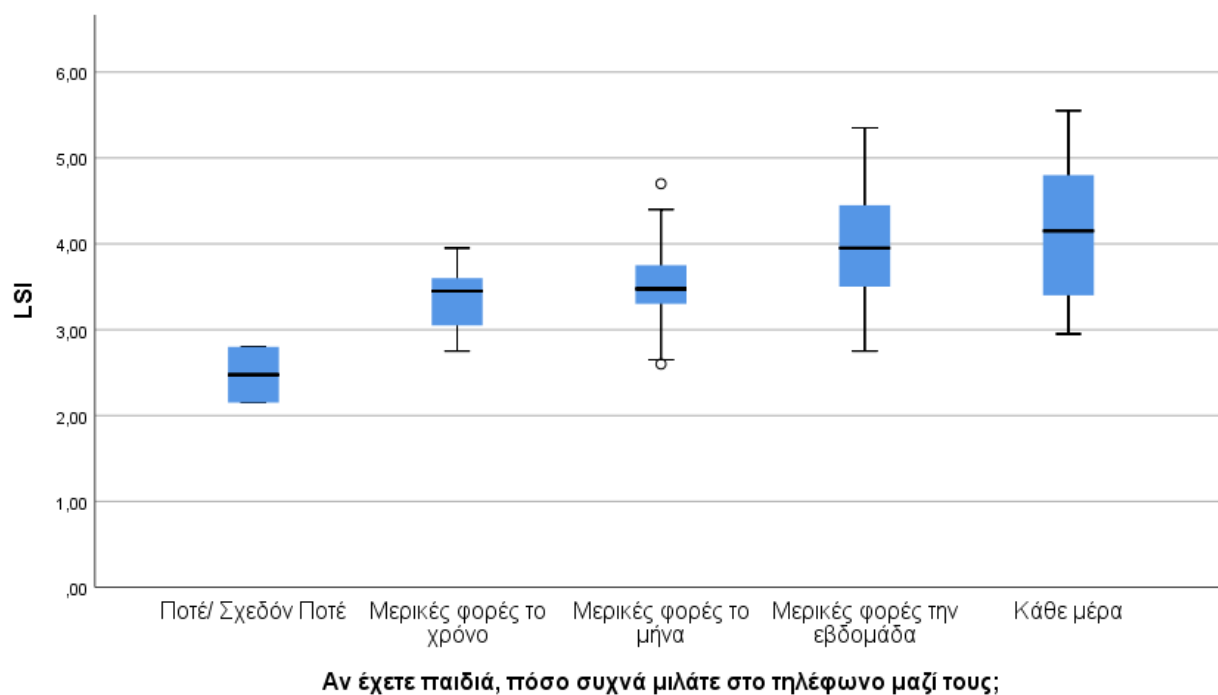
Πίνακας 53. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τα παιδιά και τις σχέσεις τους



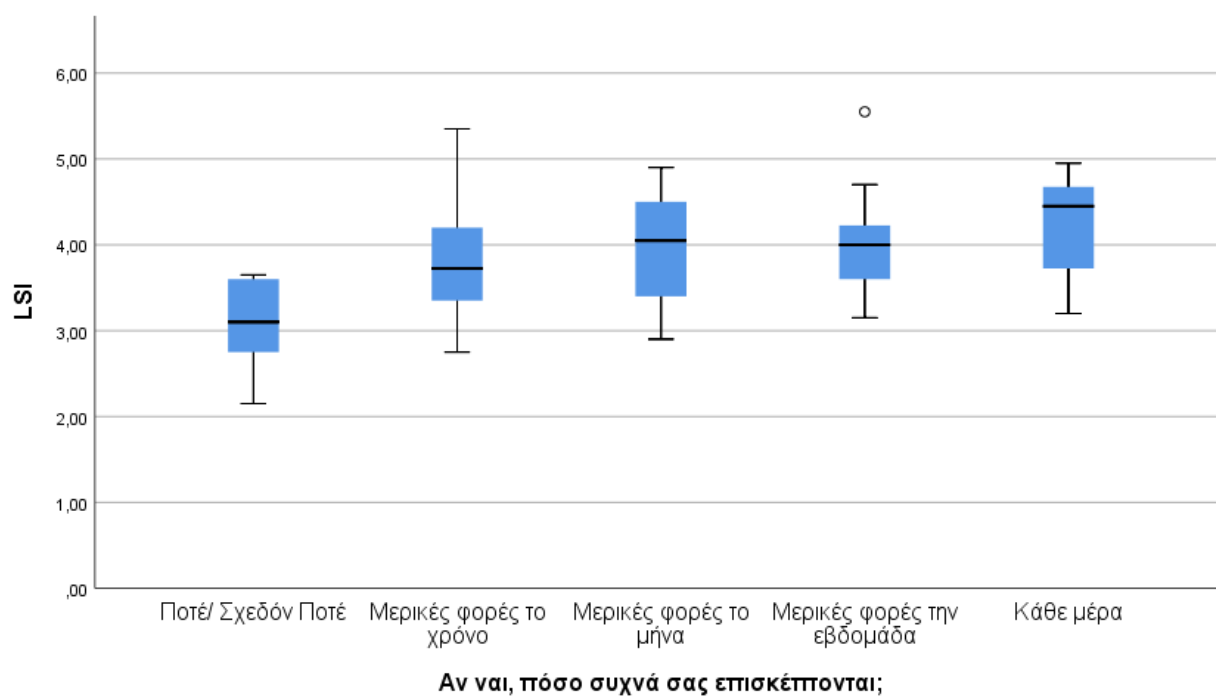
Γράφημα 55



Γράφημα 56



Γράφημα 57

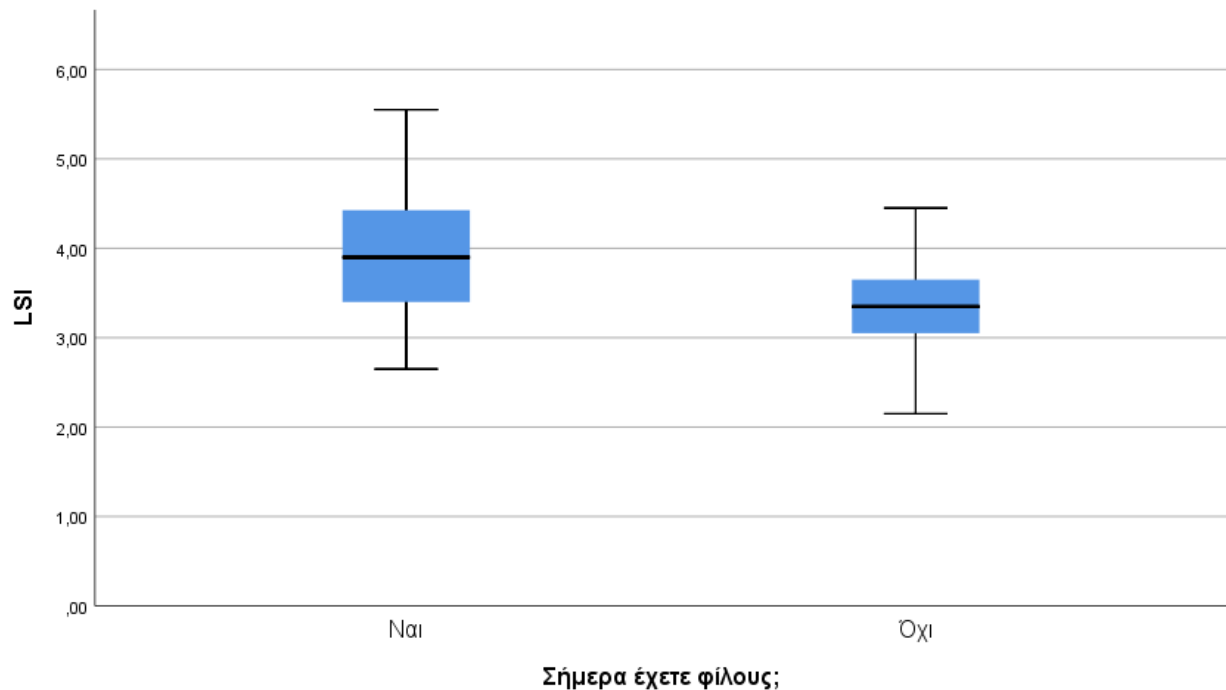


*Γράφημα 58*

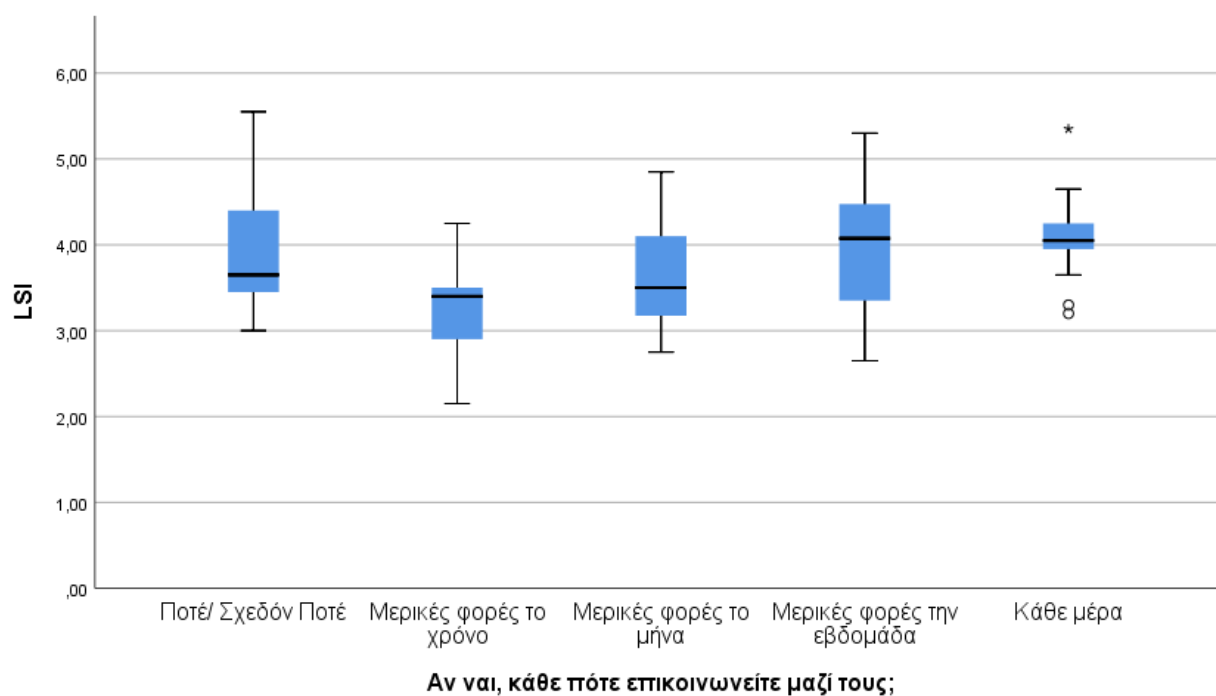
Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 54 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας μοναξιάς ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;», όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά ( $M=3,89$ ,  $SD=0,646$ ), καθώς  $p=0,005 < 0,05$ . Επιπλέον, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν «Κάθε μέρα» έχουν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με αυτούς που απάντησαν «Μερικές φορές το χρόνο» ( $M=4,10$ ,  $SD=0,491$ ), καθώς  $p < 0,001$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 54 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 59 και 60.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Είχατε φίλους;	Ναι	3,76	,649	148	0,005
	Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	3,89	,646	111	
		Όχι	3,36	,479	37	
An ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;		Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,95	,906	6	0,001
		Μερικές φορές το χρόνο	3,24	,543	13	
		Μερικές φορές το μήνα	3,60	,602	44	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	3,95	,678	52	
		Κάθε μέρα	4,10	,491	17	

Πίνακας 54. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τους φίλους



Γράφημα 59

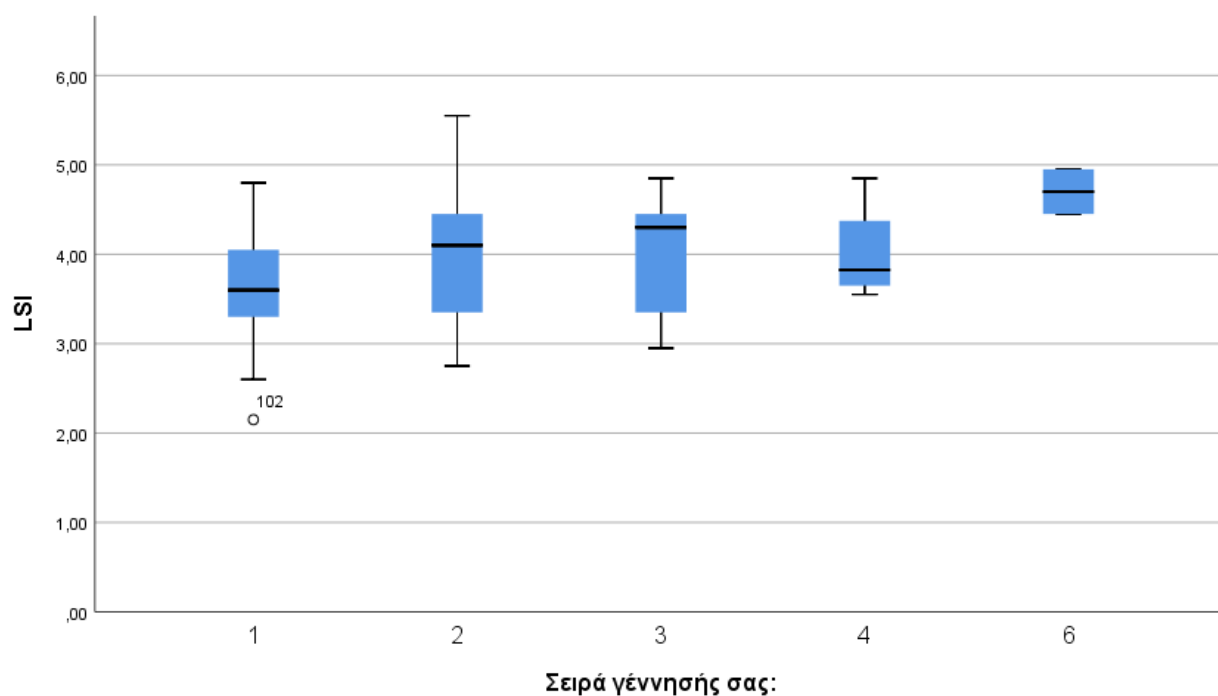


Γράφημα 60

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 55 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;» ( $p=0,069$ ), με την ερώτηση «Πόσα;» ( $p=0,105$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφή;» ( $p=0,814$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφό;» ( $p=0,771$ ) και με την ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;» ( $p=0,752$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την πρόταση «Σειρά γέννησης;», όπου όσοι συμμετέχοντες απάντησαν ότι έχουν σειρά γέννησης 1 έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους έχουν σειρά γέννησης 6 ( $M=4,70$ ,  $SD=0,354$ ), καθώς  $p=0,043 < 0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;», όπου οι περισσότεροι συμμετέχοντες απάντησαν θετικά ( $M=3,83$ ,  $SD=0,644$ ), καθώς  $p=0,033 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 55 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 61.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Έχετε αδέρφια;	Ναι	3,80	,671	120	0,069
		Όχι	3,61	,529	28	
	Πόσα;	1	3,70	,677	71	0,105
		2	3,86	,536	33	
		3	3,94	,794	14	
		4	4,85	.	1	
		5	4,45	.	1	
		7	4,95	.	1	
		Σειρά γέννησής σας:	1	3,65	,585	
2	3,96		,762	37		
3	3,93		,699	9		
4	4,01		,576	4		
6	4,70		,354	2		
Έχετε αδελφή;	Ναι	3,85	,662	85	0,814	
	Όχι	3,67	,672	36		
Έχετε αδελφό;	Ναι	3,81	,678	68	0,771	
	Όχι	3,79	,660	53		
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	3,83	,644	89	0,033	
	Όχι	3,36	,763	13		
	Όχι με όλα	3,94	,625	19		
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	3,73	,636	130	0,752	
	Όχι	4,02	,702	18		

Πίνακας 55. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τα αδέρφια και τη συχνότητα επικοινωνίας

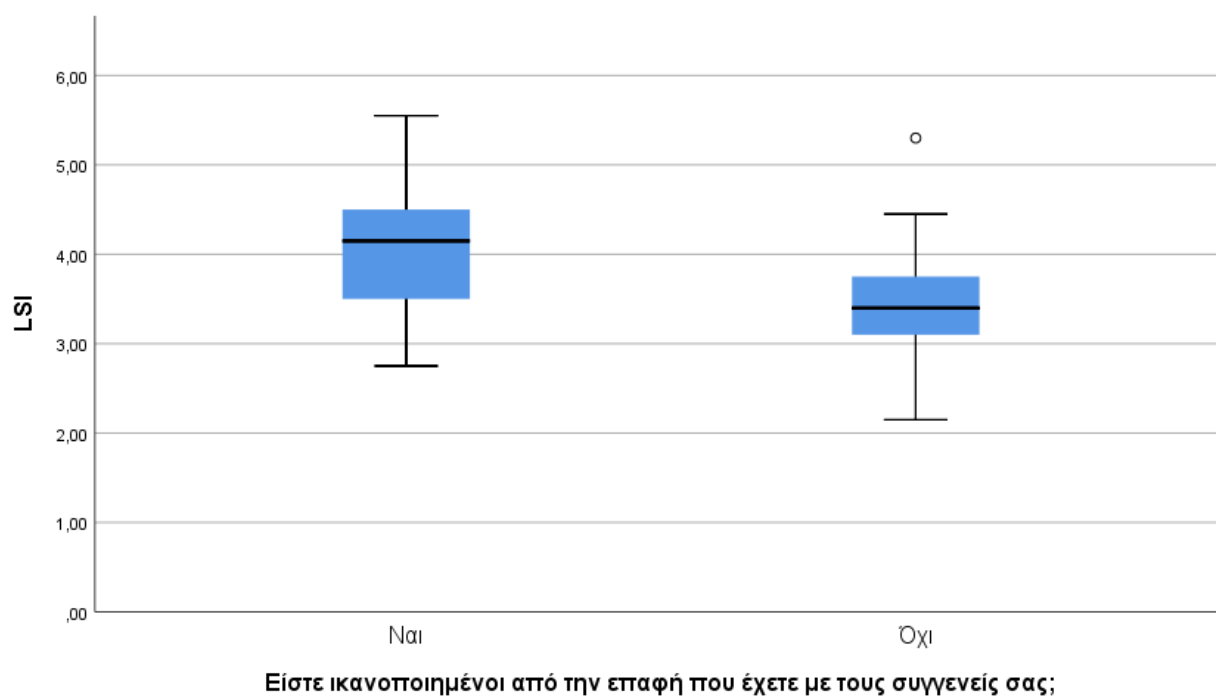


Γράφημα 61

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 56 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την γειτονιά σας;» ( $p=0,069$ ) και με την ερώτηση «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;» ( $p=0,168$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;», όπου η θετική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=4,04$ ,  $SD=0,631$ ), καθώς  $p=0,034 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 56 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 62.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	4,04	,631	74	0,034
		Όχι	3,47	,538	73	
	Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	3,91	,657	95	0,069
		Όχι	3,50	,551	53	
	Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	3,90	,664	47	0,168
		Όχι	3,70	,635	101	

Πίνακας 56. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τις διαπροσωπικές σχέσεις



*Γράφημα 62*

Από τους έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 57 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ποιοι είναι;» ( $p=0,183$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 57.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	3,25	,283	2	0,183
		Αδελφός	3,05	,361	3	
		Ανίψια	3,35	.	1	
		Γιός	4,50	.	1	
		Εγγόνια	4,15	1,131	2	
		Κόρη	3,75	,717	12	
		Παιδιά	4,21	,407	9	
		Σύζυγος	3,96	,720	14	
		Φίλοι	3,60	,424	2	

*Πίνακας 57. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με τα συγγενικά πρόσωπα*

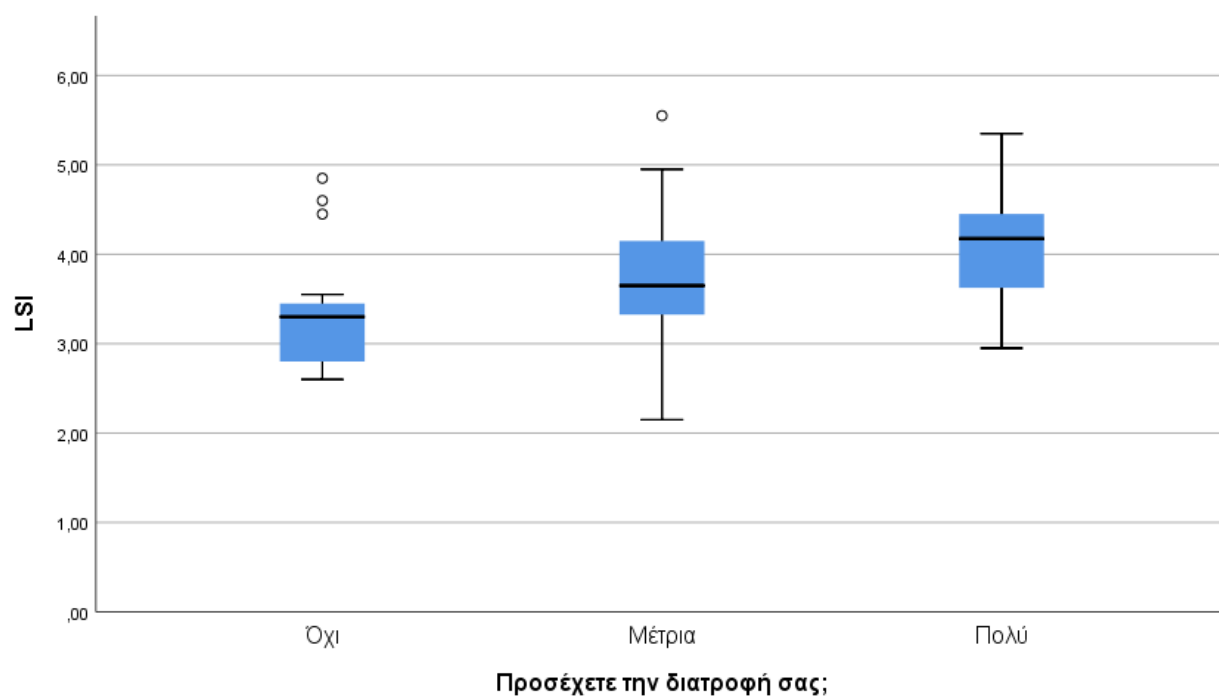
Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 58 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;» ( $p=0,427$ ), με την ερώτηση «Κινητικές



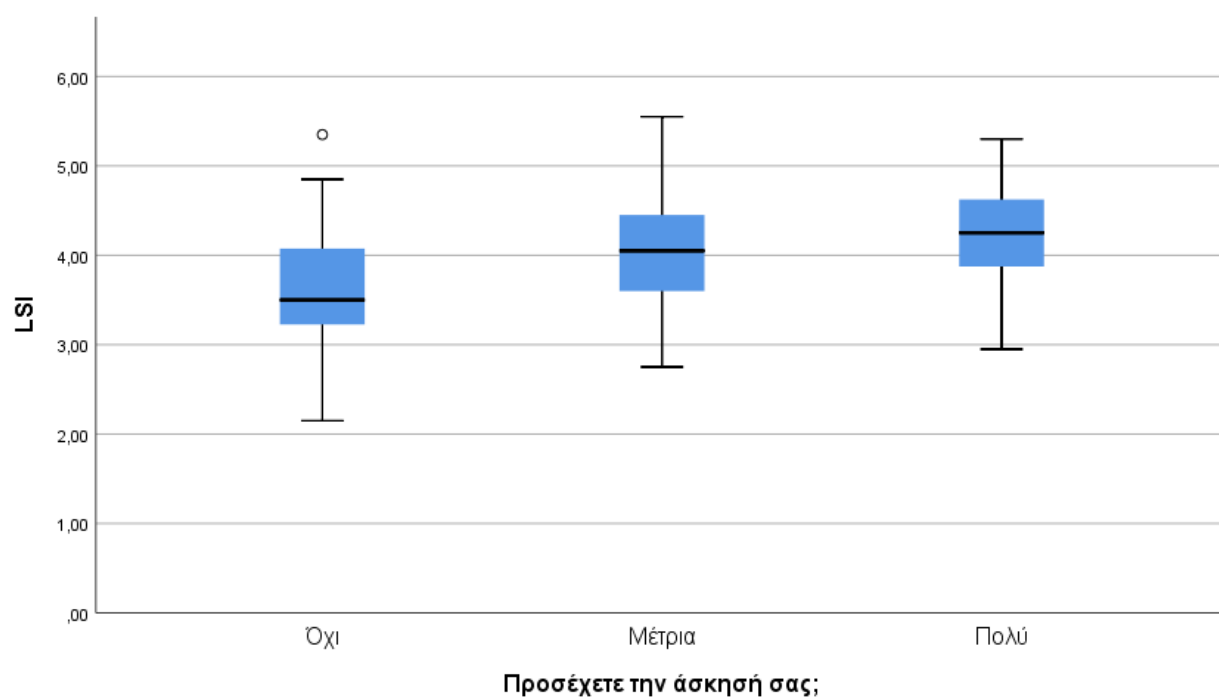
Δυσκολίες;» ( $p=0,122$ ), με την ερώτηση «Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;» ( $p=0,139$ ), με την ερώτηση «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;» ( $p=0,565$ ) και με την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;» ( $p=0,072$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Προσέχετε την διατροφή σας;», όπου η απάντηση «Πολύ» των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τις άλλες δύο ( $M=4,07$ ,  $SD=0,609$ ), καθώς  $p=0,001<0,05$ . Τέλος, διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;», όπου η απάντηση «Πολύ» των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τις άλλες δύο ( $M=4,17$ ,  $SD=0,736$ ), καθώς  $p=0,001<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 58 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από τα γραφήματα 63 και 64.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	3,72	,618	96	0,427
		Όχι	3,83	,704	52	
	Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	3,57	,549	40	0,122
		Όχι	3,83	,670	108	
	Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	3,55	,557	41	0,139
		Όχι	3,84	,666	107	
	Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	3,74	,632	99	0,565
		Όχι	3,79	,687	49	
	Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	3,34	,689	17	0,001
		Μέτρια	3,73	,612	99	
		Πολύ	4,07	,609	32	
	Προσέχετε την άσκησή σας;	Όχι	3,63	,611	100	0,001
		Μέτρια	3,99	,624	37	
		Πολύ	4,17	,736	11	
	Κάνετε διακοπές;	Ναι	4,20	,535	25	0,072
		Όχι	3,67	,635	123	

Πίνακας 58. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με την υγεία και τις συνήθειες



Γράφημα 63



Γράφημα 64

Από τους ελέγχους t του πίνακα 59 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με ψάρεμα ( $p=0,690$ ) και με το περπάτημα ( $p=0,140$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 59.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
LSI	Ψάρεμα	Όχι	3,76	,647	141	0,690
		Ναι	3,86	,736	7	
	Περπάτημα	Όχι	3,68	,642	69	0,140
		Ναι	3,83	,650	79	

Πίνακας 59. Διαφοροποίηση της ικανοποίησης από τη ζωή ανάλογα με το ψάρεμα και το περπάτημα

### Διαφοροποιήσεις της Αϋπνίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα οικογενειακά χαρακτηριστικά

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 60 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με το φύλο ( $p=0,260$ ), την εκπαίδευση ( $p=0,114$ ), την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,056$ ) και το επάγγελμα ( $p=0,278$ ),.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Φύλο	Άνδρας	2,91	3,876	103	0,260
		Γυναίκα	2,91	3,350	45	
Εκπαίδευση		Κάποιες Τάξεις Δημοτικού	3,11	3,247	28	0,114
		Απόφοιτος(η) Δημοτικού	2,23	2,924	39	
		Γυμνάσιο	4,17	4,956	35	
		Λύκειο	2,60	3,408	42	
		ΤΕΙ / ΑΕΙ	,50	1,000	4	
		Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος (η)	1,85	2,996	
Έγγαμος (η)	2,22	3,223	65			
Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση	3,49	3,919	41			
Χήρος	4,14	4,373	29			
Επάγγελμα		Ελεύθερος επαγγελματίας	1,40	2,547	10	0,278
		Συνταξιούχος	3,13	3,773	119	
		Οικιακά	2,32	3,742	19	

Πίνακας 60. Διαφοροποίηση της αϋπνίας ανάλογα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 61 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;» ( $p=0,191$ ), ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με την ερώτηση «Με ποιον μένετε στο σπίτι;», όπου οι τιμές των συμμετεχόντων που μένουν με την μόνοι τους ( $M=4,02$ ,  $SD=4,048$ ) είναι χαμηλές σε σχέση με αυτούς που μένουν με τον/ην σύζυγο ( $M=2,31$ ,  $SD=43,369$ ), καθώς  $p<0,001$ . Οι στατιστικά σημαντικές σχέσεις που βρέθηκαν αποδίδονται στο παρακάτω γράφημα.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;	Ναι	2,89	4,104	36	0,191
		Όχι	2,92	3,597	112	
	Με ποιον μένετε στο σπίτι;	Μόνος (η)	4,02	4,048	45	0,070
		Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο	2,31	3,369	86	
		Με κάποιο φίλο(η)	5,33	4,619	3	
		Με την αδελφή μου	2,00	4,000	4	
		Με τον αδελφό μου	,00	,000	3	
		Με τα παιδιά μου	3,86	4,298	7	

Πίνακας 61. Διαφοροποίηση της αϋπνίας ανάλογα με τη διαμονή και το λόγο εργασίας

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 62 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με την ερώτηση «Πόσα;» (0,297), με την ερώτηση «Αν ναι, ζουν κοντά σας;» (0,358), με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;» (0,132), με την ερώτηση «Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;» (0,442), με την ερώτηση «Έχετε εγγόνια;» (0,494) και με την ερώτηση «Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;» (0,168). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε παιδιά;», όπου οι συμμετέχοντες που απάντησαν ότι έχουν 4 παιδιά έχουν σημαντικά χαμηλότερες τιμές συγκριτικά με όσους απάντησαν ότι έχουν 1 παιδί ( $M=4,03$ ,  $SD=3,391$ ), καθώς  $p=0,011<0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 62.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Έχετε παιδιά;	Ναι	3,11	3,787	131	0,011
		Όχι	1,41	2,717	17	
	Πόσα;	1	4,03	3,391	31	0,297
		2	3,23	4,135	62	
		3	2,40	3,480	30	
		4	1,14	3,024	7	
		5	2,00	.	1	
	Αν ναι, ζουν κοντά σας;	Ναι	2,80	3,961	64	0,358
		Όχι	3,40	3,618	67	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	3,78	3,346	9	0,132
		Μερικές φορές το χρόνο	3,65	3,997	40	
		Μερικές φορές το μήνα	2,59	3,647	54	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	2,10	3,323	20	
		Κάθε μέρα	5,63	4,406	8	
	Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	2,00	2,828	2	0,442
		Μερικές φορές το χρόνο	5,00	4,610	9	
		Μερικές φορές το μήνα	3,47	4,114	34	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	2,60	3,525	57	
		Κάθε μέρα	3,17	3,675	29	
	Έχετε εγγόνια;	Ναι	2,97	3,793	118	0,494
		Όχι	2,67	3,427	30	
	Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	4,62	3,501	13	0,168
		Μερικές φορές το χρόνο	2,71	3,494	52	
		Μερικές φορές το μήνα	2,09	3,343	34	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	4,00	5,020	11	
		Κάθε μέρα	4,38	5,344	8	

Πίνακας 62. Διαφοροποίηση της απνίας ανάλογα με τα παιδιά και τη σχέση τους

Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 63 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας απνίας ανάλογα με την ερώτηση «Σήμερα έχετε φίλους;» ( $p=0,158$ ) και με την ερώτηση «Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;» ( $p=0,147$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 63.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Είχατε φίλους;	Ναι	2,91	3,712	148	0,158
		Σήμερα έχετε φίλους;	Ναι	2,97	3,827	
		Όχι	2,73	3,388	37	
AIS	Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;	Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ	2,17	2,483	6	0,147
		Μερικές φορές το χρόνο	2,08	2,985	13	
		Μερικές φορές το μήνα	3,11	3,565	44	
		Μερικές φορές την εβδομάδα	2,33	3,557	52	
		Κάθε μέρα	4,82	4,953	17	

Πίνακας 63. Διαφοροποίηση της αύπνιας ανάλογα με τους φίλους

Από τους ελέγχους t και ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 64 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αύπνιας ανάλογα με την ερώτηση «Έχετε αδέρφια;» ( $p=0,583$ ), με την ερώτηση «Πόσα;» ( $p=0,553$ ), με την πρόταση «Σειρά γέννησής σας;» ( $p=0,352$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφή;» ( $p=0,212$ ), με την ερώτηση «Έχετε αδελφό;» ( $p=0,787$ ), με την ερώτηση «Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;» ( $p=0,941$ ) και με την ερώτηση «Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;» ( $p=0,074$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 64. Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 64.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Έχετε αδέρφια;	Ναι	2,88	3,644	120	0,583
		Όχι	3,04	4,060	28	
AIS	Πόσα;	1	3,24	3,834	71	0,553
		2	2,82	3,566	33	
		3	1,50	2,767	14	
		4	,00	.	1	
		5	,00	.	1	
		7	2,00	.	1	
		AIS	Σειρά γέννησής σας;	1	3,45	
2	2,05			3,527	37	
3	2,33			3,606	9	
4	2,25			4,500	4	
6	1,00			1,414	2	
AIS	Έχετε αδελφή;	Ναι	2,82	3,385	85	0,212
		Όχι	2,94	4,229	36	

Έχετε αδελφό;	Ναι	2,76	3,809	68	0,787
	Όχι	2,98	3,439	53	
Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας;	Ναι	2,88	3,759	89	0,941
	Όχι	3,08	3,040	13	
	Όχι με όλα	2,63	3,593	19	
Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας;	Ναι	3,00	3,799	130	0,074
	Όχι	2,28	3,025	18	

Πίνακας 64. Διαφοροποίηση της αύπνιας ανάλογα με τα αδέρφια και τη συχνότητα επικοινωνίας

Από τους ελέγχους t του πίνακα 65 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αύπνιας ανάλογα με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;» ( $p=0,892$ ), με την ερώτηση «Είστε ικανοποιημένοι από την γειτονιά σας;» ( $p=1,000$ ) και με την ερώτηση «Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;» ( $p=0,467$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 65.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας;	Ναι	2,54	3,945	74	0,892
		Όχι	3,29	3,474	73	
	Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;	Ναι	2,74	3,835	95	1,000
		Όχι	3,23	3,495	53	
	Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες;	Ναι	2,28	3,652	47	0,467
		Όχι	3,21	3,721	101	

Πίνακας 65. Διαφοροποίηση της αύπνιας ανάλογα με τις διαπροσωπικές σχέσεις

Από τους έλεγχο ανάλυσης διακύμανσης του πίνακα 66 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Αν ναι, ποιο είναι;» ( $p=0,132$ ). Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 66.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Αν ναι, ποιοι είναι;	Αδελφή	,00	,000	2	0,132
		Αδελφός	,00	,000	3	
		Ανίψια	8,00	.	1	
		Γιός	,00	.	1	
		Εγγόνια	8,00	8,485	2	
		Κόρη	3,25	3,441	12	
		Παιδιά	1,33	2,693	9	
		Σύζυγος	2,07	3,668	14	
		Φίλοι	,00	,000	2	

Πίνακας 66. Διαφοροποίηση της αϋπνίας ανάλογα με τα συγγενικά πρόσωπα

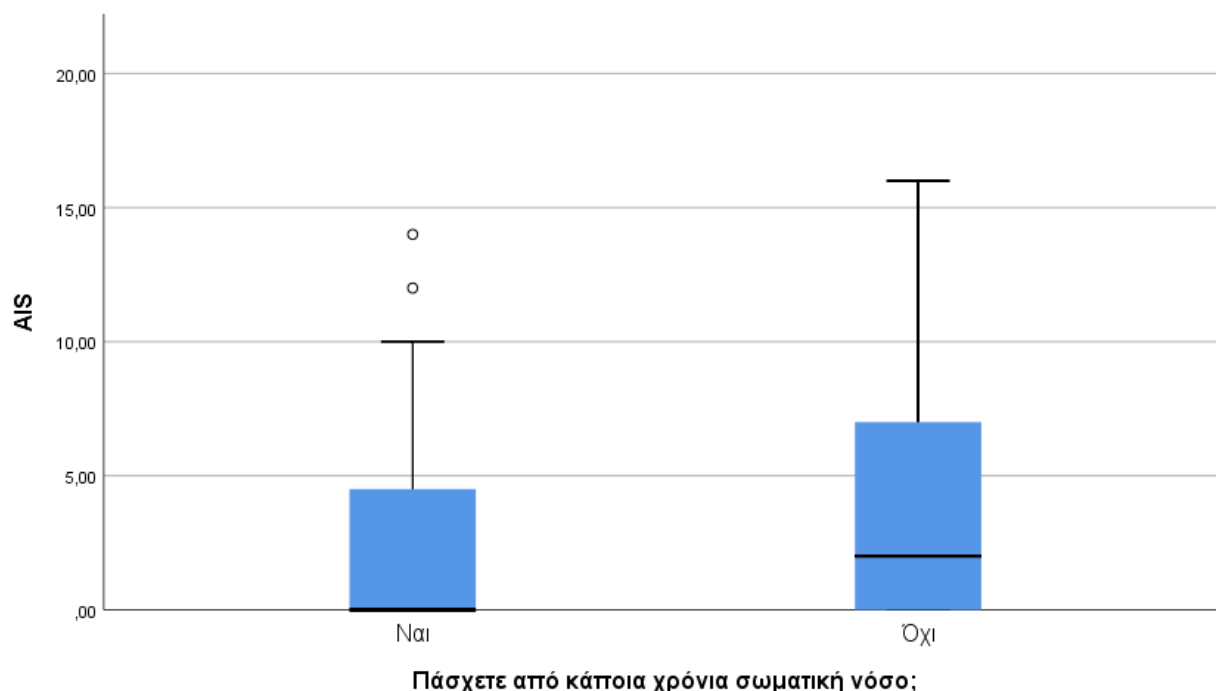
Από τους ελέγχους t και ανάλυση διακύμανσης του πίνακα 67 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Κινητικές Δυσκολίες;» ( $p=0,644$ ), με την ερώτηση «Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;» ( $p=0,984$ ), με την ερώτηση «Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;» ( $p=0,450$ ), με την ερώτηση «Προσέχετε την διατροφή σας;» ( $p=0,182$ ), με την ερώτηση «Προσέχετε την άσκησή σας;» ( $p=0,087$ ) και με την ερώτηση «Κάνετε διακοπές;» ( $p=0,327$ ). Διαπιστώνεται όμως ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση του δείκτη ικανοποίησης από την ζωή ανάλογα με την ερώτηση «Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;», όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=3,71$ ,  $SD=4,065$ ), καθώς  $p=0,023 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 67 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 65.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο;	Ναι	2,48	3,452	96	0,023
		Όχι	3,71	4,065	52	
	Κινητικές Δυσκολίες;	Ναι	3,90	3,815	40	0,644
		Όχι	2,55	3,623	108	
	Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης;	Ναι	2,98	3,630	41	0,984
		Όχι	2,89	3,760	107	
	Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή;	Ναι	2,77	3,733	99	0,450
		Όχι	3,20	3,691	49	
	Προσέχετε την διατροφή σας;	Όχι	4,35	4,756	17	0,182
		Μέτρια	2,86	3,583	99	



Προσέχετε την άσκησή σας;	Πολύ	2,31	3,402	32	0,087
	Όχι	3,14	3,817	100	
	Μέτρια	3,00	3,756	37	
Κάνετε διακοπές;	Πολύ	,55	,934	11	0,327
	Ναι	2,52	3,331	25	
	Όχι	2,99	3,793	123	

Πίνακας 67. Διαφοροποίηση της αϋπνίας ανάλογα με την υγεία και τις συνήθειες

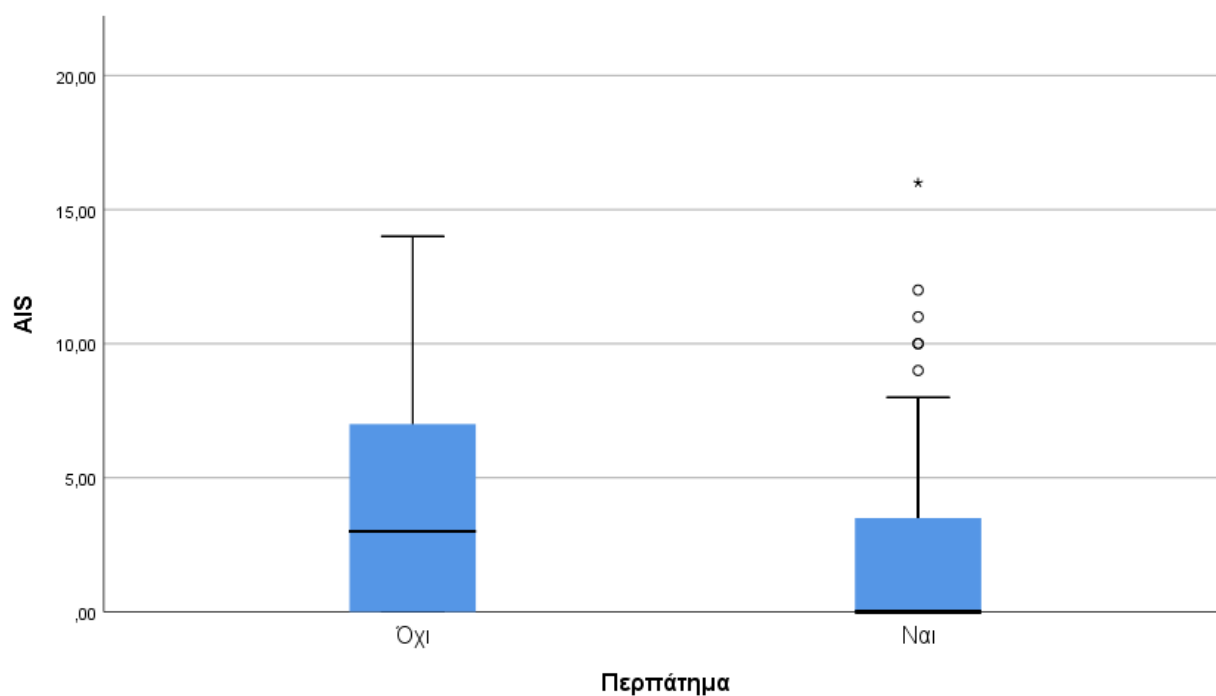


Γράφημα 65

Από τους ελέγχους t του πίνακα 68 που ακολουθεί διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με ψάρεμα ( $p=0,329$ ). Ενώ διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση της κλίμακας αϋπνίας ανάλογα με το περπάτημα, όπου η αρνητική απάντηση των συμμετεχόντων έχει σημαντικά υψηλότερες τιμές ( $M=3,61$ ,  $SD=3,695$ ), καθώς  $p=0,032 < 0,05$ . Οι τιμές ανά κατηγορία αποδίδονται αναλυτικά στον πίνακα 68 και οι διαφορές που εντοπίστηκαν από το γράφημα 66.

			Mean	Standard Deviation	Valid N	p
AIS	Ψάρεμα	Όχι	2,98	3,762	141	0,329
		Ναι	1,57	2,299	7	
	Περπάτημα	Όχι	3,61	3,695	69	0,032
		Ναι	2,30	3,642	79	

Πίνακας 68. Διαφοροποίηση της αϋπνίας ανάλογα με το ψάρεμα και το περπάτημα



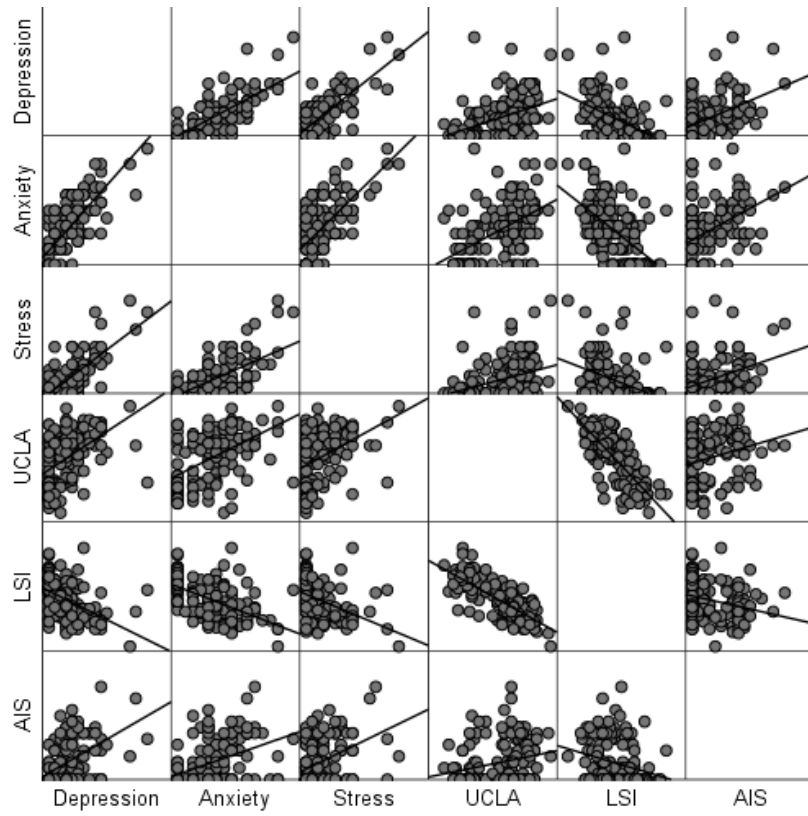
Γράφημα 66

Από τον έλεγχο συσχετίσεων που διεξάχθηκε με το συντελεστή συσχέτισης Pearson φαίνεται ότι σχεδόν σε όλες τις περιπτώσεις καταγράφονται στατιστικά σημαντικές και θετικές συσχετίσεις σε επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,001$ , ενώ αρνητικές είναι όλες οι συσχετίσεις που αφορούν την κλίμακα LSI όπως είναι άλλωστε αναμενόμενο. Συνεπώς αναμένονται μεγαλύτερες τιμές κατάθλιψης, άγχους και στρες για μεγαλύτερες τιμές μοναξιάς αλλά και μεγαλύτερες τιμές κακής ποιότητας ύπνου, ενώ όλα τα μεγέθη αυτά είναι αντιστρόφως ανάλογα με την ικανοποίηση από τη ζωή. Σημειώνεται ότι η πιο ισχυρή συσχέτιση που καταγράφεται είναι αυτή της ικανοποίησης από τη ζωή με τη μοναξιά η οποία είναι προφανώς αρνητική και έχει τιμή  $-0,771$  ενώ η πιο ασθενής είναι αυτή με την κλίμακα της απνίας με τιμή  $-0,260$ . Οι τιμές των δεικτών φαίνονται αναλυτικά στον πίνακα 69 που ακολουθεί, ενώ στο συγκεντρωτικό διάγραμμα διασποράς του γραφήματος 67 απεικονίζει τις σχέσεις που καταγράφηκαν.

		<u>Depression</u>	<u>Anxiety</u>	<u>Stress</u>	<u>UCLA</u>	<u>LSI</u>	<u>AIS</u>
<u>Depression</u>	<u>Pearson Correlation</u>	1	,773**	,774**	,468**	-,486**	,498**
	<u>Sig. (2-tailed)</u>		,000	,000	,000	,000	,000
	<u>N</u>	148	148	148	148	148	148
<u>Anxiety</u>	<u>Pearson Correlation</u>	,773**	1	,660**	,517**	-,553**	,437**
	<u>Sig. (2-tailed)</u>	,000		,000	,000	,000	,000
	<u>N</u>	148	148	148	148	148	148
<u>Stress</u>	<u>Pearson Correlation</u>	,774**	,660**	1	,382**	-,402**	,409**
	<u>Sig. (2-tailed)</u>	,000	,000		,000	,000	,000
	<u>N</u>	148	148	148	148	148	148
<u>UCLA</u>	<u>Pearson Correlation</u>	,468**	,517**	,382**	1	-,771**	,246**
	<u>Sig. (2-tailed)</u>	,000	,000	,000		,000	,003
	<u>N</u>	148	148	148	148	148	148
<u>LSI</u>	<u>Pearson Correlation</u>	-,486**	-,553**	-,402**	-,771**	1	-,260**
	<u>Sig. (2-tailed)</u>	,000	,000	,000	,000		,001
	<u>N</u>	148	148	148	148	148	148
<u>AIS</u>	<u>Pearson Correlation</u>	,498**	,437**	,409**	,246**	-,260**	1
	<u>Sig. (2-tailed)</u>	,000	,000	,000	,003	,001	
	<u>N</u>	148	148	148	148	148	148

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*Πίνακας 69. Συσχετίσεις μεταξύ των εκβάσεων.*



Γράφημα 67

## 9. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Στην παρούσα εργασία επιχειρήθηκε η διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, του αισθήματος της μοναξιάς, καθώς και της ικανοποίησης από τη ζωή κατά την τρίτη ηλικία. Αναλυτικότερα, προκειμένου να μετρηθούν και να εξεταστούν οι προαναφερθείσες μεταβλητές, λήφθηκαν υπόψη διάφορα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση και το επάγγελμα, ενώ πραγματοποιήθηκε και χρήση ορισμένων σταθμισμένων ερευνητικών εργαλείων – κλιμάκων μέτρησης.

Σε συμφωνία με τα πρότερα ευρήματα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, οι στατιστικές αναλύσεις της παρούσας έρευνας ανέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που ήταν έγγαμοι παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που είχαν χιρέψει, ένα εύρημα που είναι συμβατό και με άλλες μελέτες (Buber & Engelhardt, 2008; Pan et al., 2022). Οι χήροι συνήθως βιώνουν την απώλεια του συντρόφου τους, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από έντονο στρες και κατάθλιψη. Αντίθετα, οι έγγαμοι συμμετέχοντες εξακολουθούν να έχουν τη συντροφική σχέση τους, που μπορεί να λειτουργήσει ως σταθερός παράγοντας ψυχολογικής στήριξης (Buber & Engelhardt, 2008; Pan et al., 2022). Ακόμη, οι συμμετέχοντες που ασχολούνταν με τις οικιακές εργασίες σημείωσαν, επίσης, χαμηλότερες τιμές στη μέτρηση της κατάθλιψης, σε σχέση με τους συνταξιούχους ή τους ελεύθερους επαγγελματίες το οποίο έρχεται σε συμφωνία με ανάλογα ευρήματα προηγούμενων ερευνητικών μελετών (Tabler & Claudia, 2021). Αυτό, ενδεχομένως, μπορεί να συμβαίνει επειδή ο τρόπος ζωής και οι καθημερινές δραστηριότητές τους δεν έχουν υποστεί τόσο μεγάλες αλλαγές με την πάροδο του χρόνου, σε σύγκριση με αυτούς που εργάζονταν και συνταξιοδοτήθηκαν (Fenglin et al, 2023).

Επιπρόσθετα, τα δεδομένα της παρούσης έρευνας καθιστούν φανερό ότι όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν παιδιά, τα οποία τους επισκέπτονταν κάθε μέρα, παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές κατάθλιψης. Η φύση της σχέσης γονέα-παιδιού και η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων μεταξύ τους μπορεί να είναι σύνθετη και πολύπλευρη. Παράγοντες όπως τα πρότυπα επικοινωνίας, η συναισθηματική εγγύτητα καθώς και η παρουσία, ενδεχομένως, προστριβών ή/και συγκρούσεων θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς αντιλαμβάνονται και ανταποκρίνονται στις καθημερινές επισκέψεις των παιδιών τους. Η επαφή σε καθημερινή βάση των ηλικιωμένων είναι πιθανό να τους φέρνει αντιμέτωπους με τις δυσκολίες και το άγχος που βιώνουν τα ενήλικα παιδιά τους, τα οποία μπορεί να χρειάζεται να υποστηρίξουν σε προσωπικά και οικογενειακά θέματα. Ως αποτέλεσμα, οι ηλικιωμένοι επιβαρύνονται ψυχολογικά (Schulz et al., 2020). Ωστόσο, όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη, και η παντελής απουσία επισκέψεων των παιδιών στους γονείς τρίτης ηλικίας, αυξάνει σημαντικά τα καταθλιπτικά συμπτώματα. Σε παρόμοιο αποτέλεσμα έχουν καταλήξει και άλλες μελέτες τόσο κατά τη βίωση του εγκλεισμού, την περίοδο της πανδημίας (Brugiavini et al., 2022) όσο και

παλιότερα (Buber και Engelhardt, 2008). Η αύξηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας πιθανώς οφείλεται στη μεγαλύτερη απομόνωση και μοναξιά που βρέθηκε στη μελέτη μας ότι αισθάνονται οι ηλικιωμένοι κάτω από αυτή τη συνθήκη, ένα εύρημα που θα αναλυθεί στις επόμενες παραγράφους.

Ακόμη, αξίζει να σημειωθεί το εύρημα της εν λόγω μελέτης, πως οι συμμετέχοντες που είχαν στον περίγυρο τους κάποιον για να τους βοηθάει με τις καθημερινές τους ανάγκες, παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα κατάθλιψης, συγκριτικά με όσους δε διέθεταν κοινωνικό υποστηρικτικό δίκτυο, εύρημα το οποίο έρχεται σε συμφωνία με ανάλογα ευρήματα προηγούμενων ερευνητικών μελετών (Unsar & Sut, 2010; Liu et al., 2014; Unsar et al., 2015). Η παρουσία κάποιου που προσφέρει βοήθεια σε καθημερινές δραστηριότητες όπως φροντίδα και ψώνια μπορεί να μειώσει το αίσθημα απομόνωσης, να διευκολύνει την ανεξαρτησία, και να προσφέρει συναισθηματική στήριξη μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης (Shu-Chuan, 2003).

Οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη που παρουσίαζαν κινητικές δυσκολίες, που δεν ακολουθούσαν έναν ισορροπημένο τρόπο διατροφής ή δεν πήγαιναν διακοπές, παρουσίαζαν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης. Μάλιστα, οι Zhou και συνεργάτες (2023) διαπίστωσαν ότι η επαρκής πρωτεϊνική πρόσληψη από πληθυσμούς της τρίτης ηλικίας, αμβλύνει τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ οι κινητικές δυσκολίες στους ηλικιωμένους ανθρώπους, όπως διαπιστώθηκε και από την εν λόγω μελέτη, σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Lampinen & Heikkinen, 2003; Feldman, 2019). Οι κινητικές δυσκολίες μπορεί να οδηγήσουν σε φυσική ανασφάλεια πράγμα που επηρεάζει αρνητικά τη φυσική υγεία και να περιορίσουν την ικανότητα των ηλικιωμένων να συμμετέχουν σε κοινωνικές δραστηριότητες και να διατηρήσουν κοινωνικές σχέσεις. Ακόμη, μπορεί να επηρεάσουν την αυτοεικόνα των ηλικιωμένων, καθώς μπορεί να αισθάνονται λιγότερο αποτελεσματικοί και ανεξάρτητοι (Lezzoni et al, 2001).

Αναφορικά με την μέτρηση του άγχους και του στρες των συμμετεχόντων, οι έγγαμοι συμμετέχοντες παρουσίαζαν χαμηλότερες τιμές άγχους και στρες, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που είτε είχαν χηρέψει, είτε ήταν διαζευγμένοι ή εν διαστάσει. Οι έγγαμοι άνθρωποι συχνά έχουν σταθερές σχέσεις και στήριξη από τον σύντροφό τους. Η συνύπαρξη με έναν σύντροφο μπορεί να παρέχει συναισθηματική στήριξη και να μειώσει την αίσθηση απομόνωσης, δίνει τη δυνατότητα στους ηλικιωμένους να ανοίξουν διάλογο για τις ανησυχίες τους και να μοιραστούν τις σκέψεις τους, παράγοντες που επηρεάζουν θετικά το άγχος και το στρες (Beam et al, 2017). Μάλιστα, όσοι συζούσαν με τον σύντροφό τους παρουσίαζαν περιορισμένο άγχος, σε σχέση με όσους διαβίωναν μόνοι τους, ευρήματα που βρίσκονται σε συμφωνία με τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα (Feldman, 2019). Ακολούθως, το επαγγελματικό προφίλ των συμμετεχόντων κατέδειξε ότι οι ασχολούμενοι με τα οικιακά, βίωναν αμβλυμένο άγχος και στρες συγκριτικά με τους συνταξιούχους και τους ελεύθερους επαγγελματίες. Ειδικότερα, αναφορικά με τους συνταξιούχους, όπως έχουν υποδείξει ευρήματα

προηγούμενων ερευνών, η μετάβαση από την εργασία στη συνταξιοδότηση φαίνεται να σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης και υψηλά επίπεδα άγχους και στρες (Osborne, 2012). Η εργασία συχνά αποτελεί σημαντικό μέρος της ταυτότητας ενός ατόμου. Η μετάβαση στη συνταξιοδότηση μπορεί να συνεπάγεται την απώλεια αυτής της ταυτότητας, προκαλώντας ανασφάλεια και αυτοαναζήτηση. Η συνταξιοδότηση μπορεί να οδηγήσει σε μείωση των κοινωνικών δραστηριοτήτων και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, καθώς οι συνταξιούχοι μπορεί να αισθάνονται περισσότερο απομονωμένοι (Wetzel et al, 2016).

Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι δέχονται επισκέψεις από τα παιδιά τους σε καθημερινή βάση, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα άγχους και στρες, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που ανέφεραν πως δέχονται επισκέψεις από τα παιδιά τους μερικές φορές την εβδομάδα. Καθημερινές επισκέψεις μπορεί να δημιουργήσουν πίεση και ευθύνη στους ηλικιωμένους γονείς, που μπορεί με τον τρόπο αυτό να έρχονται σε καθημερινή επαφή με τα προβλήματα και τα άγχη των ενήλικων παιδιών τους. Η καθημερινή επαφή θα μπορούσε να οδηγήσει σε διαφωνίες ή/και προστριβές. Θα μπορούσε, επίσης, να αποτελεί υπενθύμιση της εξάρτησής τους από τα παιδιά τους. Ορισμένοι ηλικιωμένοι προτιμούν να διατηρήσουν την ανεξαρτησία τους και να μην εξαρτώνται πάρα πολύ από την υποστήριξη των παιδιών τους. Αυτή η επιθυμία για ανεξαρτησία μπορεί να προκαλέσει άγχος όταν οι επισκέψεις είναι πολύ συχνές (Wróblewska et al, 2023). Ακόμη, από τα πορίσματα της ανωτέρω μελέτης, κατέστη εμφανές πως οι συμμετέχοντες οι οποίοι δέχονταν επισκέψεις από τα παιδιά τους μερικές φορές τον μήνα, παρουσίαζαν χαμηλότερες τιμές άγχους και στρες από τους συμμετέχοντες που δεν δέχονταν ποτέ ή σχεδόν ποτέ επισκέψεις από τα παιδιά τους. Ο Ding και οι συνεργάτες του (2023) σε πρόσφατη μελέτη, υποστήριξαν πως για τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε γηριατρικές μονάδες, όσο συχνότερα δέχονται επισκέψεις από τα παιδιά τους, τόσο πιο αμβλυμμένα επίπεδα άγχους παρουσιάζουν.

Άξιο αναφοράς κρίνεται το εύρημα της παρούσας έρευνας, ότι ακόμα και η τηλεφωνική επικοινωνία των συμμετεχόντων με τα παιδιά τους φαίνεται να επιδρά στα επίπεδα άγχους και στρες που βιώνουν, καθώς όπως υπέδειξε η εξέταση των αποτελεσμάτων της μελέτης, τα άτομα τρίτης ηλικίας που συνομιλούσαν τηλεφωνικά με τα παιδιά τους σε καθημερινή βάση, παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα άγχους, σε σχέση με τα άτομα τρίτης ηλικίας που δεν είχαν ποτέ ή σχεδόν ποτέ επικοινωνία με τα παιδιά τους διαμέσου του τηλεφώνου. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα ανάλογης μελέτης που διενεργήθηκε εν μέσω της πανδημίας του Covid – 19, κατέδειξαν πως η τηλεφωνική επικοινωνία των ηλικιωμένων με τα αγαπημένα τους πρόσωπα, οδηγούσε στη βίωση αυξημένων επιπέδων άγχους, λόγω της προσλαμβανόμενης αδυναμίας για επίτευξη διαπροσωπικής επαφής μαζί τους (Xiang et al. , 2022) .

Έπειτα, σε συμφωνία με τους Rashedi και συνεργάτες (2013), τα ευρήματα της εν λόγω ερευνητικής μελέτης υποδεικνύουν πως η ύπαρξη στον περίγυρο των ηλικιωμένων συμμετεχόντων

άλλων ανθρώπων, οι οποίοι συνδράμουν στη διεκπεραίωση των καθημερινών τους αναγκών, φαίνεται να δρα ανακουφιστικά στα επίπεδα άγχους τους, καθώς οι συμμετέχοντες που διέθεταν έναν υποστηρικτικό, ως προς την κάλυψη των καθημερινών τους αναγκών, κοινωνικό περίγυρο, παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δεν βίωναν παρόμοια κατάσταση.

Στη συνέχεια, από την εξέταση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης, διαπιστώθηκε ότι οι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα στρες σε σύγκριση με τις χαμηλότερες βαθμίδες εκπαίδευσης. Άνθρωποι με υψηλότερη μόρφωση θα μπορούσαν, ενδεχομένως, να είναι εφοδιασμένοι με πιο αποτελεσματικούς μηχανισμούς άμυνας που επιτρέπουν την αποτελεσματικότερη διαχείριση του στρες. Επίσης, έχει διαπιστωθεί τόσο στην παρούσα μελέτη όσο και στη μελέτη του Feldman (2019) ότι η ύπαρξη κινητικών δυσκολιών στα άτομα τρίτης ηλικίας, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και η έλλειψη διακοπών, σχετίζονται θετικά με τα αυξημένα επίπεδα στρες που βιώνουν.

Αναφορικά με το αίσθημα της μοναξιάς που βίωναν οι συμμετέχοντες, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης βρίσκονται σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων μελετών, καθώς κατέστη φανερό ότι οι συμμετέχοντες που προέρχονταν από ένα υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ήταν έγγαμοι, έμεναν με τον σύντροφό τους (Lecovich et al., 2008 ; Feldman, 2019) και ασχολούνταν με τα οικιακά, παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα αισθήματος της μοναξιάς, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που προέρχονταν από χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, ήταν άγαμοι ή χήροι, δε διέμεναν με τον σύντροφό τους και δεν ασχολούνταν με τα οικιακά. Οι συμμετέχοντες με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο ενδεχομένως έχουν πρόσβαση σε περισσότερες δραστηριότητες ή/ και ενδιαφέροντα που γεμίζουν τον χρόνο τους με αποτέλεσμα να αισθάνονται λιγότερη μοναξιά ενώ από την άλλη πλευρά οι συμμετέχοντες που ασχολούνταν με τα οικιακά είναι πιθανό να μην βιώνουν ιδιαίτερες μεταβολές στην καθημερινότητά τους καθώς μεγαλώνουν όπως συμβαίνει με τους εργαζόμενους οι οποίοι μετά τη συνταξιοδότηση βλέπουν το κοινωνικό / επαγγελματικό τους δίκτυο να συρρικνώνεται. Ωστόσο, πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν καταγράψει τον κίνδυνο εμφάνισης αυξημένων επιπέδων μοναξιάς από γυναίκες που διανύουν την τρίτη ηλικία και απασχολούνται αποκλειστικά με τα οικιακά (Durak et al., 2023).

Ακόμη, τα αποτελέσματα της εν λόγω μελέτης κατέληξαν ότι οι συμμετέχοντες που είχαν παιδιά, παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα μέτρησης της μοναξιάς και είναι συμβατά με τα αποτελέσματα άλλων μελετών (Azeredo & Afonso, 2016 ; Zhou et al. , 2018). Μάλιστα, όσοι από τους συμμετέχοντες ανέφεραν ότι δέχονται επισκέψεις ή μιλούν τηλεφωνικά με τα παιδιά τους, έτειναν να παρουσιάζουν χαμηλότερες τιμές στη μέτρηση της μοναξιάς, σε σύγκριση με τους συμμετέχοντες που δήλωσαν πως δεν δέχονται επισκέψεις από τα παιδιά τους ή δεν συνομιλούν μαζί τους ποτέ. Επιπρόσθετα, όσοι συμμετέχοντες είχαν εγγόνια και φίλους και δέχονταν συχνές επισκέψεις από τα



εγγόνια και τους φίλους τους αντίστοιχα, καθώς και όσοι συμμετέχοντες είχαν αδέρφια και ήταν ικανοποιημένοι από την επαφή τους με τους συγγενείς τους, παρουσίαζαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα του αισθήματος της μοναξιάς (Zhou et al., 2018; Feldman, 2019). Τα προαναφερόμενα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τη σημαντικότητα της συχνής επαφής με το κοινωνικό – οικογενειακό υποστηρικτικό δίκτυο.

Τα επίπεδα του αισθήματος της μοναξιάς κατά την τρίτη ηλικία, σύμφωνα με την εν λόγω έρευνα, αλλά και σε συμφωνία με πρότερα ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται να επηρεάζονται από τη σειρά γέννησης, καθώς όσοι από τους συμμετέχοντες είχαν σειρά γέννησης έξι παρουσίασαν σημαντικά χαμηλότερες τιμές στη μέτρηση της μοναξιάς, συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που έχουν σειρά γέννησης ένα (Soyasal & Selda, 2016). Σε σχέση με τα επίπεδα της υγείας, τα δεδομένα της παρούσας έρευνας υποδηλώνουν ότι η ύπαρξη χρόνιου νοσήματος και κινητικών δυσκολιών, η λήψη φαρμακευτικής αγωγής, η μη προσεγμένη διαίτα και η έλλειψη άσκησης, επηρέαζαν δυσμενώς τις τιμές του αισθήματος της μοναξιάς των συμμετεχόντων, ευρήματα που επιβεβαιώνονται και από προηγούμενες ερευνητικές μελέτες (Bhatia et al., 2007; Hazer & Boylu, 2010).

Τα αποτελέσματα της έρευνας σε σχέση με το αίσθημα της ικανοποίησης των συμμετεχόντων από τη ζωή, καταδεικνύουν ότι οι γυναίκες και οι έχοντες πανεπιστημιακή εκπαίδευση έτειναν να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους, Οι Melendez et al. (2009), σε σχετική μελέτη, αναφέρουν πως το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο σχετίζεται με χαμηλές τιμές μοναξιάς και μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή κατά την τρίτη ηλικία. Αναφορικά με τις διαφορές του φύλου, ο Oshio (2012) επισημαίνει πως οι άντρες αναφέρουν γενικότερα χαμηλότερο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ οι Matud και συνεργάτες (2019) αναφέρουν πως οι διαφορές φύλου, ως προς την ικανοποίηση από τη ζωή, διαμεσολαβούνται από άλλες μεταβλητές, όπως το εκπαιδευτικό επίπεδο και η ύπαρξη υποστηρικτικού κοινωνικού δικτύου.

Επιπλέον, στην παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι έγγαμοι συμμετέχοντες, οι διαμένοντες με τον σύντροφό τους (Feldman, 2019), οι ασχολούμενοι με τα οικιακά, όσοι δέχονταν επισκέψεις από τα παιδιά τους μερικές φορές την εβδομάδα, όσοι μιλούσαν καθημερινά στο τηλέφωνο μαζί τους, όσοι είχαν φίλους με τους οποίους επικοινωνούσαν καθημερινά, όσοι ήταν ικανοποιημένοι από την επαφή που διατηρούσαν με τους συγγενείς τους, και όσοι διατηρούσαν καλές σχέσεις με τα αδέρφια τους, παρουσίαζαν γενικά υψηλότερες τιμές στις μετρήσεις της ικανοποίησης από τη ζωή (Yeung & Fung, 2007 ; Yunong, 2011). Ακόμη, αποτελέσματα παρόμοιας ερευνητικής μελέτης έχουν καταδείξει ότι όσα άτομα τρίτης ηλικίας έχουν σειρά γέννησης έξι, συγκριτικά με όσους έχουν σειρά γέννησης ένα (Soyasal & Selda, 2016), παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή τους. Οι διαφορετικές θέσεις στη σειρά γέννησης μπορούν να επηρεάσουν τη δυναμική της οικογένειας. Για παράδειγμα, τα παιδιά που είναι έκτα στη σειρά γέννησης μπορεί να απολαμβάνουν την υποστήριξη και τη φροντίδα

μιας πολυμελούς οικογένειας και πιο συγκεκριμένα έξι μεγαλύτερων αδερφών. Το εύρημα αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί με δεδομένη την ισχυρή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στη μοναξιά και την ικανοποίηση από τη ζωή που προέκυψε στην παρούσα μελέτη. Οι συμμετέχοντες που βίωναν λιγότερη μοναξιά εμφάνιζαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Επίσης, οι συμμετέχοντες που δεν έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα, πρόσεχαν τη διαίτά τους και προέβαιναν σε σωματική άσκηση, έτειναν να παρουσιάζουν υψηλότερο αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή (Feldman, 2019). Επιπρόσθετα, σε συμφωνία με άλλη σχετική μελέτη, στην παρούσα έρευνα προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες που ασκούσαν παρουσίασαν γενικά υψηλότερες τιμές στις μετρήσεις της ικανοποίησης από την ζωή συγκριτικά με όσους απάντησαν «Όχι» και «Μέτρια» (Hsin-Yu et al, 2020). Συμπληρωματικά, όσοι από τους συμμετέχοντες που πρόσεχαν την διατροφή τους παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες τιμές συγκριτικά με τους συμμετέχοντες απάντησαν «Όχι» και «Μέτρια» εύρημα που επιβεβαιώνεται και από προηγούμενη ερευνητική μελέτη (Hautekiet et al, 2022).

Σε σχέση με την αϋπνία κατά την τρίτη ηλικία, στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι τα επίπεδα αϋπνίας των συμμετεχόντων επηρεάζονταν από την ύπαρξη παιδιών. Οι ηλικιωμένοι που είχαν παιδιά παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα αϋπνίας, εύρημα που θα μπορούσε να αποτελεί συνέπεια πολλών αιτιολογικών παραγόντων. Οι γονείς, ειδικά όσοι είναι ηλικιωμένοι, μπορεί να ανησυχούν για τα παιδιά τους και να έχουν αγχώδεις σκέψεις, ιδίως αν τα παιδιά τους αντιμετωπίζουν δυσκολίες ή προβλήματα. Αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά τους να κοιμηθούν βαθιά και ανεμπόδιστα (Lancee et al, 2017). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι οι συμμετέχοντες που δεν προέβαιναν σε τακτικό περπάτημα, παρουσίαζαν υψηλότερα επίπεδα αϋπνίας, όπως επισημαίνεται και από τον Feldman (2019). Το περπάτημα είναι μια φυσική δραστηριότητα που βοηθά στην εξάντληση της ενέργειας του σώματος, βελτιώνει τη διάθεση, και προωθεί την χαλάρωση πριν από τον ύπνο. Επίσης, βελτιώνει την καρδιαγγειακή υγεία και μπορεί να συμβάλει στη σταθερότητα της πίεσης του αίματος, βελτιώνοντας έτσι την ποιότητα του ύπνου (Cheng et al, 2022).

Η πιο ισχυρή αρνητική συσχέτιση που καταγράφεται μεταξύ των κλιμάκων στην παρούσα μελέτη είναι αυτή της ικανοποίησης από τη ζωή με τη μοναξιά. Αυτό σημαίνει ότι όσο περισσότερο νιώθουν οι άνθρωποι μοναξιά, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι είναι με την ζωή τους. Αυτή η σχέση υποδηλώνει ότι η μοναξιά μπορεί να έχει σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική ευεξία και τη γενική ικανοποίηση από τη ζωή του ατόμου (Hawkey & Cacioppo, 2010). Επιπλέον, επισημαίνει την ανάγκη για προγράμματα και πρωτοβουλίες που προάγουν την κοινωνική συνδεσιμότητα και τη συναισθηματική ευημερία των ηλικιωμένων, με σκοπό τη βελτίωση της ικανοποίησής τους από τη ζωή.

## 10. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ

Οι περιορισμοί της μελέτης εντοπίζονται αρχικά στο γεγονός πως το δείγμα δεν ήταν αρκετά μεγάλο, τα δεδομένα προέρχονται από ένα μόνο δήμο συνεπώς τα συμπεράσματα δεν μπορούν να γενικευθούν στον ευρύτερο ελληνικό πληθυσμό αφού ενδέχεται να διαφοροποιούνται για τους υπόλοιπους ηλικιωμένους που δεν εξυπηρετούνται από τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων. Η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς αποτελεί, επίσης, ερευνητικό περιορισμό. Οι απαντήσεις στηρίζονται στις υποκειμενικές κρίσεις των συμμετεχόντων. Υπάρχει πιθανότητα να δόθηκαν απαντήσεις με βάση το κοινωνικώς ορθό και επιθυμητό, απαντήσεις, δηλαδή, που η κοινωνία θεωρεί αποδεκτές. Τέλος, προτείνεται στο μέλλον η επανάληψη της μελέτης σε μεγαλύτερο δείγμα του πληθυσμού των ηλικιωμένων προκειμένου να γίνει διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, του αισθήματος μοναξιάς και της ικανοποίησης από την ζωή.

## 11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το συμπέρασμα αυτής της μελέτης φέρνει στο φως ένα σύνθετο μωσαϊκό ψυχολογικής ευημερίας μεταξύ των ηλικιωμένων, ρίχνοντας φως σε πολλές αλληλένδετες πτυχές που συμβάλλουν στην ψυχική τους υγεία. Η ανάλυσή επιβεβαιώνει τον εξέχοντα ρόλο της οικογενειακής κατάστασης στην επιρροή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους ενήλικες. Η παρατήρηση αυτή υπογραμμίζει την πιθανή προστατευτική επίδραση του γάμου έναντι της εμφάνισης καταθλιπτικών εμπειριών.

Η συχνότητα των επισκέψεων των παιδιών αναδείχθηκε ως ένας σημαντικός παράγοντας που διαμορφώνει το συναισθηματικό τοπίο των συμμετεχόντων μας. Όσοι δέχονταν σπάνιες επισκέψεις ή βίωναν πλήρη απουσία επισκέψεων από τα παιδιά τους, εμφάνιζαν υψηλότερες βαθμολογίες κατάθλιψης. Αυτά τα ευρήματα υπογραμμίζουν την κρίσιμη σημασία της οικογενειακής επαφής στη ζωή των ηλικιωμένων ενηλίκων. Υπογραμμίζουν τον ρόλο της οικογένειας όχι απλώς ως φροντιστών αλλά ως συναισθηματικών αγκυρών, η παρουσία ή η απουσία των οποίων επηρεάζει βαθιά την ψυχική ευημερία των ηλικιωμένων. Η έρευνά υπογραμμίζει τον αναγκαίο ρόλο που διαδραματίζουν τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης. Οι συμμετέχοντες που είχαν την τύχη να έχουν στο άμεσο περιβάλλον τους άτομα που τους βοηθούσαν στις καθημερινές τους ανάγκες ανέφεραν μειωμένα καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτή η διαπίστωση επαναλαμβάνει το μήνυμα ότι η παρουσία ενός ισχυρού δικτύου κοινωνικής υποστήριξης μοιάζει με μια δικλείδα προστασίας από τη φθορά της κατάθλιψης. Επισημαίνει την εγγενή αξία των ανθρώπινων δεσμών, των φιλικών σχέσεων και την αμοιβαία φύση της συναισθηματικής ευημερίας. Η διερεύνησή επεκτάθηκε πέρα από την κατάθλιψη για να διερευνήσει το άγχος και το στρες. Και εδώ, η οικογενειακή κατάσταση αναδείχθηκε ως αξιοσημείωτος παράγοντας, με τους παντρεμένους συμμετέχοντες να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και στρες.

Οι συμμετέχοντες με παιδιά και όσοι δέχονταν επισκέψεις ή επικοινωνούσαν τηλεφωνικά με τα παιδιά τους ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα μοναξιάς. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη βαθιά επίδραση της οικογενειακής αλληλεπίδρασης στην ανακούφιση του αισθήματος μοναξιάς μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων. Αποτελούν μια οδυνηρή υπενθύμιση της συναισθηματικής υποστήριξης που παρέχουν οι οικογενειακοί δεσμοί, μετριάζοντας τη μοναξιά που συχνά μπορεί να πλήττει τα ηλικιωμένα άτομα. Τέλος, η μελέτη αποκάλυψε διαφορές μεταξύ των δύο φύλων και του μορφωτικού επιπέδου στην αναφερόμενη ικανοποίηση από τη ζωή. Οι άνδρες έτειναν να εκφράζουν υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή, όπως και οι απόφοιτοι λυκείου σε σύγκριση με εκείνους με πανεπιστημιακή εκπαίδευση. Οι διαφορές αυτές προσκαλούν σε περαιτέρω διερεύνηση των υποκείμενων παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση από τη ζωή, αναδεικνύοντας πιθανούς τομείς για στοχευμένες παρεμβάσεις.

Συμπερασματικά, η μελέτη διερευνά διάφορες πτυχές της ψυχολογικής κατάστασης των ηλικιωμένων και μπορεί να προσφέρει μια πιο ολοκληρωμένη εικόνα συμβάλλοντας στην ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των εμπλεκόμενων φορέων με στόχο τον σχεδιασμό πιο αποτελεσματικών παρεμβάσεων και την ενίσχυση των υποστηρικτικών τους συστημάτων προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα της ζωής τους στο μέγιστο δυνατό βαθμό.

## 12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aboderin, I. (2004). Modernisation and ageing theory revisited: current explanations of recent developing world and historical Western shifts in material family support for older people. *Ageing & Society*, 24(1), 29–50.
- Age UK. (2011) *Safeguarding the convoy. A call to action from the campaign to end loneliness*. Available from: [https://campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/downloads/2011/07/safeguarding-the-convey\\_-\\_a-callto-action-from-the-campaign-to-end-loneliness.pdf](https://campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/downloads/2011/07/safeguarding-the-convey_-_a-callto-action-from-the-campaign-to-end-loneliness.pdf). Πρόσβαση 20/8/2023.
- Aishvarya S, Maniam T, Karuthan C, et al. (2014) Psychometric properties and validation of the satisfaction with life scale in psychiatric and medical outpatients in Malaysia. *Compr Psychiatry*, 55:S101–6.
- Aledo JC, Blanco JM. (2015). Aging is neither a failure nor an achievement of natural selection. *Curr Aging Sci.*, 8(1):4-10.
- Aldre Sagen. (2018). *Eat together and create new communities*. Available from: <https://www.aeldresagen.dk/om-aeldresagen/lige-nu/sammenmed>.
- Anisimov VN, Bartke A. (2013). The key role of growth hormone-insulin-IGF-1 signaling in aging and cancer. *Crit Rev Oncol Hematol.*, 87:201–223.
- Anton B, Vitetta L, Cortizo F, Sali A. (2005). Can we delay aging? The biology and science of aging. *Ann N Y Acad Sci.*, 1057:525–535.
- Anthony D Ong 1, Bert N Uchino, Elaine Wethington. (2005) Loneliness and Health in Older Adults: A Mini-Review and Synthesis, 62(4):443-9.
- Austad SN. (2004). Is aging programmed? *Aging Cell.*, 3:249–251.
- Australian Coalition to End Loneliness (2017). *About Australian Coalition to End Loneliness*. Available from: <http://www.endloneliness.com.au/about/> Πρόσβαση 3/9/2023..
- Azemin MZC, Kumar DK, Wong TY, Wang JJ, Mitchell P, Kawasaki R, Wu H. (2012). Age-related rarefaction in the fractal dimension of retinal vessel. *Neurobiol Aging*, 33:194.e191–194.e194.
- Azeredo, Z. D. A. S., & Afonso, M. A. N. (2016). Loneliness from the perspective of the elderly. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19, 313-324. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Atkins, J., Naismith, S. L., Luscombe, G. M., & Hickie, I. B. (2014). Psychological distress and quality of life in older persons: relative contributions of fixed and modifiable risk factors, *BMC Psychiatry*, 13, 249.
- Aylaz, R., Akturk, U., Erci, B., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3): 548-554.
- Barja G. (2013). Updating the mitochondrial free radical theory of aging: an integrated view, key aspects, and confounding concepts. *Antioxid Redox Signal.*, 19:1420–1445.
- Beam C. R, Diana Dinescu, Robert Emery, Eric Turkheimer (2017). A Twin Study on Perceived Stress, Depressive Symptoms, and Marriage, 58(1):37-53.

- Becker, N. B., Saul, N. J., & Martins, R. S. (2017). Depression and sleep quality in older adults: A meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, 22(8): 889-895.
- Berdichevsky A, Viswanathan M, Horvitz HR, Guarente L. (2006). *C. elegans* SIR-2.1 interacts with 14-3-3 proteins to activate DAF-16 and extend life span. *Cell*, 125:1165–1177.
- Beh HC. (1994). A survey of daytime napping in an elderly Australian population. *Australian Journal of Psychology*, 46(2):100–106.
- Bhandari, P., & Paswan, B. (2021). Lifestyle behaviours and mental health outcomes of elderly: Modification of socio-economic and physical health effects. *Ageing International*, 46, 35-69. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12126-020-09371-0>
- Bhatia, S. P. S., Swami, H. M., Thakur, J. S., & Bhatia, V. (2007). A study of health problems and loneliness among the elderly in Chandigarh. *Indian Journal of Community Medicine*, 32(4), 255-258.
- Biliński T, Zdrażg-Tęcza R, Bartosz G. (2012). Hypertrophy hypothesis as an alternative explanation of the phenomenon of replicative aging of yeast. *FEMS Yeast Res*, 12:97–101.
- Bishop A, Martin P, Poon L.(2006). Happiness and congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. *Aging Mental Health* 10: 445-453.
- Blagosklonny MV.(2013). Aging is not programmed. *ABBV Cell Cycle*, 12:3736–3742.
- Bliwise, DL. Scullin, MK. (2017). Normal aging. In: Kryger, MH.Roth, T., Dement, WC. Editors. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: Elsevier.
- Brugiavini, A., Novi, C. D., & Orso, C. E. (2022). Visiting parents in times of COVID-19: The impact of parent-adult child contacts on the psychological health of the elderly. *Economics & Human Biology*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.ehb.2022.101152>
- Buber, I., & Engelhardt, H. (2008). Children's impact on the mental health of their older mothers and fathers: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *European Journal of Ageing*, 5(1), 31-45. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5546383/>
- Cattan M, White M. (1998). *Developing evidence-based health promotion for older people: A systematic review and survey of health promotion interventions targeting social isolation and loneliness among older people. Internet J Heal Promot*. Available from: <https://www.iuhpe.org/rhpeo/ijhp-articles/1998/13/index.htm>.
- Chesser, B. (2015). *Senescence in Humans*. M L Books International.
- Conor O Luanaigh 1, Brian A Lawlor. (2008). Loneliness and the health of older people. 23(12):1213-21
- Crowley K. (2011). Sleep and sleep disorders in older adults. *Neuropsychology review*, 21(1):41–53.
- Cudjoe TKM, Selvakumar S, Chung SE, et al. (2022). Getting under the skin: social isolation and biological markers in the National Health and Aging Trends Study. *J Am Geriatr Soc.*, 70(2):408–14.
- Cutler, RG. (1982). The dysdifferentiative hypothesis of mammalian aging and longevity. In: Jacobini, E., editor. *The Aging Brain*. Raven Press; New York.

- Crewdson, J. A. (2017). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging and Clinical Care in the Elderly* 8(1).
- Davidson S, Rossall P. (2015). Evidence Review: Loneliness in Later Life. White Pap., 1–29.
- Magalhaes JP. (2014). The scientific quest for lasting youth: prospects for curing aging. *Rejuvenation Res.*, 17:458–467.
- De Loof A, De Haes W, Boerjan B, Schoofs L. (2013). The fading electricity theory of ageing: the missing biophysical principle? *Ageing Res Rev.*, 12:58–66.
- Dezutter, J., Wiesmann, U., Apers, S., & Luyck, K. (2013). Sense of coherence, depressive feelings, and life satisfaction in older persons: a closer look at the role of integrity and despair. *Aging & Mental Health*, 17(7): 839-843.
- Didino D, Frolova EA, Taran EA, Gorodetski K. (2016). Predictors of life satisfaction among older adults in Siberia. Future Academy, Tomsk.
- Ding, S., Liu, G., Xu, F., Ji, K., Zhao, L., Zheng, X., Benjamin, O., Zhengsheng, W., Yang, S., & Chen, R. (2023). The satisfaction of elderly people with elderly caring social organizations and its relationship with social support and anxiety during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23(1), 1-12.
- Dizdaroglu M. (1992). Oxidative damage to DNA in mammalian chromatin. *Mutat Res /DNAging*, 275:331–342.
- Dollemore, D. (2002). *Aging Under the Microscope: A Biological Quest*. National Institutes of Health, National Institute on Aging, Office of Communications and Public Liaison.
- Dovidio, J. F., Pagotto, L., & Hebl, M. R. (2011). Implicit attitudes and discrimination against people with physical disabilities. In R. Wiener, & S. Willborn (Eds.), *Disability and Aging Discrimination*. Springer.
- Desjardins, S., Lapierre, S., Hudon, C., & Desgagne, A. (2019). Factors involved in sleep efficiency: a population-based study of community-dwelling elderly persons, 42(5):zsz038.
- Domenench-Abella, J., Lara, E., Valera, M. R., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Mateos, J. L. A., Enkvist, A., Ekstrom, H., & Elmstahl, S., (2012). What factor affect life satisfaction among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(1): 140- 147.
- Durak, M., Senol-Durak, E., & Karakose, S. (2023). Psychological distress and anxiety among housewives: The mediational role of perceived stress, loneliness, and housewife burnout. *Current Psychology*, 42(17), 14517-14528.
- Elewa R, Zouboulis CC. (2014). Molecular mechanisms of action of topical antiaging compounds. *J Egypt Women's Dermatol Soc.*, 11:73–78.
- Erikson EH, Erikson JM, Kivnick HQ. (1986). *Vital involvement in old age: the experience of old age in our time*. New York, NY: W. W. Norton.

- Erin York Cornwell I, Linda J Waite. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults, 50(1):31-48.
- Feldman, R. S. (2019). Αναπτυξιακή Ψυχολογία. Διά Βίου Αναπτυξιακή Προσέγγιση (Η.Γ Μπεζεβέγκης, Επιμ.). Gutenberg.
- Fenglin Xu, Yuan J., Hongxia Wu (2023). Association of depressive symptoms with retirement in Chinese employees: evidence from national longitudinal surveys from 2011 to 2018, 26;23(1):961.
- Finch CE. (2014). The menopause and aging, a comparative perspective. J Steroid Biochem Mol Biol., 142:132–141.
- Foley D, Ancoli-Israel S, Britz P, Walsh J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: results of the 2003. National Sleep Foundation Sleep in America Survey. Journal of psychosomatic research, 56(5):497–502.
- Fontana L, Partridge L, Longo VD. (2010). Extending healthy life Span—from yeast to humans. Science, 328:321–326.
- Floyd JA, Janisse JJ, Jenuwine ES, Ager JW. (2007). Changes in REM-sleep percentage over the adult lifespan. SLEEP, 30(7):829.
- Gerino, E., Rolle, L., Sechi, C., Brustia, P. (2017). Loneliness, resilience, mental health and quality of life in old age: A Structural equation model. Frontiers in Psychology, 14:8:2003.
- Gomes, S. R. B., Schantz, M. V., & Leocadio-Miguel, M. (2023). Predicting depressive symptoms in middle- aged and elderly adults using sleep data and clinical health markers: A machine learning approach. Sleep Medicine, 102: 123-131.
- Ghimire S, Baral BK, Karmacharya I, et al. (2018). *Life satisfaction among elderly patients in Nepal: associations with nutritional and mental well-being. Health Qual Life Outcomes*, 16:118
- Gholizadeh A, Shirani E. (2010). Relationships among individual, familial, social, economic and life satisfaction of the elderly of Isfahan. Appl Sociol., 21: 69-82.
- Gleason, K., & Vaughn McCall, W. (2015). Current concepts in the diagnosis and treatment of sleep disorders in the elderly. Current Psychiatry Reports, 17(6):45.
- Goldberger AL, Peng CK, Lipsitz LA. (2002). What is physiologic complexity and how does it change with aging and disease? Neurobiol Aging, 23:23–26.
- Goldsmith TC. (2012). On the programmed/non-programmed aging controversy. Biochem Mosc., 77:729–732.
- Goldsmith T. (2014). Modern evolutionary mechanics theories and resolving the programmed/non programmed aging controversy. Biochem Mosc., 79:1049–1055.
- Guarente L. (2014). Aging research—where do we stand and where are we going? Cell, 159:15–19.
- Hanford N, Figueiro M. (2013). Light therapy and Alzheimer’s disease and related dementia: past, present, and future. Journal of Alzheimer’s Disease, 33(4):913–922.



- Harman D. (1981). The aging process. *Proc Natl Acad Sci U S A.*, 78:7124–7128.
- Harvey B, Walsh K. (2016). *Loneliness and ageing: Ireland, North and South*; Available from: [https://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/Loneliness and ageing Ireland, North and South Summary final.pdf](https://www.publichealth.ie/sites/default/files/documents/files/Loneliness%20and%20ageing%20Ireland,%20North%20and%20South%20Summary%20final.pdf).
- Hautekiet P., Saenen N. D, Dries S Martens, Debay M., Johan Van der Heyden, Tim S Nawrot, Eva M De Clercq (2022). A healthy lifestyle is positively associated with mental health and well-being and core markers in ageing, 20(1):328.
- Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *"Annals of Behavioral Medicine,"* 40(2), 218-227.
- Hazer, O., & Boylu, A. A. (2010). *The examination of the factors affecting the feeling of loneliness of the elderly. Procedia-Social and Behavioral Sciences,* 9, 2083-2089. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.450>
- Hsin-Yu An, Wei Chen, Cheng-Wei Wang, Hui-Fei Yang, Wan-Ting Huang, Sheng-Yu Fan (2020). The Relationships between Physical Activity and Life Satisfaction and Happiness among Young, Middle-Aged, and Older Adults, 17(13):4817.
- Hudson, R. B. (2012). Old age in the welfare state. *The Gerontologist,* 52(3), 428–433. <https://doi.org/10.1093/geront/gns056>
- Jin K. Modern biological theories of aging. *Aging Dis.,* 1:72–74.
- Hui-Ping Cheng, Ching-Huey Chen, Huey-Shyan Lin, Jing-Jy Wang, Miaofen Yen (2022). Relationship between Walking Activity and Sleep Quality among Community-Dwelling Older Adults, 39(2):127-138.
- Jaap Lancee, Maarten C Eisma, Kristopher B van Zanten, Maurice Topper (2017). When Thinking Impairs Sleep: Trait, Daytime and Nighttime Repetitive Thinking in Insomnia, 15(1):53-69.
- Johnson FB, Sinclair DA, Guarente L. (1999). Molecular biology of aging. *Cell,* 96:291–302.
- Joseph Roland D Espiritu 1 (2008). Aging-related sleep changes, 24(1):1-14
- Jung, K. C., Son, S. J., Back, J. H., Young, C. L., Kim, C. L., Sang, H. K., et al. (2014). Perceived sleep quality is associated with depression in a Korean elderly population. *Archives of Gerontology and Geriatrics,* 59(2): 468-473.
- Kang, H. (2020). Ageism and productive engagement: The roles of self efficacy and intergenerational contact (Publication No. 28317888) [Doctoral dissertation, University of Kansas]. ProQuest Dissertations Publishing
- Kaplan DT, Furman MI, Pincus SM, Ryan SM, Lipsitz LA, Goldberger AL. (1991). Aging and the complexity of cardiovascular dynamics. *Biophys J.,* 59:945–949.
- Kaufman DW, Kelly JP, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. *JAMA.,* 287(3):337–344.
- Kirkwood Thomas BL, Melov S. (2011). On the programmed/non-programmed nature of ageing within the life history. *Curr Biol.,* 21:R701–R707.

- Kirkwood TBL. (2005). Understanding the odd science of aging. *Cell*, 120:437–447.
- Kirmizioglu, Y., Dogan, O., Kugu, N., & Akyuz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Geriatric Psychiatry*, 24(9), 1026-1033.
- Klerman EB, Davis JB, Duffy JF, Dijk DJ, Kronauer RE. (2004). Older people awaken more frequently but fall back asleep at the same rate as younger people. *Sleep*, 27(4):793–798.
- Kimm H, Sull JW, Gombojav B, et al. (2012). Life satisfaction and mortality in elderly people: the Kangwha cohort study. *BMC Public Health*, 12:54:12–54.
- Krzisnik C, Grguric S, Cvijovic K, Laron Z. (2010). Longevity of the hypopituitary patients from the Island Krk: a follow-up study. *Pediatr Endocrinol Rev.*, 7:357–362.
- Kushner JA. (2013). The role of aging upon  $\beta$  cell turnover. *J Clin Invest.*, 123:990–995.
- Lampinen, P., & Heikkinen, E. (2003). Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 15(3), 205-211.
- Lecovich, E., Barasch, M., Mirsky, J., Kaufman, R., Avgar, A., & Kol-Fogelson, A. (2008). Social Support Networks and Loneliness Among Elderly Jews in Russia and Ukraine. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 306-317.
- Lemme, B. H. (2002). *Development in adulthood* (3rd Edition). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Li H, Chi I, Xu L. (2013). Life satisfaction of older Chinese adults living in rural communities. *J Cross Cultural Gerontol*, 28: 153-165.
- Li JA, Grandner M, Chang Y-P, Jungquist C, Porock D. (2015). Person-Centered Dementia Care and Sleep in Assisted Living Residents with Dementia: A Pilot Study. *Behavioral sleep medicine*, 3, 1–17.
- Lijun Liu, Zhenggang Gou, Junnan Zuo (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people, 21(5):750-8.
- Lezzoni 1, E P McCarthy, R B Davis, H Siebens (2001). Mobility difficulties are not only a problem of old age, 16(4):235-43.
- Lim M, Manera K, Owen K, Phongsavan P, Smith B. (2022). *Chronic and episodic loneliness and social isolation: prevalence and sociodemographic analyses from a longitudinal australian survey*. doi:<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1607036/v1>.
- Linjakumpu T, Hartikainen S, Klaukka T, Veijola J, Kivelä S-L, Isoaho R. (2002). Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *Journal of clinical epidemiology*, 55(8): 809–817.
- Liu, L., Gou, Z., & Zuo, J. (2016). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758.
- Longo VD, Mitteldorf J, Skulachev VP. (2005). Programmed and altruistic ageing. *Nat Rev Genet.*, 6:866–872.

- Mannell, R.C.; Snelgrove, R. (2012). Leisure and the psychological well-being and health of older adults. In *Leisure and Aging: Theory and Practice*; Gibson, H., Singleton, J., Eds.; Human Kinetics Publishers: Champaign, IL, USA.
- Manor B, Costa MD, Hu K, Newton E, Starobinets O, Kang HG, Peng C, Novak V, Lipsitz LA. (2010). Physiological complexity and system adaptability: evidence from postural control dynamics of older adults. *J Appl Physiol.*, 109:1786–1791.
- Martin Wetzel, Katharina Mahne (2016). Out of society? Retirement affects perceived social exclusion in Germany, 49(4):327-34.
- Matud, M. P., García, M. C., & Fortes, D. (2019). Relevance of gender and social support in self-rated health and life satisfaction in elderly Spanish people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(15).
- Medvedev ZA. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biol Rev Camb Philos Soc.*, 65:375–398.
- Meites, J. (2012). *Neuroendocrinology of Aging*. Springer Science & Business Media
- Meléndez, J. C., Tomás, J. M., Oliver, A., & Navarro, E. (2009). Psychological and physical dimensions explaining life satisfaction among the elderly: A structural model examination. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 291-295.
- Merghati-Khoei, E., Pirak, A., Yazdkhasti, M. , & Rezasoltani, P. (2016). Sexuality and elderly with chronic diseases: A review of the existing literature. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 21, 136.
- Merrifield N. (2015). *NICE issues guidance to tackle loneliness in older people*. Available from: <https://www.nursingtimes.net/roles/older-people-nurses/nice-issues-guidance-to-tackle-loneliness-in-older-people/7001293.article>. Πρόσβαση 3/9/2023.
- Minami, U., Nishi, M., Fukaya, T., Hasebe, M., Nonaka, K., Koike, T., Suzuki, H., Murayama, Y., Uchida, H., & Fujiwara, Y. (2015). *Effects of the change in working status on the health of older people in Japan*. *PLoS One*, 10(12), e0144069. 10.1371/journal.pone.0144069
- Mundo, J., & Haro, J. M. (2018). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52: 381-390.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the Health Care System*. National Academies Press.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61(2), 207–221.
- North, M. S., & Fiske, S. T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin*, 138(5), 982–997. <https://doi.org/10.1037/a0027843>

- Ohayon MM, Carskadon MA, Guilleminault C, Vitiello MV. (2004). Meta-analysis of quantitative sleep parameters from childhood to old age in healthy individuals: developing normative sleep values across the human lifespan. *Sleep*, 27(7):1255–1273.
- Orhan, F. O., Tuncel, D., Demirci, N., & Karaaslan, M. F. (2013). Relationship between sleep quality and depression among elderly nursing home residents in turkey. *Sleep and breathing*, 16: 1059-1067.
- Osborne, J. W. (2012). Osborne, J. W. (2012). Psychological effects of the transition to retirement. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(1), 45-58. <https://eric.ed.gov/?id=EJ969555>
- Oshio, T. (2012). Gender differences in the associations of life satisfaction with family and social relations among the Japanese elderly. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27, 259-274.
- Palmore, E. (1999). *Ageism: Negative and positive*: Springer Publishing Company
- Pan, L., Li, L., Peng, H., Fan, L., Liao, J., Wang, M., Tan, A., & Zhang, A. (2022). Association of depressive symptoms with marital status among the middle-aged and elderly in Rural China—Serial mediating effects of sleep time, pain and life satisfaction. *Journal of Affective Disorders*, 303, 52-57.
- Papi S, Karimi Z, Zilae M, Shahry P. (2019). Malnutrition and its relation to general health and multimorbidity in the older people. *J Holistic Nur Midwifery*, 29: 228-235.
- Patel, P.C., Reid, S. W., & Wolfe, M. T. (2020). Self-employment, depression, and older individuals: A cross-country study. *Journal of Affective Disorders*, 265, 175-184.
- Paudel, M., Brent, T. C., Ancoli, S. I., Blachwell, T., Maglione, J. E., Stone, K., Redline, S., & Ensrud, K. E. (2013). Sleep disturbances and risk of depression in older men. *Sleep*, 36(7): 1033-1040.
- Pinto JM, Neri AL. (2013). Factors associated with low life life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA study. *Cadernos de Saúde Pública*, 29:2447–58.
- Pinto, J. M., Fontaine, A. M., & Neri, A. L. (2016). The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65: 104-110.
- Potari A, Ujma PP, Konrad BN, et al. (2016). Age-related changes in sleep EEG are attenuated in highly intelligent individuals. *Neuroimage*. 3, 55-59.
- Rashedi, V., Gharib, M., Rezaei, M., & Yazdani, A. A. (2013). Social support and anxiety in the elderly of Hamedan, Iran. *Archives of Rehabilitation*, 14(2), 110-115.
- Rathi, M., Abdullah, F. M., Junhong, Y., & Feng, L. (2017). Self-reported sleep problems among the elderly: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 258: 415-420.
- Rokach, A. (2012). Loneliness Updated: An introduction. *The Journal of Psychology*, 146(1-2): 1-6.
- Sah C, Aridogan IA, Izol V, Erdogan S, Doran S. (2013). Effects of long-term administration of the antiaging hormone dehydroepiandrosterone sulfate on rat prostates and testes as androgen-dependent organs. *Korean J Urol.*, 54:199–203.

- Sarma, S. I., & Byrne, G. J. (2014). The Relationship of Anxiety Level with Quality of Life In Elderly. *Australasian Journal of Ageing*, 33(3), 201-204.
- Schafer, M. H., & Shippee, T. P. (2009). Age identity, gender, and perceptions of decline: does feeling older lead to pessimistic dispositions about cognitive aging? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B (1), 91–96. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp046>
- Scharlach, A., Damron-Rodriguez, J., Robinson, B., & Feldman, R. (2000). Educating social workers for an aging society. *Journal of Social Work Education*, 36(3), 521–538. <https://doi.org/10.1080/10437797.2000.10779026>
- Schulz, R., Beach, S. R., Czaja, S. J., Martire, L. M., & Monin, J. K. (2020). Family Caregiving for Older Adults. *Annual review of psychology*, 71, 635–659. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>
- Schumann AY, Bartsch RP, Penzel T, Ivanov PC, Kantelhardt JW. (2010). Aging effects on cardiac and respiratory dynamics in healthy subjects across sleep stages. *Sleep*, 33:943.
- Shu-Chuan Jennifer Yeh, Yea-Ying Liu (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly, 30;3(1):9.
- Skirbekk, V. (2004). Age and individual productivity: A literature survey. *Vienna Yearbook of Population Research*, 2(1), 133–153.
- Social Care Institute for Excellence S (2018). *Tackling loneliness and social isolation: the role of commissioners*. Available from: [https:// www.scie.org.uk/prevention/connecting/loneliness-social-isolation](https://www.scie.org.uk/prevention/connecting/loneliness-social-isolation). Πρόσβαση 3/9/2023.
- Solem, P. E. (2005). Ageism, ageing and social participation. *Nordisk Psykologi*, 57(1), 47–63.
- Sourour Y, Houda BA, Maroua T, et al. (2019). Hospital morbidity among elderly in the region of Sfax, Tunisia: epidemiological profile and chronological trends between 2003 and 2015. *Clin Epidemiol Glob Health*, 7: 131-135.
- Soysal, F. (2016). A Study on Sibling Relationships, Life Satisfaction and Loneliness Level of Adolescents. *Journal of Education and Training Studies*, 4(4), 58-67.
- Strehler, BL. (1976). *Elements of unified theory of aging: integration of alternative models*. Schattauer Verlag; Stuttgart.
- Sun, M., Wang, J. C., Li, L. Z., Wang, Y., Chug, X. F., & Jiang, X. Y. (2016). Associations of sleep duration and sleep quality with life satisfaction in elderly Chinese: The mediating role of depression. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65: 211-217.
- Tabler J., Geist C. (2021). Do gender differences in housework performance and informal adult caregiving explain the gender gap in depressive symptoms of older adults? 33(1):41-56.
- Taylor, HO. (2020). Social isolation's influence on loneliness among older adults. *Clin Soc Work J*, 48(1):140–51. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00737-9>.

- Terrier P, Dériaz O. (2011). Kinematic variability, fractal dynamics and local dynamic stability of treadmill walking. *J Neuroeng Rehabil.*, 8:12.
- Tian, Q. (2015). Intergeneration social support affects the subjective well-being of the elderly: Mediator roles of self-esteem and loneliness. *Journal of Health Psychology*, 21(6).
- Tower J. (2015). Programmed cell death in aging. *Ageing Res Rev.* 23(Pt A), 90–100.
- Trottier A. (2018). *Guidelines For Addressing Loneliness* - Canadian Counselling and Psychotherapy Association.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Seitsamo, J., Huuhtanen, P., Martikainen, R., Nygard, C-H., & Klockars, M. (1997). Summary of the Finnish research project (1981-1992) to promote the health and work ability of aging workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23(1), 66–71.
- Ünal E, Kinde B, Amon A. (2011). Gametogenesis eliminates age-induced cellular damage and resets life span in yeast. *Science*, 332:1554–1557.
- Unsar, S., Dindar, I., & Kurt, S. (2015). Activities of daily living, quality of life, social support and depression levels of elderly individuals in Turkish society. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 65(6), 642-646.
- Vasto S, Scapagnini G, Bulati M, Candore G, Castiglia L, Colonna-Romano G, Lio D, Nuzzo D, Pellicano M, Rizzo C, Ferrara N, Caruso C. (2010). Biomarkes of aging. *Front Biosci*, 2:392–402.
- Vijayakumar G, Devi ES, Jawahar P. (2016). Life satisfaction of elderly in families and old age homes: a comparative study. *Int J Nurs Educ.*, 8: 94-99.
- Vitale G, Salvioli S, Franceschi C. (2013). Oxidative stress and the ageing endocrine system. *Nat Rev Endocrinol.*, 9:228–240.
- Vitiello MV. (2006). Sleep in normal aging. *Sleep Medicine Clinics*, 1(2):171–176.
- Weinert BT, Timiras PS. (2003). Invited review: theories of aging. *J Appl Physiol.*, 95:1706–1716.
- Whitley, B. Jr., & Kite, M. E. (2006). *The psychology of prejudice and discrimination*: Thomson Wadsworth.
- World Health Organization. (2021). *Global report on ageism*. <https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2021/03/9789240016866-eng.pdf>.
- World Health Organization (2011). *Global health and aging*, Available: [https://www.who.int/ageing/publications/global\\_health/en/](https://www.who.int/ageing/publications/global_health/en/)
- Wróblewska Z., Chmielewski J. Piotr, Florek-Łuszczki M., Grażyna Nowak-Starz 4, Mariola Wojciechowska 5, Izabela Małgorzata Wróblewska 6 (2023). Assessment of functional capacity of the elderly, 31;30(1):156-163.
- Xiang, H., Luo, J., Zhou, J., & Zhou, Z. (2022). *Older adults' prevention and communication to beat anxiety: the diminishing utility of proactive coping actions*. Universal Access in the Information Society. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10209-022-00915-6>

- Yeniaras V, Akarsu TN. (2017). Religiosity and life satisfaction: a multi-dimensional approach. *J Happiness Stud.*, 18: 1815-1840.
- Yeung, G. T., & Fung, H. H. (2007). Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults: family first? *European Journal of Ageing*, 4, 219-227.
- Yin D, Chen K. (2005). The essential mechanisms of aging: irreparable damage accumulation of biochemical side-reactions. *Exp Gerontol.*, 40:455–465.
- Yu, J., Rawtaer, I., Fam, J., Jiang, M. J., Feng, L., Kuan, E. H., & Mahendran, R. (2015). Sleep correlates of depression and anxiety in an elderly population. *Psychogeriatrics*, 16(3): 191-195.
- Yunong, H. (2011). Family relations and life satisfaction of older people: a comparative study between two different hukous in China. *Ageing & Society*, 32(1), 19-40.
- Zhang, D., Yang, Y., Sun, Y., Wu, M., Xie, H., Wang, K., Zhang, J., Jia, J., & Su, Y. (2017). Characteristics of the Chinese rural elderly living in nursing homes who have suicidal ideation: A multiple regression model. *Geriatric Nursing*, 38(5), 423-430.
- Zhao, X., Zhang, D., Wu, M., Yang, Y., Xie, H., Li, Y., Jia, J., & Su, Y. (2019). Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. *Psychiatry Research*, 268: 143-151.
- Zhou, G., Wang, Y. & Yu, X. Direct and Indirect Effects of Family Functioning on Loneliness of Elderly Chinese Individuals. *Current Psychology*, 37, 295–301.
- Zhou, S., Ding, X., & Leung, J. T. Y. (2023). *Healthy Aging at Family Mealtimes: Associations of Clean Cooking, Protein Intake, and Dining Together with Mental Health of Chinese Older Adults amid COVID-19 Pandemic*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20031672>
- Zs-Nagy I. (1978). A membrane hypothesis of aging. *J Theor Biol.*, 75:189–195.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

1. Πλήρης μορφή του ερωτηματολογίου που δόθηκε στους συμμετέχοντες
2. Έντυπο συναίνεσης για συμμετοχή στην έρευνα
3. Άδεια των φορέων στους οποίους διενεργήθηκε η μελέτη



ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ: \_\_\_\_\_

Παρακαλούμε να ζητήσετε βοήθεια από αυτόν που σας δίνει το ερωτηματολόγιο, αν κάποια ερώτηση δεν είναι σαφής ή αν έχετε κάποιο πρόβλημα στη συμπλήρωσή του. Διαβάστε με προσοχή τις ερωτήσεις και σκεφτείτε με ηρεμία πριν απαντήσετε. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη. Όλες οι απαντήσεις θα είναι εμπιστευτικές. (Κυκλώστε τη σωστή απάντηση)

**Φύλο:** 1. Άντρας 2. Γυναίκα **Ηλικία (σε έτη):** .....

**Εκπαίδευση** 1. Κάποιες Τάξεις Δημοτικού 2. Απόφοιτος(η) Δημοτικού 3. Γυμνάσιο  
4. Λύκειο 5. ΤΕΙ / ΑΕΙ 5. Άλλο: .....

**Οικογενειακή κατάσταση**

1. Άγαμος (η) 2. Έγγαμος (η) 3. Διαζευγμένος (η) / Σε διάσταση 4. Χήρος (α) 5. Άλλο...

**Επάγγελμα** 1. Ελεύθερος επαγγελματίας 2. Συνταξιούχος 3. Οικιακά 4. Άλλο: .....

**Σήμερα εργάζεστε για χρήματα;** 1. Ναι 2. Όχι

**Με ποιον μένετε στο σπίτι;** 1. Μόνος (η) 2. Με τον(την) σύζυγο / σύντροφο 3. Με κάποιο φίλο(η) 4. Με την αδελφή μου 5. Με τον αδελφό μου 6. Με τα παιδιά μου

**Έχετε παιδιά;** 1. Ναι 2. Όχι **Πόσα;** \_\_\_\_ **Αν ναι, ζουν κοντά σας;** 1. Ναι 2. Όχι

**Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;** 1. Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ 2. Μερικές φορές το χρόνο 3. Μερικές φορές το μήνα 4. Μερικές φορές την εβδομάδα 5. Κάθε μέρα

**Αν έχετε παιδιά, πόσο συχνά μιλάτε στο τηλέφωνο μαζί τους;** 1. Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ  
2. Μερικές φορές το χρόνο 3. Μερικές φορές το μήνα 4. Μερικές φορές την εβδομάδα 5. Κάθε μέρα

**Έχετε εγγόνια;** 1. Ναι 2. Όχι

**Αν ναι, πόσο συχνά σας επισκέπτονται;** 1. Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ 2. Μερικές φορές το χρόνο 3. Μερικές φορές το μήνα 4. Μερικές φορές την εβδομάδα 5. Κάθε μέρα

**Είχατε φίλους;** 1. Ναι 2. Όχι **Σήμερα έχετε φίλους;** 1. Ναι 2. Όχι

**Αν ναι, κάθε πότε επικοινωνείτε μαζί τους;** 1. Ποτέ/ Σχεδόν Ποτέ 2. Μερικές φορές το χρόνο 3. Μερικές φορές το μήνα 4. Μερικές φορές την εβδομάδα 5. Κάθε μέρα

**Έχετε αδέρφια;** 1. Ναι 2. Όχι **Πόσα;** \_\_\_\_ **Σειρά γέννησής σας:** \_\_\_\_

**Έχετε αδελφή;** 1. Ναι 2. Όχι **Έχετε αδελφό;** 1. Ναι 2. Όχι

Έχετε καλές σχέσεις με τα αδέρφια σας; 1. Ναι 2. Όχι 3. Όχι με όλα

Θα επιθυμούσατε να έχετε περισσότερες επισκέψεις στο σπίτι σας; 1. Ναι 2. Όχι

Είστε ικανοποιημένοι από την επαφή που έχετε με τους συγγενείς σας; 1. Ναι 2. Όχι

Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας; 1. Ναι 2. Όχι

Υπάρχουν άτομα που σας βοηθούν στις καθημερινές σας ανάγκες; 1. Ναι 2. Όχι

Αν ναι, ποιοι είναι; (παρακαλώ αναφέρετε): .....

Πάσχετε από κάποια χρόνια σωματική νόσο; 1. Ναι 2. Όχι

Πόσο καιρό έχετε αυτή τη νόσο; .....

Κινητικές Δυσκολίες; 1. Ναι 2. Όχι

Νοητικές δυσκολίες / Δυσκολίες μνήμης; 1. Ναι 2. Όχι

Λαμβάνετε φαρμακευτική αγωγή; 1. Ναι 2. Όχι

Προσέχετε την διατροφή σας; 1. Όχι 2. Μέτρια 3. Πολύ

Προσέχετε την άσκησή σας; 1. Όχι 2. Μέτρια 3. Πολύ

Κάνετε διακοπές; 1. Ναι 2. Όχι

Έχετε κάποια αγαπημένη ασχολία / χόμπι; 1. Ναι 2. Όχι

Αν ναι ποια είναι (μπορείτε να αναφέρετε περισσότερες από μία): 1. Ψάρεμα

2. Περπάτημα 3. Πλέξιμο 4. Φροντίδα ζώων 5. Φροντίζω τον κήπο μου 6. Βλέπω

τηλεόραση ή ακούω ραδιόφωνο 7. Διαβάζω εφημερίδες ή περιοδικά 8. Πηγαίνω στην

Εκκλησία 8. Άλλο. Παρακαλώ αναφέρετε .....

Τουλάχιστον 3 μέρες την εβδομάδα κατά μέσον όρο για τον τελευταίο μήνα, παρουσιάστηκαν ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω: (η αξιολόγηση αναφέρεται στο νυκτερινό ύπνο και βασίζεται στην υποκειμενική εκτίμησή σας).

### 1. Επέλευση ύπνου

0: Πολύ γρήγορη 1: Ελαφρώς καθυστερημένη 2: Καθυστερημένη 3: Πολύ καθυστερημένη ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

## 2. Αφυπνίσεις κατά τη διάρκεια της νύκτας

0: Κανένα πρόβλημα 1: Μικρό πρόβλημα 2: Μέτριο πρόβλημα 3: Έντονο πρόβλημα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

## 3. Τελική αφύπνιση σε σχέση με τον επιθυμητό χρόνο

0: Στον επιθυμητό χρόνο 1: Λίγο νωρίτερα 2: Αρκετά νωρίτερα 3: Πολύ νωρίτερα ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

## 4. Συνολική διάρκεια ύπνου

0: Επαρκής 1: Μάλλον ανεπαρκής 2: Ανεπαρκής 3: Πολύ ανεπαρκής ή δεν κοιμήθηκα καθόλου

## 5. Ποιότητα ύπνου 0: Ικανοποιητική 1: Μέτρια 2: Μη ικανοποιητική 3: Κακή

## 6. Ευεξία κατά την επόμενη ημέρα

0: Πλήρης 1: Ελαφρώς μειωμένη 2: Αρκετά μειωμένη 3: Πολύ μειωμένη ή απύσχα

## 7. Λειτουργικότητα (σωματική και ψυχική) κατά την επόμενη ημέρα

0: Πλήρης 1: Ελαφρώς μειωμένη 2: Αρκετά μειωμένη 3: Πολύ μειωμένη ή απύσχα

## 8. Υπνηλία κατά την επόμενη ημέρα 0: Καμία 1: Ελαφρά 2: Μέτρια 3: Έντονη

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε τον αριθμό που προσδιορίζει πόσο η κάθε δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας.

	Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα	Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα	Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα	Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές
1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4. Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετωπίζα	0	1	2	3
7. Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3

8. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13. Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3
15. Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18. Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία).	0	1	2	3
20. Ένιωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21. Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

**Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε τον αριθμό που προσδιορίζει πόσο η κάθε δήλωση σας αντιπροσωπεύει.**

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά
1. Νιώθω «ένα» με τους ανθρώπους γύρω μου.	1	2	3	4
2. Μου λείπουν οι παρέες.	1	2	3	4
3. Δεν υπάρχει κανένας στον οποίο μπορώ να στραφώ για βοήθεια.	1	2	3	4
4. Δεν νιώθω μόνος (η).	1	2	3	4
5. Νιώθω μέρος της παρέας των φίλων μου.	1	2	3	4
6. Έχω πολλά κοινά στοιχεία με τους φίλους στην παρέα μου.	1	2	3	4
7. Δεν είμαι κοντά με κανέναν πια.	1	2	3	4

8. Οι φίλοι μου δεν μοιράζονται τα ενδιαφέροντα και τις ιδέες μου.	1	2	3	4
9. Είμαι ένα εξωστρεφές άτομο.	1	2	3	4
10. Υπάρχουν άτομα που τα νιώθω κοντά μου.	1	2	3	4
11. Νιώθω απομονωμένος (η).	1	2	3	4
12. Οι κοινωνικές μου σχέσεις είναι επιπόλαιες.	1	2	3	4
13. Κανένας δεν με ξέρει πραγματικά καλά.	1	2	3	4
14. Νιώθω απομονωμένος (η) από τους άλλους γύρω μου.	1	2	3	4
15. Μπορώ να βρω παρέα όταν το θελήσω.	1	2	3	4
16. Υπάρχουν άτομα που με καταλαβαίνουν πραγματικά.	1	2	3	4
17. Είμαι δυστυχισμένος (η) που είμαι τόσο αποτραβηγμένος (η)	1	2	3	4
18. Υπάρχουν άνθρωποι γύρω μου αλλά όχι κοντά μου.	1	2	3	4
19. Υπάρχουν άτομα με τα οποία μπορώ να μιλήσω.	1	2	3	4
20. Υπάρχουν άτομα στα οποία μπορώ να στραφώ.	1	2	3	4

Παρακαλούμε να βαθμολογήσετε κάθε μια από τις ακόλουθες φράσεις, ανάλογα με το κατά πόσο σας εκπροσωπεί, χρησιμοποιώντας την κλίμακα των 7 διαβαθμίσεων που σας δίνεται παρακάτω. Γράψτε τον αριθμό που αρμόζει στη γραμμή δίπλα σε κάθε φράση, με βάση την ακόλουθη κλίμακα.

1 = πολύ ανακριβές, πολύ λάθος

2 = αρκετά ανακριβές, αρκετά λάθος

3 = λίγο ανακριβές, λίγο λάθος

4 = αβέβαιος/ η

5 = λίγο ακριβές, λίγο σωστό

6 = αρκετά ακριβές, αρκετά σωστό

7 = πολύ ακριβές, πολύ σωστό

	1. Αυτά είναι τα καλύτερά μου χρόνια.
	2. Αυτό τον καιρό αισθάνομαι άνετα με τη σεξουαλική μου ζωή.
	3. Αυτή είναι η χειρότερη εποχή της ζωής μου.
	4. Αισθάνομαι κατάθλιψη πολύ συχνά σε σύγκριση με άλλα άτομα.
	5. Αυτά που κάνω μου φαίνονται πιο ενδιαφέροντα παρά ποτέ.
	6. Έχω ετοιμάσει τα σχέδια μου για το τι θα κάνω σ' ένα μήνα ή σ' ένα χρόνο από τώρα.

	7. Καθώς μεγαλώνω, τα πράγματα μου φαίνονται καλύτερα απ' ό,τι πίστευα ότι θα μου φαινότουσαν.
	8. Καθώς ανατρέχω την μέχρι σήμερα ζωή μου, αισθάνομαι αρκετά ικανοποιημένος/ η.
	9. Λίγο-πολύ απέκτησα ό,τι περίμενα από τη ζωή.
	10. Όταν σκέφτομαι το παρελθόν, νομίζω ότι δεν απέκτησα τα σημαντικά πράγματα που ήθελα από τη ζωή.
	11. Παρόλα όσα λένε, ο μέσος άνθρωπος πάει προς το χειρότερο και όχι προς το καλύτερο.
	12. Στη ζωή μου δόθηκαν περισσότερες ευκαιρίες απ' ό,τι στους περισσότερους άλλους ανθρώπους
	13. Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο ευτυχισμένη απ' ό,τι είναι τώρα.
	14. Έχω καλή εμφάνιση συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.
	15. Προσδοκώ ότι θα μου συμβούν ενδιαφέροντα και ευχάριστα πράγματα στο μέλλον.
	16. Αισθάνομαι γερασμένος/ η και κάπως κουρασμένος/ η.
	17. Ακόμη και αν μπορούσα, δεν θα άλλαζα το παρελθόν.
	18. Έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις συγκριτικά με άλλα άτομα της ηλικίας μου.
	19. Αισθάνομαι την ηλικία μου, αλλά δεν με πειράζει.
	20. Είμαι το ίδιο ευτυχισμένος/ η όπως όταν ήμουν νεότερος/ η.

**Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας!**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

Έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην μελέτη με θέμα:  
**«Ψυχολογική επιβάρυνση, αίσθημα μοναξιάς και ικανοποίησης από τη ζωή στην Τρίτη ηλικία»** στο πλαίσιο Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών.

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Πεγλίδη Μακρίνα Χριστίνα

Τηλ.: 6976739479 Email: christinapegliidi@gmail.com

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Αφροδίτη Ζαρταλούδη, Επίκουρη καθηγήτρια Τμήματος  
Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

**ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ**

Αξιότιμε(η) κύριε / κυρία

Στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας εκπονώ τη διπλωματική μου εργασία, που σκοπό έχει να διερευνήσει την ψυχολογική επιβάρυνση, το αίσθημα μοναξιάς και ικανοποίησης από την ζωή στην Τρίτη ηλικία.

Θεωρώ τη βοήθειά σας εξαιρετικά σημαντική και γι' αυτό θα ήθελα να σας ζητήσω να λάβετε μέρος σε αυτή τη μελέτη απαντώντας αυθόρμητα και με ειλικρίνεια στις ερωτήσεις, που εμπεριέχονται στις σχετικές κλίμακες. Εάν δεν είστε σίγουρος/η πως να απαντήσετε σε μία ερώτηση, δώστε την καλύτερη δυνατή απάντηση που ταιριάζει πιο πολύ σε αυτό που ζείτε ή αισθάνεσθε.

Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Περιλαμβάνει τη συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου και οι απαντήσεις σας είναι αυστηρά απόρρητες. Διευκρινίζω ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι ανώνυμη, εμπιστευτική και θα τηρηθεί αυστηρά το πλαίσιο δεοντολογίας. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και τα στοιχεία των συμμετεχόντων δεν μπορούν να κοινοποιηθούν σε κανέναν πέραν από τον άνωθεν ερευνητή.

Εφόσον συμφωνήσετε να συμμετάσχετε θα σας ζητηθεί να υπογράψετε ένα έγγραφο συγκατάθεσης. Οποτεδήποτε, όμως, αλλάξετε γνώμη και θελήσετε να διακόψετε την συμμετοχή σας, αυτό μπορεί να γίνει άμεσα, χωρίς να χρειασθεί να δώσετε καμία εξήγηση. Για οποιαδήποτε πληροφορία ή απορία σχετικά με την παρούσα έρευνα μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ερευνητή στα στοιχεία που

αναγράφονται παραπάνω. Ευελπιστώ ότι θα έχετε την ευγενή καλοσύνη να αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας. Σας ευχαριστώ προκαταβολικά για την πολύτιμη βοήθειά σας.

Με ιδιαίτερη εκτίμηση,

### **ΔΕΛΤΙΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ**

Κατανοώ ότι θα πάρω μέρος στην ερευνητική μελέτη η οποία διεξάγεται από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας και θα εστιάσει στην διερεύνηση της ψυχολογικής επιβάρυνσης, του αισθήματος μοναξιάς και της ικανοποίησης από την ζωή στην Τρίτη ηλικία. Ενημερώθηκα ότι η συμπλήρωση είναι εντελώς εθελοντική και επίσης ότι οι απαντήσεις μου στις ερωτήσεις δεν θα δοθούν σε κανέναν που δεν σχετίζεται άμεσα με τη μελέτη. Τα στοιχεία μου δεν θα δοθούν σε κανέναν παρά μόνο στον ερευνητή και δεν θα γίνει γνωστή η ταυτότητά μου με κανένα τρόπο. Η ατομικότητα και η εχεμύθεια θα προστατεύονται κάθε στιγμή.

Μου δόθηκε επίσης κείμενο που περιγράφει τις συνθήκες της συμμετοχής μου στην μελέτη. Μου δόθηκε ο απαραίτητος χρόνος να το σκεφτώ και τελικά αποφασίζω να συμμετέχω. Υπογράφοντας αυτό το έγγραφο, δίνω τη συγκατάθεσή μου για τη συμμετοχή μου στη μελέτη. Γνωρίζω ότι οποτεδήποτε το αποφασίσω μπορώ, χωρίς να δώσω καμία εξήγηση, να διακόψω την συμμετοχή μου στην μελέτη.

Ημερομηνία

Υπογραφή συμμετέχοντος





ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΝΟΜΟΣ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

ΔΗΜΟΣ ΒΟΛΟΥ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝ. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ,  
ΚΑΠΗ & ΔΗΜ. ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΑΠΗ

Ταχ. Δ/ση: Πλατεία Ρ. Φεραίου

Ταχ. Κωδικας: 38333

Πληροφορίες: Ζορμπά Μαρία

Τηλέφωνο: 24210-20252

Email: kaph@volos-city.gr

Βόλος 8/5/2023

Αριθ. Πρωτ.: 33122

ΠΡΟΣ: κα. Πεγλίδη Μακρίνα Χριστίνα

**ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

Βεβαιώνω ότι επιτρέπω στην κα. Πεγλίδη Μακρίνα Χριστίνα φοιτήτρια της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ύστερα από αίτημά της, τη διανομή ερωτηματολογίου στα μέλη του ΚΑΠΗ του Δήμου Βόλου στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών της, «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας»

Η Αναπληρώτρια Προϊσταμένη  
Δ/σης Κοινωνικής Προστασίας, ΚΑΠΗ  
και Δημόσιας Υγείας

**ΖΟΡΜΠΑ ΜΑΡΙΑ**