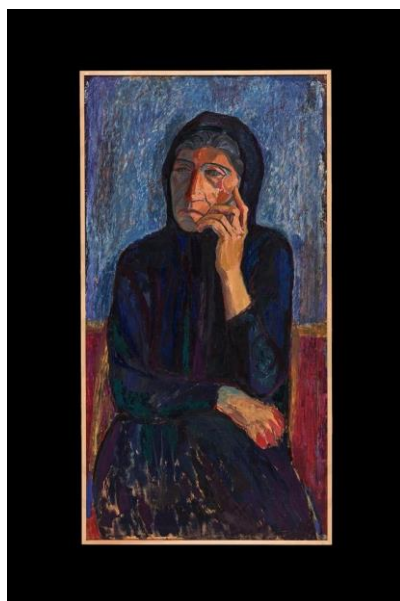


ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΣΥΖΥΓΟΥ ΣΕ ΕΠΠΕΔΟ
ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΤΡΙΤΗΣ ΚΑΙ
ΤΕΤΑΡΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ»**



ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. ΚΟΥΓΙΟΥΜΤΖΗΣ Α. ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Πάτρα, Μάρτιος 2021

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους όσοι συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου Δρ. Γεώργιο Κουγιουμτζή για την καθοδήγησή του.

Επίσης, ευχαριστώ τον σύζυγό μου και την ευρύτερη οικογένειά μου για τη στήριξη όλα τα χρόνια διάρκειας του μεταπτυχιακού.

Ευχαριστώ, ακόμα, όλους τους φίλους και γνωστούς που βοήθησαν στη συλλογή του δείγματος της εργασίας μου, στις δύσκολες αυτές συνθήκες.

Τέλος, δεν μπορώ να παραλείψω να ευχαριστήσω τους συμμετέχοντες σε αυτήν την εργασία, η οποία χωρίς τη συνδρομή τους δεν θα ήταν ελλιπής μόνο από υλικό, αλλά, ίσως, και από νόημα.

Να είστε όλοι καλά.

Εικόνα εξωφύλλου: *Χήρα* (1960) - Γιάννης Παππάς (ΕΓΠ_798), Μουσείο Μπενάκη.

Αφιερωμένη τούτη η εργασία...
στον πατέρα μου που έφυγε από τη ζωή και
στη μητέρα μου που βιώνει την απώλειά του.

Περίληψη

Η απώλεια συζύγου στα άτομα μεγάλης ηλικίας αποτελεί οδυνηρή εμπειρία και πρόκληση για τη διατήρηση της υγείας και της καθημερινότητάς τους.

Σκοπός: Στην παρούσα εργασία ερευνάται το επίπεδο ποιότητας ζωής, το επίπεδο κατάθλιψης και η γενική κατάσταση υγείας ατόμων που έχουν απωλέσει τον σύντροφό τους. Επιπλέον, μελετάται η σχέση μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών και αν το επίπεδο της ποιότητας ζωής, κατάθλιψης και γενικής υγείας διαφοροποιείται σε σχέση με χαρακτηριστικά των ατόμων (ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής, βαθμός επηρεασμού και χρόνος από την απώλεια). Τέλος, διερευνάται αν το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος διαμονής διαφοροποιούν τον βαθμό ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε το διάστημα μεταξύ Σεπτεμβρίου-Νοεμβρίου του 2020. Συλλέχθηκε δείγμα ευκολίας 85 ατόμων (53 γυναίκες-32 άνδρες). Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο τεσσάρων τμημάτων. Το πρώτο περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο της Επισκόπησης Υγείας (SF-36). Το δεύτερο αφορά στο ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (GHQ-30). Το τρίτο τμήμα περιλαμβάνει την Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (GDS). Το τελευταίο είναι ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων και αντίδρασης στην απώλεια. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική.

Αποτελέσματα: Τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας είναι τα ακόλουθα: α) το επίπεδο κατάθλιψης επιδρά στην υγεία και την ποιότητα ζωής, β) ο βαθμός επηρεασμού από την απώλεια, η ηλικία ή το ενδιαφέρον για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής επιδρά στο επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων, γ) το φύλο συσχετίζεται με το επίπεδο κατάθλιψης, δ) ο τόπος και ο τρόπος διαμονής επηρεάζει την υγεία και την ποιότητα ζωής των ατόμων, ε) ο χρόνος από την απώλεια του/της συζύγου δεν αλλάζει την ποιότητα ζωής, το επίπεδο κατάθλιψης και το γενικό επίπεδο υγείας, στ) ο τόπος διαμονής και η μόρφωση των ερωτώμενων δεν βρέθηκε να διαφοροποιούν την πρόθεση επίσκεψης σε ψυχολόγο συμβουλευτικής.

Συμπέρασμα: Η απώλεια συζύγου και η κατάσταση χηρείας επηρεάζουν αρκετά την ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας των ατόμων μεγάλης ηλικίας.

Λέξεις-κλειδιά: απώλεια συζύγου, χηρεία, ηλικιωμένοι, υγεία, ποιότητα ζωής

Abstract

The loss of a spouse in old age is a painful experience and a challenge to maintaining their health and daily life.

Purpose: This paper investigates the level of quality of life, the level of depression and the general health status of people who have lost their partner. In addition, the relationship between the above variables is studied and whether the level of quality of life, depression and general health differs in relation to the characteristics of individuals (age, gender, place of residence, degree of influence and time of loss). Finally, it is investigated whether the educational level and the place of residence differentiate the degree of interest for a visit to a counseling psychologist.

Methodology: The survey was conducted between September-November 2020. A convenience sample of 85 people (53 women-32 men) was collected. Participants were asked to complete a four-part questionnaire. The first includes the Short Form Health Survey (SF-36). The second concerns the General Health Questionnaire (GHQ-30). The third section includes the Geriatric Depression Scale (GDS-30). The latter is a questionnaire of socio-demographic data and reaction to the loss. Descriptive and inductive statistics were used in the present study.

Results: The main results of the research are the following: a) the level of depression affects the health and quality of life, b) the degree of impact from the loss, age or interest in visiting a counseling psychologist affects the level of health of the elderly, c) gender is related to the level of depression, d) place and way of living affects the health and quality of life of individuals, e) time since the loss of the spouse does not change the quality of life, the level of depression and the general level of health, f) the place of residence and the education of the respondents were not found to differentiate the intention to visit a counseling psychologist.

Conclusion: The loss of a spouse and the state of widowhood have a significant impact on the quality of life and health of older people.

Keywords: Loss of spouse, widowhood, older people, health, quality of life

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	iii
Abstract	iv
Περιεχόμενα	v
Κατάλογος Πινάκων	vii
Κατάλογος Γραφημάτων	viii
1. Εισαγωγή.....	1
1.1. Ιστορική αναδρομή.....	2
2. Χηρεία και ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους	5
2.1. Γήρανση και ψυχικές διαταραχές	5
2.2. Απώλεια συζύγου και ψυχικές διαταραχές.....	7
2.2.1. Κατάθλιψη και χρόνος από την απώλεια.....	7
2.2.2. Κατάθλιψη στη χηρεία και φύλο	8
2.2.3. Κατάθλιψη στη χηρεία και οικονομικές δυσκολίες	9
2.2.4. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν την κατάθλιψη κατά τη χηρεία	9
2.3. Χηρεία και μοναξιά	11
3. Χηρεία και φυσική υγεία	13
3.1. Χηρεία και σωματική υγεία.....	13
3.2. Χηρεία και γνωστική λειτουργία	18
3.3. Χηρεία και θνησιμότητα	20
4. Χηρεία και ποιότητα ζωής.....	21
4.1. Εισαγωγή στην ποιότητα ζωής.....	21
4.2. Ποιότητα ζωής σε άτομα μεγάλης ηλικίας.....	22
4.3. Ποιότητα ζωής στη χηρεία	23
4.4. Άλλες επιπτώσεις της χηρείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	24
4.4.1. Κοινωνικές σχέσεις και χηρεία	24
4.4.2. Χηρεία και αλλαγή τόπου διαμονής.....	25
4.4.3. Οικονομικές συνέπειες και δυσκολίες στη διαχείριση κατά τη χηρεία	26
5. Προσαρμογή στη χηρεία	27
5.1. Εισαγωγικά στοιχεία και προσαρμογή των δύο φύλων	27
5.2. Κοινωνική στήριξη.....	28
5.3. Στρατηγικές και τρόποι προσαρμογής από τους πενθούντες.....	28
5.4. Παρεμβάσεις για την προσαρμογή στη χηρεία	30
6. Μεθοδολογία της έρευνας.....	31

6.1. Σκοπός	31
6.2. Ερευνητικά ερωτήματα	31
6.3. Είδος Έρευνας.....	31
6.4. Εργαλεία Μέτρησης	32
6.5. Δείγμα	34
6.6. Στατιστική Ανάλυση	34
6.7. Αποτελέσματα	34
6.8. Περιορισμοί-Δεοντολογία	61
7. Συμπεράσματα- Συζήτηση.....	61
8. Προτάσεις.....	64
9. Βιβλιογραφικές αναφορές.....	66
9.1 Ξενόγλωσσες	66
9.2. Ελληνικές	74
10. Παραρτήματα	76
10.1. Πίνακας 1 Στατιστικής Ανάλυσης	76
10.2. Ενημερωτικό Σημείωμα	83
10.3. Ερωτηματολόγιο SF - 36.....	84
10.4. Ερωτηματολόγιο GHQ - 30	89
10.5. Ερωτηματολόγιο GDS.....	92
10.6. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων.....	93

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Φύλο.....	34
Πίνακας 2. Ηλικία	35
Πίνακας 3. Τόπος διαμονής.....	35
Πίνακας 4. Μορφωτικό επίπεδο	36
Πίνακας 5. Επάγγελμα.....	37
Πίνακας 6. Κατάσταση διαμονής	38
Πίνακας 7. Ύπαρξη παιδιών.....	39
Πίνακας 8. Αριθμός παιδιών	40
Πίνακας 9. Λήψη σύνταξης.....	41
Πίνακας 10. Επάρκεια σύνταξης.....	42
Πίνακας 11. Ενασχόληση	43
Πίνακας 12. Χρονικό διάστημα από τον θάνατο του/της συζύγου	45
Πίνακας 13. Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια	46
Πίνακας 14. Ενδιαφέρον για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής	47
Πίνακας 15. Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (GDS)	48
Πίνακας 16. Γενική κλίμακα υγείας (GHQ).....	48
Πίνακας 17. Ποιότητα ζωής, κλίμακα SF - 36	49
Πίνακας 18. Έλεγχος κανονικότητας	50
Πίνακας 19. Λοξότητα & Κύρτωση	51
Πίνακας 20. Συσχετίσεις (A).....	52
Πίνακας 21. Συσχετίσεις (B)	53
Πίνακας 22. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ).....	55
Πίνακας 23. Διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν στην Αττική έναντι ατόμων που διαμένουν στην επαρχία ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)	56
Πίνακας 24. Διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν μόνοι έναντι ατόμων που διαμένουν με άλλα άτομα ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ).....	57
Πίνακας 25. Διαφορές μεταξύ ατόμων που έχουν παιδιά έναντι ατόμων που δεν έχουν παιδιά ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ).....	58
Πίνακας 26. Διαφορές μεταξύ των χρονικών κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την απώλεια του / της συζύγου ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)	59
Πίνακας 27. Διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν στην Αττική έναντι ατόμων που διαμένουν στην επαρχία ως προς την πρόθεση τους να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής.....	60
Πίνακας 28. Διαφορές μεταξύ ατόμων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο ως προς την πρόθεση τους να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής	60

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1.Φύλο	35
Γράφημα 2.Τόπος διαμονής	36
Γράφημα 3.Μορφωτικό επίπεδο	37
Γράφημα 4.Επάγγελμα	38
Γράφημα 5.Κατάσταση διαμονής.....	39
Γράφημα 6.Υπαρξη παιδιών	40
Γράφημα 7.Αριθμός παιδιών.....	41
Γράφημα 8.Λήψη σύνταξης	42
Γράφημα 9.Επάρκεια σύνταξης.....	43
Γράφημα 10.Ενασχόληση	44
Γράφημα 11.Χρονικό διάστημα από τον θάνατο του/της συζύγου.....	45
Γράφημα 12.Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια.....	46
Γράφημα 13.Ενδιαφέρον για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής	47

*«Σάμπως να αιστάνθη τη ζωή του πιο πλατιά
κι άξιο το νου του κάτι πιο βαθύ να κλείσει,
κοίταζε πένθιμος κι ασάλευτος τη φύση
απ' άστρο σ' άστρο τριγυρνώντας τη ματιά.
Δεν ήταν πιότερον η μέρα απ' τη νυχτιά
του κόσμου τ' άφεγγο μυστήριο να φωτίσει.
Και την ολόλευκη ομορφιά του είχε μισήσει,
σαν σκοταδιού νάταν πυρή σταλαγματιά.*

*Την άνοιξη έκλεινε τα βλέφαρα σφιχτά
να δείξει τ' άμετρο το πένθος του στη φύση;
κι όταν εβάρυνεν επάνω στα νερά,
σαν νάχε κάπου το βαθύ μυστήριο αγγίσει
με τη λευκή τον ήλιο εσκέπασεν ουρά
κι αποκοιμήθηκε χωρίς να τραγουδήσει.»*

«Ο κύκνος»

Νικηφόρος Βρεττάκος (1912-1991)

1. Εισαγωγή

Η απώλεια συζύγου θεωρείται μία από τις πιο στρεσογόνες εμπειρίες στη ζωή ενός ανθρώπου και για πολλούς αποτελεί ένα αναπόφευκτο γεγονός της μεγάλης ηλικίας (Soulsby & Bennet, 2017). Η έντονη γήρανση του πληθυσμού προμηνύει την αύξηση των ατόμων που θα απωλέσουν τον/την σύζυγό τους, εξαιτίας θανάτου.

Είναι φανερό πως ο πληθυσμός παγκοσμίως γηράσκει. Η Ελλάδα, συγκεκριμένα, γηράσκει γρήγορα. Σε έκθεση γήρανσης το 2018 αναφέρεται πως αναμένεται το σύνολο των ατόμων 65 και άνω ετών να αυξηθεί κατά 12,5% ως το 2070 και θα αποτελεί το 33,9% του συνολικού πληθυσμού της χώρας από το 21,4% που ήταν το 2018. Το αντίστοιχο ποσοστό για τους ανθρώπους ηλικίας 80 και άνω ετών θα αναλογεί στο 16,6%, όταν τον ίδιο χρόνο ήταν 6,6% (Lyberaki & Tinios, 2018). Τα παραπάνω δηλώνουν πως θα αυξηθεί και ο συνολικός αριθμός χηρευόντων ατόμων. Ήδη, σε απογραφή του 2011 καταγράφηκαν 820.449 άτομα σε κατάσταση χηρείας. Από αυτά οι 124.347 ήταν άνδρες και οι 696.102 γυναίκες (ΕΛΣΤΑΤ, 2011), κάτι που δείχνει την ισχυρή επικράτηση της χηρείας στις γυναίκες.

Η απώλεια συζύγου σχετίζεται με δύο έννοιες, οι οποίες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά στη βιβλιογραφία, το πένθος που συνοδεύει την απώλεια και τη χηρεία. Το πένθος από την απώλεια συζύγου είναι μια βραχύχρονη κατάσταση (Soulsby & Bennet, 2017) και συνδέεται με την κατάσταση θλίψης που ακολουθεί την απώλεια. Η χηρεία αναφέρεται πρωτίστως στη νέα κοινωνική κατάσταση και στις επιπτώσεις της (Perrig-Chiello, 2019). Πρόκειται για εξελισσόμενη, μακρόχρονη εμπειρία που απαιτεί από το άτομο να επανατοποθετήσει τη ζωή του σε μία νέα κατάσταση (Soulsby & Bennet, 2017). Με άλλα λόγια η χηρεία αναφέρεται σε δύο έννοιες που αφορούν σε οικογενειακή κατάσταση. Στην διακοπή του γάμου, εξαιτίας θανάτου του ενός συζύγου, καθώς και στην επακόλουθη κατάσταση του ατόμου ως μη παντρεμένο, πλέον, και μόνο (Perrig-Chiello, 2019).

Παρόλο που η χηρεία μπορεί να βιωθεί και από τα δύο φύλα, λίγες είναι οι ιστορικές αναφορές για τους άνδρες χήρους. Διάφοροι λόγοι εξηγούν αυτήν την ανισορροπία. Η χηρεία αναγνωρίζεται ως διάσταση στην ιστορία των γυναικών, ενώ στους άνδρες αποκτούσε, μέχρι πρόσφατα, δημογραφικό και λιγότερο κοινωνικό ενδιαφέρον. Επίσης, οι άνδρες παντρεύονται ξανά πιο συχνά σε σύγκριση με τις γυναίκες και

επομένως παραμένουν λιγότερο χρονικό διάστημα ως χήροι, κάτι που μειώνει το ποσοστό της ανδρικής χηρείας. Τέλος, η απώλεια συζύγου δείχνει να επηρεάζει περισσότερο τη ζωή μιας γυναίκας από εκείνη του άνδρα (Cowan, 2000).

1.1. Ιστορική αναδρομή

Ο αριθμός των χηρών στην αρχαία Αθήνα ήταν αρκετά υψηλός, ώστε θα μπορούσε να αποτελέσει ένα κοινωνικό πρόβλημα. Η διαφορά ηλικίας μεταξύ άνδρα και γυναίκας εξηγεί το αυξημένο ποσοστό, αφού ο άνδρας μπορούσε να είναι ως και δεκαπέντε χρόνια μεγαλύτερος από τη σύζυγό του. Οι νομικοί περιορισμοί που ίσχυαν για τις γυναίκες εκείνη την εποχή δεν τους επέτρεπαν να έχουν έλεγχο της γης, να συμμετέχουν σε εμπορικές συναλλαγές ή άλλη οικονομική δραστηριότητα. Δεν είχαν δικαίωμα σε κληρονομιά από τον πατέρα ή τον σύζυγο. Αυτό που θεωρούνταν δικό τους ήταν η «προίκα», χρήματα ή κινητά στοιχεία, η οποία σε περίπτωση θανάτου της γυναίκας και μη απόκτησης παιδιών επέστρεφε στην πατρική οικογένεια. Γενικότερα, οι χήρες παρέμεναν μέλη της πατρικής οικογένειας, όπου εξασφαλιζόταν ένα μέρος διαμονής και η προστασία ενός πατέρα ή αδελφού, είτε γιου για τις ηλικιωμένες. Η παραμέληση των γονιών ισοδυναμούσε με ποινικό αδίκημα και τιμωρούνταν με στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων ή «ατιμία». Παρόλο που οι χήρες στην αρχαία Αθήνα δεν είχαν πρόσβαση στην εξουσία, όπως και κάθε γυναίκα εκείνης της εποχής, κάποιες χήρες-κυρίως οι ηλικιωμένες- υπήρξαν άτομα επιρροής, ανεξαρτησίας ακόμα κι εξουσίας. Σημαντικό στοιχείο ήταν η αποδοχή του δεύτερου γάμου για τις χήρες. Δεν υπήρχε προκατάληψη στο θέμα αυτό και οι χήρες δεν ήταν στόχοι περιγέλου και σχολιασμού (Hunter, 1989).

Η διαφορά ηλικίας μεταξύ ανδρών και γυναικών στον πρώτο γάμο (με τους άνδρες να παντρεύονται σε πιο μεγάλη ηλικία) εντοπίζεται και στην Ρωμαϊκή Αυτοκρατορία υπολογιζόμενη κατά μέσο όρο στα 7-8 έτη. Λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά θνησιμότητας, οι άνδρες πέθαιναν πριν από τις γυναίκες. Υπολογίζεται πως οι γάμοι διαρκούσαν 15-20 χρόνια, με αποτέλεσμα 40% των γυναικών σε ηλικία 40-50 ετών ήταν χήρες. Οικονομικοί, κοινωνικοί και ψυχολογικοί λόγοι ωθούσαν τις χήρες να παντρευτούν ξανά. Ωστόσο, είχαν λίγες πιθανότητες να βρουν καινούργιο σύντροφο. Έτσι, ένα ποσοστό ως 30% ενηλίκων γυναικών παρέμεναν χήρες. Η χηρεία είχε επιπτώσεις στη δομή της οικογένειας. Σε πολλές περιπτώσεις οι χήρες έμεναν με τους

γιους, σε μερικές με τις κόρες και κάποιες μόνες τους. Η υλική υποστήριξη προς εκείνες περιοριζόταν στην προίκα ή στη διαθήκη του συζύγου. Η στήριξη από τα παιδιά μπορεί να συνεπαγόταν την απώλεια της ανεξαρτησίας τους. Στερούνταν δυνατότητας επαγγελματικής αποκατάστασης, ακόμα και οι αρτιμελείς, λόγω του περιορισμένου αριθμού επαγγελματιών και των φτωχών απολαβών. Δεν είναι τυχαίο πως οι χήρες ήταν συνώνυμο της ευπάθειας και της δυστυχίας κατά την αρχαιότητα. Ούτε οι φιλανθρωπίες από την Εκκλησία, κατά την περίοδο του Χριστιανισμού, φαίνεται να βοήθησαν πολύ τις γυναίκες αυτές (McGinn, 1999).

Στη Βενετία κατά τον 11^ο-18^ο αιώνα υπήρξε ενδιαφέρον για τη γυναικεία χηρεία. Επιστρεφόταν η προίκα στην κατοχή των χηρών και είχαν περισσότερες δυνατότητες δράσης σε σύγκριση με τις παντρεμένες γυναίκες. Οι δυνατότητες δράσης επηρεάζονταν, βέβαια, από την κοινωνική τους θέση, κάτι που επιδρούσε και στην καθημερινότητά τους. Οι γυναίκες που βρίσκονταν σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα αντιμετώπιζαν περισσότερες δυσκολίες κατά τη χηρεία, ιδιαίτερα αν είχαν παιδιά. Αντίθετα, στις χήρες ανωτάτων κοινωνικών στρωμάτων δινόταν η δυνατότητα ελεύθερης διάθεσης της περιουσίας τους. Πολλές πρόσφεραν δωρεές σε μονές, εκκλησίες και ευαγή ιδρύματα ή γίνονταν χρηματοδότες έργων θρησκευτικής τέχνης. Ορισμένες επέλεξαν να μείνουν σε μοναστήρι για συναισθηματική στήριξη και κοινωνική καταξίωση. Ωστόσο, οι ευκατάστατες Βενετές χήρες δέχονταν αυστηρότερο έλεγχο της συμπεριφοράς τους που συνδεόταν με την τιμή του εκλιπόντα συζύγου και της οικογένειάς του. Η σπουδαιότητα της «υπόληψης» στις κοινωνίες εκείνης της εποχής αποτυπώνεται στο έργο του G.C. Cabeì «Ornamenti della gentil donna vedona» (1574), στο οποίο, όπως αναφέρουν οι Διαλέτη, Πλακωτός και Μούμου (2015), περιέχονταν συμβουλές προς τις ευυπόληπτες χήρες της Βενετίας. Συγκεκριμένα, τις παρότρυνε να δίνουν σημασία στη γνώμη των άλλων και να κάνουν εμφανή τη θλίψη τους με την μαύρη ενδυμασία, τις κινήσεις, τις εκφράσεις και κάθε έκφανση της συμπεριφοράς τους (Διαλέτη, Πλακωτός, & Μούμου, 2015).

Στη μεσαιωνική και πρώιμη νεότερη Ευρώπη οι χήρες αποτυπώνονται ως άτομα ανεξαρτησίας και εξουσίας, που απολάμβαναν τα οφέλη της κοινωνικής τους θέσης, όπως οι άνδρες. Μπορούσαν να συνεχίσουν την εμπορική επιχείρηση του αποθανόντος συζύγου τους. Έτσι, συναντώνται χήρες ως επενδυτές, γαιοκτήμονες, τεχνίτες και ξενοδόχοι. Ως προς το δικαίωμα κληρονομιάς, φαίνεται να επικρατούν δύο βασικοί τύποι. Οι χήρες είτε είχαν πλήρη δικαιώματα στην κληρονομιά, συμπεριλαμβανομένης

και της γης, είτε το τμήμα που τους αναλογούσε περιοριζόταν στην προίκα. Την περίοδο αυτήν, οι χήρες που σκέφτονταν να προχωρήσουν σε δεύτερο γάμο αντιμετωπίζονταν με περίεργο, εχθρότητα ή και τα δύο, κάποιες φορές με τελετές αποδοκιμασίας της απόφασης αυτής. Χαρακτηριστική είναι η «mattinata», στην Φλωρεντία του 14^{ου}-15^{ου} αιώνα και η τελετουργία με δυνατή μουσική στην Αγγλία τον 16^ο αιώνα, ανάλογη της «charivari» που επικρατούσε παντού στην Ευρώπη (Hunter, 1989).

Κατά την νεότερη εποχή και κυρίως τον 18^ο αιώνα, εξακολουθεί να είναι σημαντικό το ποσοστό των νέων χηρών με εξαρτώμενα παιδιά. Ωστόσο, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης τον 19^ο αιώνα, μεταβάλλει τη χηρεία ως συνώνυμο της μεγάλης ηλικίας. Βέβαια, εξακολουθεί να αφορά περισσότερο τις γυναίκες. Εξαιτίας της απώλειας του συζύγου, οι γυναίκες έχαναν, εκτός των άλλων, την οικονομική στήριξη. Σε μια περίοδο, όπου η ανεύρεση εργασίας ήταν δύσκολη, λόγω προτίμησης εκπαιδευμένων εργαζομένων, οι χήρες έκαναν διάφορες εργασίες για να επιβιώσουν. Ραπτική, πλέξιμο, ως πλύστρες ή ως πωλήτριες χειροποίητων προϊόντων και μύρας. Ορισμένες εργάζονταν ως μαιές ή νοσοκόμες και κάποιες, κυρίως μεσαίας τάξης, ως δασκάλες. Οι περισσότερες, όμως, αναγκάζονταν σε φτωχά αμειβόμενη εργασία και βραχύχρονη ασφάλεια, με αποτέλεσμα μερικές από εκείνες να στρέφονται στην οικογένεια για στήριξη. Ο δεύτερος γάμος παρατηρείται πιο συχνά στους άνδρες που παντρεύονταν μικρότερης ηλικίας γυναίκες. Στις γυναίκες υπήρξε αποτρεπτικός παράγοντας η ύπαρξη παιδιών, ο φόβος απώλειας δικαιωμάτων τους στην κληρονομιά, καθώς και η παρέλευση της αναπαραγωγικής ηλικίας. Άξια λόγου είναι η αντίληψη των κοινωνιών εκείνης της εποχής για τη χηρεία που συνδεόταν με τις αντιλήψεις για τη μεγάλη ηλικία. Εθεωρείτο πως η γυναίκα γερνάει πιο νωρίς και η μεγάλη ηλικία έχει περισσότερες επιπτώσεις στις γυναίκες. Έτσι, ενώ οι άνδρες απολάμβαναν σεβασμού,



«Widowed and fatherless» (1888) - Thomas Benjamin Kennington (1856-1916)

οι γυναίκες προκαλούσαν φόβο ή αποστροφή. Συγκεκριμένα, σε χωριά της Γαλλίας τον 18^ο αιώνα αποκαλούνταν «μάγισσες». Αυτό επηρέαζε την αυτοαντίληψη των χηρών, οι οποίες είχαν χαμηλή αυτοπεποίθηση και αρνητική άποψη για τον εαυτό τους (Blom, 1991).

Στη σύγχρονη εποχή η χηρεία εξακολουθεί να αφορά περισσότερο το γυναικείο φύλο. Οι λόγοι που δικαιολογούν το αυξημένο ποσοστό χηρών δεν έχουν αλλάξει. Η διαφορά ηλικίας των συζύγων, το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης των γυναικών και το ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο πιθανό να παντρευτούν ξανά. Το τελευταίο οφείλεται στην μειωμένη διαθεσιμότητα των ανδρών μεγαλύτερης ηλικίας, αλλά και σε μία τάση των χηρών στις δυτικές κοινωνίες να προτιμούν τις ανεπίσημες σχέσεις έναντι μιας συζυγικής ένωσης που συνοδεύεται από καθήκοντα συντήρησης νοικοκυριού. Στην Ελλάδα οι χήρες είναι περισσότερες από τους χήρους και μεγαλύτερης ηλικίας. Ωστόσο, αλλαγές έχουν σημειωθεί στην κοινωνική κατάσταση των γυναικών και κατ' επέκταση των χηρών. Μία πτυχή σχετίζεται με τη διαχείριση του νοικοκυριού. Στα μέσα του δωδέκατου αιώνα επικεφαλής του νοικοκυριού ήταν ο άνδρας. Ωστόσο, στην πορεία του χρόνου η ευθύνη του νοικοκυριού πέρασε στη γυναίκα. Ακόμα κι αν θεωρήσουμε πως οι χήρες στην Ελλάδα παύουν να έχουν τον έλεγχο του νοικοκυριού, όταν παντρευτούν τα παιδιά τους, υπάρχουν χήρες μεγάλης ηλικίας που εξακολουθούν να είναι επικεφαλής του νοικοκυριού. Αυτό συμβαίνει, επειδή μένουν μόνες τους ή έχουν ανύπανδρα παιδιά, ακόμα και μεγάλης ηλικίας. Όμως, ακόμα και στις αρχές του 21^{ου} αιώνα το ποσοστό χηρών επικεφαλής του νοικοκυριού μειώνεται μετά την ηλικία των 65 ετών. Προβλήματα υγείας ή η φυσική φθορά τις οδηγεί σε συγκατοίκηση με τα παιδιά τους ή σε διαμονή σε μονάδες φροντίδας (Gavalas, 2016).

2. Χηρεία και ψυχική υγεία στους ηλικιωμένους

2.1. Γήρανση και ψυχικές διαταραχές

Η κατάθλιψη και το άγχος παρατηρούνται πιο συχνά στους ηλικιωμένους. Η γήρανση δεν είναι ασθένεια, αλλά μια φυσική διαδικασία στη ζωή του ανθρώπου. Χαρακτηρίζεται από εξασθένηση της οργανικής λειτουργίας και εκφυλισμό των κυττάρων του ανθρώπινου σώματος, που οδηγούν σε βιολογική, φυσική, ψυχική, πνευματική και κοινωνική παρακμή (Vasilopoulos et al., 2018).

Το άγχος στους ηλικιωμένους εκδηλώνεται με νευρική, ευερεθιστότητα, υπερβολικό αίσθημα φόβου και ανησυχίας, μη ικανότητα συγκέντρωσης και διαταραχές ύπνου. Παράγοντες πυροδότησης αποτελούν το γυναικείο φύλο, η μοναξιά, η απώλεια συζύγου και η ψυχοσωματική πτώση (Vasilopoulos et al., 2018).

Η κατάθλιψη έχει σημαντική επικράτηση στους ηλικιωμένους. Υπολογίζεται πως ένα ποσοστό της τάξεως του 10-20% πάσχει από αυτήν, με τις γυναίκες να υπερέχουν. Οι εκδηλώσεις της αφορούν σωματικά συμπτώματα, όπως πόνο, ζάλη, απώλεια βάρους, δυσκοιλιότητα, αμνησία. Επίσης, παρατηρούνται αλλαγές στη συμπεριφορά. Στις τελευταίες περιλαμβάνονται απομόνωση, άρνηση εξόδου από το σπίτι, δυσκολία στη συγκέντρωση, ήπια ή σοβαρή άνοια, επίμονες σκέψεις θανάτου και κατανάλωση αλκοόλ (Vasilopoulos et al., 2018). Αιτιολογικοί παράγοντες θεωρούνται η επιδείνωση της υγείας, η απώλεια αγαπημένων προσώπων και η συνοδός θλίψη, η κοινωνική απομόνωση και τα οικονομικά προβλήματα (Choi & Ha, 2011).

Έχουν αναπτυχθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών. Η τελευταία εκδοχή του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM-V) και η δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης των Νόσων και των Σχετικών προβλημάτων Υγείας (ICD-10) διαχωρίζουν καλύτερα τις μεγάλες καταθλιπτικές διαταραχές και τη διπολική διαταραχή. Επίσης, συμβάλλουν στην καλύτερη κατανόηση, διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης και παρέχουν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ένα κοινό σύστημα επικοινωνίας (Σιούτη & Κουγιουμτζής, 2019).

Η θεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης σε μεγάλη ηλικία περιλαμβάνει τη φαρμακολογική θεραπεία, την ψυχοθεραπεία ή συνδυασμό των δύο. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται συνήθως στους ηλικιωμένους περιλαμβάνει τα ετεροκυκλικά, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και τους αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Ωστόσο, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά εμφανίζουν καρδιοτοξικότητα. Ως προς την ψυχοθεραπεία υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις, όπως: α) η ψυχοδυναμική, β) η συστημική, γ) η προσωποκεντρική και δ) η γνωσιακή-συμπεριφοριστική (Σιούτη & Κουγιουμτζής, 2019).

2.2. Απώλεια συζύγου και ψυχικές διαταραχές

Η απώλεια συζύγου συμβαίνει πιο συχνά στη μεγάλη ηλικία. Είναι μια εμπειρία που διακόπτει την αφήγηση της ζωής και κατακρημνίζει τον δεδομένο και οικείο κόσμο ενός ανθρώπου. Μετά την απώλεια, πολλοί ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με αναστάτωση στην καθημερινότητά τους. Το πένθος που συνοδεύει την απώλεια είναι μια δύσκολη κατάσταση κι αποτελεί πρόκληση για τα ηλικιωμένα άτομα. Αναφέρεται εκ φύσεως στην αναδιαμόρφωση του νοήματος της ζωής, στο να μάθει κάποιος να ζει την κάθε ημέρα μετά την απώλεια αντιμετωπίζοντας τις συνέπειές της και διατηρώντας την ανάμνηση του εκλιπόντος μέσω μιας συνεχιζόμενης ασχολίας. Τώρα οι επιβιώσαντες πρέπει να αναθεωρήσουν τη ζωή τους, να διατηρήσουν κοινωνικές επαφές και την αίσθηση του ανήκειν, καθώς και να αποκτήσουν ελπίδες για το μέλλον. Θα χρειαστεί να αναδιαμορφώσουν την ταυτότητά τους και να διαπραγματευτούν την ανεξαρτησία τους ως χήρες/οι. Μαζί με την απώλεια πιθανόν να χρειάζεται να διαχειριστούν υπάρχουσες δυσκολίες, όπως προβλήματα υγείας, περιορισμούς στη λειτουργική τους κατάσταση και αυξημένη ανάγκη για υποστήριξη. Όλα τα παραπάνω αποτελούν πρακτικές και συναισθηματικές προκλήσεις για τα άτομα μεγάλης ηλικίας (Naef, Ward, Mahrer-Imhof, & Grande, 2013).

Τα χηρευόμενα άτομα έχουν εννέα φορές αυξημένη πιθανότητα ανάπτυξης σοβαρών ψυχικών προβλημάτων (Siflinger, 2017). Ωστόσο, εκδηλώνουν κυρίως άγχος και καταθλιπτικά συμπτώματα. Υπολογίζεται πως το συνολικό ποσοστό κατάθλιψης στην χηρεία είναι 17-20%, όταν χρησιμοποιούνται διαγνωστικά κριτήρια. Κατά την χρήση κλιμάκων διαλογής σε χηρευόμενα άτομα στην κοινότητα το ποσοστό κυμαίνεται από 7% ως 88% (Kristiansen, Kjaer, Hjorth, Andersen, & Prina, 2019b). Σε άλλη ανάλυση τα ποσοστά εκτιμώνται 19% και 41%, αντίστοιχα, ενώ για τις αγχώδεις διαταραχές περίπου 27%. Ειδικά για την κατάθλιψη, παρατηρείται διπλάσια επικράτηση στους χήρους/ες σε σύγκριση με τον γενικότερο πληθυσμό στην κοινότητα (Kristiansen, Kjaer, Hjorth, Andersen, & Prina, 2019a).

2.2.1. Κατάθλιψη και χρόνος από την απώλεια

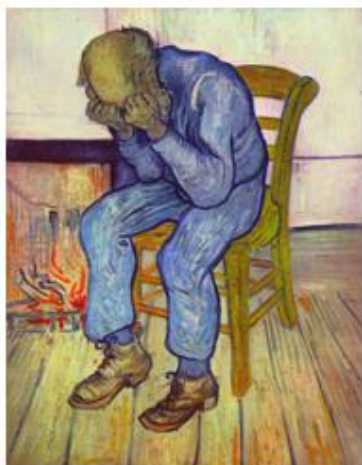
Η συνολική επικράτηση της κατάθλιψης είναι υψηλότερη τον πρώτο μήνα χηρείας (υπολογίζεται σε 40%) και μειώνεται τα επόμενα πέντε χρόνια καταλήγοντας στο 10% (Kristiansen et al., 2019b). Τον αυξημένο κίνδυνο για την ψυχική υγεία την περίοδο του θανάτου διαπιστώνουν και οι Burns et al., οι οποίοι, ενώ αναγνωρίζουν την

μακροχρόνια επίδραση της χηρείας, σημειώνουν αναφορές των συμμετεχόντων στην έρευνα για μειώσεις στη θετική στάση κατά τον χρόνο εισόδου στη χηρεία (Burns, Browning, & Kendig, 2015). Παρόμοια αποτελέσματα είχε μία μελέτη σε ηλικιωμένους Μεξικανούς, όπου παρατηρήθηκε αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων την ίδια περίοδο (Monserud & Markides, 2017). Έρευνες δείχνουν ότι η κατάθλιψη είναι πιο έντονη τους πρώτους έξι μήνες μετά την απώλεια, τον πρώτο χρόνο ή και περισσότερο από δύο έτη, ενώ για άλλες τα άτομα εμφανίζουν ανθεκτικότητα και έλλειψη καταθλιπτικής συμπτωματολογίας μέχρι και 18 μήνες μετά την απώλεια (Jadhav & Weir, 2018). Εντούτοις, μελέτες προτείνουν πως είναι πιθανό να χρειαστούν ως και οκτώ χρόνια για την ανάρρωση και επιστροφή στα προ της απώλειας επίπεδα ευημερίας (Lin, Brown, Wright, & Hammersmith, 2019). Παρόλο το ευρύ φάσμα και την έλλειψη ομοφωνίας για την διάρκεια επίδρασης της χηρείας στην ψυχική υγεία, καταδεικνύεται ότι οι ηλικιωμένοι βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων όχι μόνο την περίοδο της απώλειας, αλλά και τα χρόνια που προηγούνται του πένθους (Monserud & Markides, 2017). Αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου όσον αφορά την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών, ανεξαρτήτως του χρόνου που μεσολαβεί από την απώλεια (Kristiansen et al., 2019a).

2.2.2. Κατάθλιψη στη χηρεία και φύλο

Αν και η χηρεία είναι πιο κοινή στις γυναίκες, η κεντρική εμπειρία αυτής της κατάστασης δεν διαφέρει μεταξύ των δύο φύλων. Τόσο οι άνδρες, όσο και οι γυναίκες υποφέρουν από την απουσία της/του συζύγου και θεωρούν τη ζωή τους πρόκληση χωρίς αυτούς. Μολονότι υπάρχουν μελέτες που δεν εντοπίζουν διαφορές στα καταθλιπτικά συμπτώματα των δύο φύλων (Glei, Goldman, Liu, & Weinstein, 2013; Sasson & Umberson, 2014), σε άλλες μελέτες και έρευνες οι απόψεις διίστανται. Κάποιες υποστηρίζουν πως οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης σε σύγκριση με τους άνδρες (Burns et al., 2015) και ιδιαίτερα σε ηλικιωμένες είναι πιο συχνή η διάγνωση μονοπολικής κατάθλιψης (Girgus, Yang, & Ferri, 2017). Ωστόσο, οι άνδρες τρίτης ηλικίας που μένουν μόνοι τους παρουσιάζουν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με τις γυναίκες ίδιας ηλικιακής ομάδας (Oh et al., 2014; Russell & Taylor, 2009). Σε έρευνα σε 23 Ευρωπαϊκές χώρες, οι γυναίκες ανέφεραν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης, αν και παρατηρήθηκε διακρατική διακύμανση στο χάσμα μεταξύ των δύο φύλων. Η διαφορά ήταν μεγαλύτερη σε κράτη της Ανατολικής και Νότιας Ευρώπης και λιγότερη στην Ιρλανδία, την Σλοβακία και

κάποιες Σκανδιναβικές χώρες (Van de Velde, Bracke, & Levecque, 2010). Τούτο έρχεται σε αντίθεση με ανάλυση δεδομένων από τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής,



«Ο θλιμμένος γέροντας» («*At eternity's gate*») (1890)-
Vincent Van Gogh (1853 - 1890)

την Ευρώπη, την Κίνα και την Κορέα, όπου οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερα αποτελέσματα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις γυναίκες, εκτός από τους Ευρωπαίους συμμετέχοντες. Μάλιστα, τα επίπεδα αυτά μπορεί να διατηρηθούν ακόμα και 6-10 χρόνια μετά την απώλεια (Jadhav & Weir, 2018). Ο αυξημένος κίνδυνος και η ευπάθεια των ανδρών στην κατάθλιψη υποστηρίζεται κι αλλού στη βιβλιογραφία (King, Carr, Taylor, 2019; Kristiansen et al., 2019a; Seematter-Bagnoud, Karmaniola, & Santos-Eggimann, 2010;

Sikorski et al., 2014; Soulsby & Bennet, 2017).

2.2.3. Κατάθλιψη στη χηρεία και οικονομικές δυσκολίες

Οι οικονομικές δυσκολίες αυξάνουν τα επίπεδα κατάθλιψης στους πενθούντες, κάτι που τις καθιστά στρεσογόνο παράγοντα που ακολουθεί την απώλεια (Galatzer-Levy & Bonanno, 2012). Ο θάνατος ενός συζύγου μπορεί να συνδέεται με οικονομική δυσχέρεια, η οποία είναι πιθανό να μειώνεται με την πάροδο του χρόνου. Αλλαγές στο εισόδημα μπορούν να αποτελέσουν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της συσχέτισης μεταξύ χηρείας και καταθλιπτικών συμπτωμάτων (Monserud & Markides, 2017). Σε έρευνα ανάμεσα σε 23 χώρες της Ευρώπης για διαφορές των δύο φύλων στην κατάθλιψη, φάνηκε πως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο ανδρών και γυναικών έχει ισχυρή σύνδεση με την κατάθλιψη. Αυτό καταδεικνύει ότι στην πλειοψηφία των Ευρωπαϊκών χωρών τα επίπεδα κατάθλιψης σχετίζονται στενά με την κοινωνικοοικονομική θέση. Βέβαια, παρατηρείται διεθνής διαφοροποίηση ως προς τον βαθμό επίδρασης της θέσης αυτής (Van de Velde et al., 2010).

2.2.4. Άλλοι παράγοντες που ευνοούν την κατάθλιψη κατά τη χηρεία

Σε ό,τι αφορά το μορφωτικό επίπεδο, τα άτομα με υψηλότερη μόρφωση επηρεάζονται περισσότερο από την απώλεια συζύγου σε σύγκριση με ανθρώπους που κατέχουν κάτι λιγότερο από απολυτήριο Λυκείου. Πιθανόν, οι περισσότεροι μορφωμένοι να έχουν να

χάσουν πιο πολλά όσον αφορά τη μείωση των πόρων και μπορεί να έχουν λιγότερες εμπειρίες από στρεσογόνους παράγοντες σε σύγκριση με τους λιγότερο προνομιούχους συνομηλίκους τους. Επίσης, στους τελευταίους η επίδραση από τη μεταβολή στην οικογενειακή κατάσταση αμβλύνεται από τη σωρευτική ή χρόνια έκθεση σε ανεπιθύμητα συμβάντα. Αυτή τους καθιστά ικανούς να δείχνουν υψηλότερη αντοχή σε τέτοια γεγονότα (Recksiedler & Stawski, 2019).

Επιπλέον, ο απροσδόκητος θάνατος επηρεάζει την εμφάνιση κατάθλιψης. Συγκεκριμένα, για τέτοιο θάνατο ο κίνδυνος κατάθλιψης από 27% δύο μήνες πριν την απώλεια εκτοξεύεται στο 65% δύο μήνες μετά αυτής και παραμένει σε υψηλά επίπεδα. Η έλλειψη προετοιμασίας έχει μακροχρόνιες επιπτώσεις στην ψυχική υγεία του επιβιώσαντα και δυσχεραίνει την προσαρμογή (Sifflinger, 2017).

Στη χηρεία η καλή ποιότητα γάμου συνδέεται με υψηλά επίπεδα αρνητικών ψυχολογικών συνεπειών (Kristiansen et al., 2019b). Βέβαια, σε προ χηρείας περίοδο, άνθρωποι που αργότερα έχασαν τον/την σύζυγό τους, εμφάνισαν περισσότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σύγκριση με άτομα που ήταν συνεχώς παντρεμένα. Η διαφορά αυτή υποδεικνύει την επιβάρυνση της διαπραγμάτευσης με ασθένεια του/της συζύγου και την επίδραση της φροντίδας εκείνου/ης κατά το διάστημα πριν την απώλεια (Sasson & Umberson, 2014). Η σχέση μεταξύ φροντίδας και ψυχικής υγείας μπορεί να συνδεθεί είτε ως φυσική και ψυχολογική ένταση για μεγάλες περιόδους, είτε ως υψηλά επίπεδα μη προβλεψιμότητας και αδυναμίας ελέγχου της ασθένειας. Η επιβάρυνση της φροντίδας μπορεί να επιδεινώσει την ψυχική υγεία του επιβιώσαντα αρκετό χρονικό διάστημα πριν την πραγματική απώλεια (Sifflinger, 2017). Η παροχή φροντίδας σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης στη χηρεία. Αυτό αποδίδεται εν μέρει στην προετοιμασία για τον θάνατο του/της συντρόφου, αφού έχει φανεί πως ο ξαφνικός χαμός μπορεί να οδηγήσει σε φτωχή ψυχική υγεία των πενθούντων (Kristiansen et al., 2019b). Ωστόσο, το βάρος της παροχής φροντίδας, αν και προκαλεί μικρότερη στιγμιαία επίδραση πένθους, έχει μεγάλη συνολική επιρροή πριν και μετά την απώλεια (Sifflinger, 2017).

Τέλος, οι πενθούντες εμφανίζουν αυξημένα συναισθήματα θλίψης και λύπης συγκεκριμένες ημέρες που τους θυμίζουν τον/την χαμένο/η σύντροφο. Αυτές είναι η ημερομηνία θανάτου, η επέτειος γάμου, η ημερομηνία γενεθλίων του/της αποθανόντα/νούσης και γιορτές που θεωρούνται οικογενειακές. Μελέτη για την

επίδραση συγκεκριμένων ημερομηνιών/περιοδών σε χηρευόμενα άτομα στην Αμερική έδειξε ότι μια σειρά συμπτωμάτων, όπως κατάθλιψη, απελπισία, λαχτάρα και άγχος που συνδέεται με την απώλεια είναι πιο έντονα συγκεκριμένες ημερομηνίες και μήνες. Αυτοί αφορούν σε περιόδους μετά τα Χριστούγεννα, σε γιορτές (του πατέρα/της μητέρας) και σε οικογενειακοκεντρικές εκδηλώσεις, όπως σχολικές αποφοιτήσεις. Όλα αυτά θυμίζουν πως ο/η σύζυγος δεν είναι πλέον εκεί για να συμμετάσχει. Τέλος, τα γενέθλια του ατόμου που έχει χαθεί μπορεί να μην μνημονευτούν από άλλους, προκαλώντας ένα αίσθημα θλίψης και κενού στον επιβιώσαντα. Βέβαια, η ψυχολογική πίεση έγινε αισθητή τον πρώτο χρόνο μετά την απώλεια και λιγότερο φανερή 18 μήνες μετά (Carr, Sonnega, Nesse, & House, 2014).

Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως φύλο και ηλικία, καθώς και η επιβάρυνση της υγείας ή οικονομική αποτελούν αιτιολογικούς παράγοντες της κατάθλιψης που ακολουθεί την απώλεια (Galatzer-Levy & Bonanno, 2012). Τα υποκλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιο συχνά στα άτομα τρίτης ηλικίας σε σύγκριση με την μείζονα κατάθλιψη, αλλά οδηγούν σε γνωστική παρακμή, φτωχή υγεία, μακροχρόνια παραμονή σε νοσοκομείο και κατ' επέκταση σε μειωμένη ποιότητας ζωής (Girgus et al., 2017). Ο εντοπισμός ψυχικών διαταραχών στους πενθούντες συζύγους είναι σημαντικός, καθώς προκαλούν ψυχολογικό πόνο και λειτουργικά προβλήματα στην καθημερινότητα. Επιπλέον, οι διαταραχές αυτές, τις περισσότερες φορές, θεραπεύονται επαρκώς (Onrust & Cuijpers, 2006). Η φυσιολογική θλίψη δεν θα πρέπει να θεωρείται παθολογική. Όμως, εξαιτίας της ευρείας επίδρασης των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, αυτά είναι καλό να εξετάζονται και να θεραπεύονται, όπου χρειάζεται, ώστε να μην γίνουν χρονίζοντα και υποβαθμίσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων (Sikorski et al., 2014).

2.3. Χηρεία και μοναξιά

Η μοναξιά στους ηλικιωμένους αποτελεί ένα παγκόσμιο θέμα δημόσιας υγείας. Εκτιμάται πως το ποσοστό της στα 25 Ευρωπαϊκά κράτη κυμαίνεται από 19,6% ως 34,0% (Jiang et al., 2020). Η μοναξιά είναι ένα αρνητικό και πολύπλευρο συναίσθημα. Πρόκειται για μοναδική, επώδυνη και πολυδιάστατη εμπειρία με άμεσες συνέπειες στην πνευματική και κοινωνική ζωή του ατόμου, επηρεάζοντας ταυτόχρονα τη σωματική και ψυχοσυναισθηματική του κατάσταση (Vasilopoulos et al., 2018). Είναι

πιθανό να προκαλέσει πλήθος βλαβών που καταλήγουν σε φυσιολογικές επιπτώσεις και επιταχύνουν τη διαδικασία της γήρανσης. Η μοναξιά μπορεί να αυξήσει τις πιθανότητες για στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, άνοια (Jiang et al., 2020). Επίσης, σχετίζεται με αυτοκτονικό ιδεασμό. Επιπρόσθετα, μοναχικοί ηλικιωμένοι επιδεικνύουν ριψοκίνδυνη για την υγεία τους συμπεριφορά, όπως κάπνισμα και φυσική αδράνεια και είναι πιθανό να αναπτύξουν νόσο Alzheimer και καταθλιπτικά συμπτώματα (Fried et al., 2015). Η μοναξιά συνδέεται στενά με την κατάθλιψη και τις αγχώδεις διαταραχές, αν και δεν έχει οριστεί με σαφήνεια ποιο προηγείται (Davies, Crowe, & Whitehead, 2016). Φαίνεται να επηρεάζει αμοιβαία το ένα το άλλο. Το πένθος δείχνει να έχει έντονη επίδραση στην έναρξη της μοναξιάς. Η επακόλουθη ενεργοποίηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων εκκινεί ανατροφοδότηση που κάνει το άτομο να αισθάνεται πιο μόνο από πριν. Αυτό με τη σειρά του μπορεί να εμποδίσει το άτομο να δράσει προς μείωση της μοναξιάς (Fried et al., 2015). Η χρόνια μοναξιά ενδεχομένως να οδηγήσει σε οικονομικό βάρος και ψυχική πίεση για τα άτομα μεγάλης ηλικίας και τις οικογένειές τους (Jiang et al., 2020).

Η χηρεία είναι ένας λόγος για τον οποίο πολλοί ηλικιωμένοι νιώθουν μοναξιά. Την περίοδο εκείνη η μοναξιά βιώνεται σαν απώλεια του/της συζύγου, αλλά και σαν απώλεια της καθημερινότητας, η οποία τους έδινε τη δυνατότητα να διατηρήσουν επαφές με άλλους ανθρώπους. Αποτελεί συναισθηματική απόκριση στο βίωμα της απουσίας του αγαπημένου προσώπου και της απόκλισης από την εξοικείωση της καθημερινότητας που έδινε νόημα στη ζωή τους (Davies et al., 2016). Μετά από μακροχρόνιους γάμους, οι ηλικιωμένοι έρχονται αντιμέτωποι με την μοναξιά, εξωτερικά στο σπίτι, αλλά και εσωτερικά, κάτι που πυροδοτεί καταθλιπτικά συμπτώματα. Η απώλεια συζύγου δημιουργεί ένα συναισθηματικό κενό, το οποίο είναι δύσκολο να καλυφθεί, ιδιαίτερα τις νύχτες. Επιπλέον, υπάρχει η αίσθηση του φόβου για ατυχήματα ή απροσδόκητη ασθένεια όταν βρίσκονται μόνοι τους, καθώς και η αβεβαιότητα για το μέλλον, κυρίως για το ποιος θα τους φροντίσει, αν παραστεί ανάγκη. Τα συναισθήματα αυτά εντείνουν την αίσθηση της μοναξιάς (Lopez Doblas & Diaz Conde, 2018).

Σε ανάλυση των Davies et al., οι ηλικιωμένοι που έλαβαν μέρος τόνισαν ότι έπρεπε να διαχειριστούν και τους κοινωνικούς κανόνες που σχετίζονται με την αναμενόμενη, από τους άλλους, συμπεριφορά κάποιου ως χήρα/ος. Τούτο δεν ήταν πάντα εύκολο, γι' αυτό ορισμένοι εξακολούθησαν να βιώνουν περιόδους μοναξιάς (Davies et al., 2016).

Δεν είναι όλα τα άτομα μεγάλης ηλικίας μόνα τους, ούτε η μοναξιά είναι απαραίτητα μια σταθερή κατάσταση. Ωστόσο, αποτελεί έντονη πρόκληση η διαχείρισή της σε καθημερινή βάση. Η απώλεια συζύγου πιθανόν να ενεργοποιήσει μια τέτοια εμπειρία, όμως οι περισσότεροι άνθρωποι αναπτύσσουν τρόπους μετριάσής της. Η καθιέρωση νέας καθημερινότητας κατά τη χηρεία παρέχει προγραμματισμό, προβλεψιμότητα, ευχειρισία και ευχαρίστηση στους ηλικιωμένους. Προσφέρει αίσθηση ελέγχου, θετικών προσδοκιών, εκπλήρωσης και αυτοεκτίμησης (Davies et al., 2016). Άλλες προσεγγίσεις αφορούν σε γνωσιακή- συμπεριφοριστική θεραπεία (Fried et al., 2015).



«Ενατένιση (*Overpeinzing*)» (1896) - Jozef Israëls (1824-1911)

3. Χηρεία και φυσική υγεία

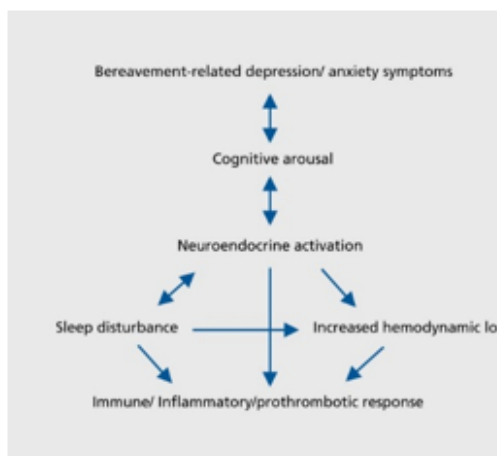
3.1. Χηρεία και σωματική υγεία

Η επιδείνωση της υγείας μπορεί να συμβεί πριν την απώλεια. Η φροντίδα συζύγου, ιδιαίτερα ασθενή, αποτελεί μία εξήγηση. Σχετίζεται με την ανάπτυξη κατάθλιψης, κινητικών προβλημάτων, φτωχή σωματική υγεία, καθώς και με υπέρταση, καρδιακή νόσο και εγκεφαλικά επεισόδια στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, σύμφωνα με την υπόθεση της «ανακούφισης» η φροντίδα είναι στρεσογόνο γεγονός και η επιδείνωση της υγείας του φροντιστή παύει μετά τον θάνατο εκείνου που δέχεται την φροντίδα, οπότε και παρατηρείται βελτίωση (Vable, Subramanian, Rist, & Glymour, 2015).

Μελέτη έδειξε πως, στον χρόνο που προηγείται του πένθους, οι ηλικιωμένοι μειώνουν την ανανέωση της φαρμακευτικής αγωγής και τη λήψη μέτρων καρδιαγγειακής φροντίδας (μέτρηση αρτηριακής πίεσης και χοληστερόλης) κάτι που μπορεί να αυξήσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο (Shah et al., 2013). Τα παραπάνω σημειώνουν την ελαττωμένη- κατά το διάστημα πριν την απώλεια- διαχείριση υπαρχόντων προβλημάτων τόσο από τα ίδια τα άτομα, όσο και από κάποιον ιατρό. Και αυτό μπορεί

να δικαιολογήσει την έναρξη επιδείνωσης της υγείας πριν το πένθος για την απώλεια. Μια τελευταία πιθανή εξήγηση είναι το φαινόμενο της προληπτικής θλίψης. Τούτο συμβαίνει όταν κάποιος βιώνει ορισμένα ή όλα τα στάδια της θλίψης πριν τον θάνατο αγαπημένου προσώπου. Επηρεάζει την ψυχική υγεία, τη γνωστική λειτουργία και τις οργανικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (Vable et al., 2015).

Όμως, η χηρεία αποτελεί μία τόσο στρεσογόνο μετάβαση που μπορεί να πυροδοτήσει πραγματικά φυσικά συμπτώματα. Σε ανάλυση, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, πρόσφατα χηρευόμενα άτομα, ανέφεραν σωματικά συμπτώματα, όπως διαταραχές ύπνου, αδυναμία συγκέντρωσης, κόπωση και απώλεια όρεξης. Ωστόσο, αυτά μειώθηκαν 1,5 χρόνο μετά την απώλεια. Επίσης, έγιναν αναφορές για ταχυκαρδία ή θωρακικό άλγος, αλλά ήταν λιγότερο συχνές. Όμως, και τούτα τα συμπτώματα υποχώρησαν με την πάροδο του χρόνου (Utz, Caserta, & Lund, 2012). Επιπλέον, η επίδραση στη νοσηρότητα του σχετιζόμενου με απώλεια συζύγου πένθους σε μεγάλη ηλικία είναι σημαντική. Σημειώνεται εξασθένηση του ανοσοποιητικού συστήματος, κυρίως με την μειωμένη λειτουργία των ουδετερόφιλων κυττάρων. Το στρες του πένθους επιδεινώνει την σχετιζόμενη με την ηλικία εξασθένηση της δράσης του άξονα υποθαλάμου-υπόφυσης-επινεφριδίων και συνδυαζόμενο με την γήρανση του ανοσοποιητικού συστήματος, καταστέλλει περισσότερο την ανοσοποιητική λειτουργία



Σχήμα 1: Αναπαράσταση των πολύπλοκων αλληλεπιδράσεων μεταξύ ψυχολογικών και φυσιολογικών συσχετισμών του πένθους.

Πηγή: Buckley T., Sunari D., Marshall A., Bartrop R., McKinley S., Tofler G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues Clin Neurosci*, 14(2): 129-139.

(Khanfer, Lord, & Phillips, 2020). Ακόμα, παρατηρείται αυξημένη έκκριση κορτιζόλης, η οποία συμβάλλει σε σημαντική γνωστική διέγερση που οδηγεί σε διαταραχές ύπνου, ιδιαίτερα στα άτομα με έντονες ή παρατεταμένες αντιδράσεις θλίψης. Είναι πιθανό η έκκριση κορτιζόλης και οι διαταραχές ύπνου μερικώς να συμβάλλουν σε ή να επιδεινώσουν αιμοδυναμικές, προθρομβωτικές και ανοσολογικές αποκρίσεις, ιδίως τους μήνες που ακολουθούν την απώλεια και σε όσους βιώνουν έντονη θλίψη (Σχήμα 1) (Buckley et al., 2012) .

Το πένθος, γενικότερα, επιδρά σε τομείς συμπεριφοράς που είναι σημαντικοί για τη διατήρηση της υγείας, όπως η διατροφή και το σωματικό βάρος, ο ύπνος, η άσκηση, η διακοπή καπνίσματος και η μη κατανάλωση αλκοόλ. Συγκεκριμένα, η απώλεια συζύγου αναγκάζει πολλές φορές κάποιον να τρώει μόνος του. Αρκετοί παραλείπουν γεύματα, τρώνε περισσότερο βιομηχανοποιημένο φαγητό και λιγότερο σπιτικό. Επίσης, η διατροφική τους πρόσληψη είναι φτωχή. Τα παραπάνω οδηγούν σε ακούσια απώλεια βάρους και μειωμένο δείκτη βάρους σώματος (Stahl & Schulz, 2014). Οι άνδρες, ιδιαίτερα, είναι πιθανό να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην προετοιμασία γευμάτων, το οποίο καταλήγει σε διατροφικές ελλείψεις, ανεπαρκή πρόσληψη θερμίδων και κατ' επέκταση σε επιδείνωση της υγείας τους (van den Berg, Lindeboom, & Portrait, 2011). Η ποιότητα ύπνου επηρεάζεται κι αυτή, κυρίως τον πρώτο χρόνο χηρείας. Τα άτομα αναφέρουν δυσκολία στο να κοιμηθούν και διακοπή του ύπνου τους λόγω ανησυχίας. Είναι δύσκολο, ιδίως για τους ηλικιωμένους ανθρώπους, να κοιμούνται μόνοι τους, όταν για δεκαετίες πήγαιναν για ύπνο με τον/την σύζυγό τους. Εξάλλου, το περιβάλλον και συνήθειες που σχετίζονται με τον ύπνο εξακολουθούν να τον/την θυμίζουν, δημιουργώντας προβλήματα ύπνου (Stahl & Schulz, 2014).

Χηρευόμενα άτομα τείνουν να μειώνουν την ενασχόλησή τους με την άσκηση ή κάποια αθλήματα. Βέβαια, δραστηριότητες που μέχρι πρότινος συμμετείχε και ο/η εκλιπών/ούσα σύντροφος είναι δύσκολο να διατηρηθούν (Stahl & Schulz, 2014). Επιπλέον, η χηρεία συνδέεται με μειωμένες πιθανότητες διακοπής καπνίσματος, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Παρόλο που η διακοπή του καπνίσματος βελτιώνει την υγεία και ελαττώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, η έλλειψη συζύγου αποτελεί εμπόδιο στην προσπάθεια αυτή (Trias-Llimós, Muszynska, Camara, & Janssen, 2017). Το πένθος μπορεί ακόμα να οδηγήσει σε επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως σε κατάχρηση αλκοόλ που παρατηρείται, κυρίως, στους άνδρες (Chen et al., 2020; Stahl & Schulz, 2014), σε αυτόβουλες μεταβολές στη φαρμακευτική αγωγή ή λήψη φαρμάκων με αλκοόλ. Ο συνδυασμός συννοσηροτήτων, πολυφαρμακίας και ριψοκίνδυνων συμπεριφορών επηρεάζει τη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής και σχετίζεται με συμβάντα υγείας (DiGiacomo, Lewis, Nolan, Phillips, & Davidson, 2013).

Επιπρόσθετα, το πένθος που ακολουθεί την απώλεια συζύγου συνδέεται με διάφορους κινδύνους για την υγεία. Έχει βρεθεί ότι άτομα που βιώνουν έντονη θλίψη και υψηλά επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζουν αυξημένη παραγωγή προφλεγμονωδών κυτοκινών

(Fagundes et al., 2019). Ομοίως, το οξύ πένθος σχετίζεται με φλεγμονώδεις και προθρομβωτικές αλλαγές που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Η φλεγμονή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αθηροσκλήρωση και οι φλεγμονώδεις δείκτες, όπως τα λευκοκύτταρα, συνδέονται με καρδιαγγειακή θνησιμότητα (Buckley et al., 2011b). Επιπλέον, παρατηρείται συσχέτιση του πρόσφατου πένθους με αύξηση της συστολικής αρτηριακής πίεσης, του φορτίου συστολικής πίεσης και του καρδιακού ρυθμού. Οι αιμοδυναμικές αυτές αλλαγές φαίνεται να είναι περιορισμένου χρόνου, αλλά αυξάνουν, επίσης, τον καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ιδιαίτερα για τους ανθρώπους μεγάλης ηλικίας και εκείνους με γνωστή καρδιαγγειακή νόσο, ακόμα και μικρές αλλαγές είναι σημαντικές. Συγκεκριμένα, μείωση της τάξεως των 2 mmHg στη μέση συστολική αρτηριακή πίεση ελαττώνει τον κίνδυνο κατά 7% για καρδιαγγειακή νόσο και 10% για εγκεφαλικό επεισόδιο και θάνατο. Ακόμα, για τους τελευταίους, αύξηση κατά 5 παλμούς το λεπτό, που παρατηρείται στους τεθλιμμένους, αυξάνει την πιθανότητα για στεφανιαία συμβάντα ως 14% (Buckley et al., 2011a). Γενικότερα, η απώλεια συζύγου συνδέεται με σειρά καρδιαγγειακών επεισοδίων, όπως έμφραγμα του μυοκαρδίου, εγκεφαλικό επεισόδιο, οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (άλλο από έμφραγμα του μυοκαρδίου) και πνευμονική εμβολή, κατά τις πρώτες εβδομάδες και μήνες μετά το πένθος (Carey et al., 2014).

Εξαιτίας του ότι ο θάνατος συζύγου είναι από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα της ζωής, εξετάστηκε η συσχέτιση του πένθους με φλεγμονώδεις δερματοπάθειες, όπως το έκζεμα και η ψωρίαση, οι οποίες μπορεί να πυροδοτούνται από το έντονο στρες. Καταγράφηκε μέτρια αύξηση του κινδύνου για ατοπικό έκζεμα, ιδιαίτερα τους τρεις πρώτους μήνες και ως τρία χρόνια μετά την απώλεια. Τούτο υποστηρίζει τη συμβολή του οξέος στρες στην έναρξη ή υποτροπή επεισοδίων εκζέματος βραχυπρόθεσμα. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε μακροπρόθεσμα αυξημένος κίνδυνος ψωρίασης ή εκζέματος σε πένθος από απώλεια συζύγου (Wong et al., 2020b). Μελέτη έγινε και για τον έρπητα ζωστήρα, όπου δεν βρέθηκαν στοιχεία σημαντικής αύξησης του κινδύνου ανάπτυξής του μετά το πένθος. Οι διακυμάνσεις που παρατηρήθηκαν (μείωση κινδύνου τις 14 πρώτες ημέρες που ακολουθήθηκε από αύξηση τους επόμενους μήνες) εξηγούνται με την καθυστερημένη αναζήτηση υγειονομικής περίθαλψης (Schmidt et al, 2017).

Επιπλέον, μελετήθηκε κατά πόσο συνδέονται το πένθος και το μελάνωμα. Η μελέτη έδειξε αυξημένη θνησιμότητα από μελάνωμα που σχετίζεται με το πένθος από απώλεια

συντρόφου, η οποία κορυφώνεται το πρώτο έτος της διάγνωσης. Ωστόσο, σημειώθηκε μειωμένη πιθανότητα διάγνωσης του μελανώματος. Το τελευταίο οφείλεται στην απουσία συντρόφου που θα παρατηρήσει αλλαγές στο δέρμα, καθώς και στην κοινωνική απομόνωση, την μειωμένη αυτοφροντίδα και τη μικρή πιθανότητα αναζήτησης ιατρικής βοήθειας κατά τη διάρκεια του πένθους (Wong et al., 2020a).

Επιπρόσθετα, το πένθος πιθανόν να επιδρά στην ευθραυστότητα, κάτι που σκιαγραφείται στον αυξημένο κίνδυνο κατάγματος ισχίου σε σχέση με την απώλεια συζύγου. Σε μελέτη ο κίνδυνος υπολογίστηκε σε 62% για τις χήρες και 84% για τους χήρους τους πρώτους έξι μήνες μετά το πένθος. Ο κίνδυνος αυτός μειώθηκε με το πέρασμα του χρόνου, αλλά παρέμεινε υψηλός. Συγκεκριμένα, μετά από τρία έτη ο κίνδυνος ήταν 36% για τις γυναίκες και 38% για τους άνδρες κατόπιν τέσσερα χρόνια. Η σωματική και ψυχική συννοσηρότητα, το χρόνιο στρες και ο μη υγιεινός τρόπος ζωής, όπως κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ και μειωμένη σωματική δραστηριότητα αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στον αυξημένο κίνδυνο κατάγματος ισχίου, ο οποίος διαπιστώνεται χρόνια μετά το πένθος. Η ψυχική δυσφορία μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη κατανάλωση ηρεμιστικών ή υπνωτικών, αντικαταθλιπτικών φαρμάκων και αλκοόλ, και αυτά με τη σειρά τους σε κάταγμα ισχίου. Το παρατεταμένο στρες είναι πιθανό να καταλήξει σε θεραπεία με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης που αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσης και κατάγματος (Vala et al., 2020).

Κατά τη χηρεία οι γυναίκες αντιμετωπίζουν αυξημένους κινδύνους για την υγεία και χρόνιες παθήσεις που δεν σχετίζονται μόνο με το πένθος, αλλά και την ηλικία. Οι πρόσφατα χήρες μεγάλης ηλικίας εμφανίζουν αυξημένη συχνότητα νοσηλειών σε νοσοκομείο και υψηλά ποσοστά σοβαρής αναπηρίας, κάτι που συνεχίζει καθώς μεγαλώνουν. Το να μένουν μόνες τους μετά την απώλεια συζύγου δυσχεραίνει, εκτός άλλων, το να διαχειριστούν χρόνιες ασθένειες (DiGiacomo et al., 2013). Ακόμα, οι γυναίκες φαίνεται να υποφέρουν από φτώχεια, παράγοντας που συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας (van den Berg et al., 2011).

Τέλος, κατά τη διάρκεια της χηρείας παρατηρείται αλληλοσυσχέτιση μεταξύ σωματικής και ψυχικής υγείας. Όσοι έχουν χαμηλά επίπεδα αυτοαναφερόμενης υγείας ή υψηλό αριθμό σωματικών συμπτωμάτων αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα θλίψης και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας το πρώτο 1,5 έτος μετά την απώλεια. Ομοίως, άνθρωποι σε κατάσταση εξασθενημένης υγείας τους πρώτους μήνες χηρείας έχουν

αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης μείζονος κατάθλιψης ή περιπλεκόμενης θλίψης 15-18 μήνες μετά την απώλεια. Η σωματική υγεία μπορεί να αποτελέσει κριτήριο αναγνώρισης ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης αυξημένων ή παρατεταμένων κλινικών αντιδράσεων. Θεωρείται πως εκείνοι με μειωμένες σωματικές ικανότητες μπορεί να μην είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τις απαιτήσεις της χηρείας. Λόγου χάρη, κάποιος με φτωχή σωματική υγεία είναι πιθανό να μην μπορεί να εκτελέσει καθημερινές εργασίες που μέχρι πρότινος γίνονταν από τον/την σύζυγο (πληρωμή λογαριασμών, ετοιμασία γευμάτων, συντήρηση οικίας). Αυτό είναι δυνατό να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα στρες που με τη σειρά τους επηρεάζουν τη σωματική υγεία και την ψυχολογική ευημερία κατά τη χηρεία (Utz et al., 2012).

Με τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι η χηρεία έχει δυσμενείς επιπτώσεις στη σωματική υγεία με τους πενθούντες να εμφανίζουν αρκετά σωματικά συμπτώματα, αυξημένα ποσοστά αναπηρίας και φτωχή αυτοεκτιμώμενη υγεία. Ωστόσο, κάποιοι υποστηρίζουν πως η επίδραση αυτή δεν είναι τόσο σημαντική, αλλά η χηρεία επηρεάζει περισσότερο την ψυχική υγεία (Choi & Vasunilashorn, 2014; Vable et al., 2015).

3.2. Χηρεία και γνωστική λειτουργία

Η εμπειρία της χηρείας σε μεγάλη ηλικία σχετίζεται σημαντικά με τη γνωστική εξασθένηση (Shin, Kim, & Park, 2018). Το πένθος που ακολουθεί την απώλεια συζύγου συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο διάγνωσης άνοιας της τάξεως του 43% τους τρεις πρώτους μήνες και 24% στους έξι μήνες. Ο κίνδυνος αυτός μειώνεται με την πάροδο του χρόνου και δεν παρατηρείται δώδεκα μήνες μετά την απώλεια. Ίσως, το πένθος πυροδοτεί την εμφάνιση προϋπάρχουσας μη διαγνωσμένης άνοιας (Forbes et al., 2019). Τα στρεσογόνα γεγονότα αυξάνουν τον κίνδυνο διάγνωσης άνοιας, κυρίως αγγειακής, αυξάνοντας μάλλον αγγειακούς παράγοντες κινδύνου, τις κυτοκίνες και/ή τα επίπεδα κορτιζόλης. Ο κίνδυνος αυτός τριπλασιάζεται σε χηρευόμενα άτομα (Gerritsen et al., 2017).

Σε μελέτη, οι χήρες/οι συμμετέχοντες εμφάνισαν επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας. Συγκεκριμένα, άτομα σε κατάσταση χηρείας με υψηλά επίπεδα β-αμυλοειδούς παρουσίασαν τρεις φορές πιο σύντομα γνωστική εξασθένηση σε σύγκριση με παντρεμένους με τα ίδια επίπεδα β-αμυλοειδούς. Η νόσος Alzheimer χαρακτηρίζεται από τις εναποθέσεις β-αμυλοειδούς στον εγκέφαλο, κάτι που κάνει

εμφανές πως τα χηρευόμενα ηλικιωμένα άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή σε πρόωμη ανάπτυξη νόσου Alzheimer (Biddle et al., 2020). Τέλος, σε μελέτη στην Κίνα βρέθηκε πως η παραμονή για δύο ή περισσότερα χρόνια σε κατάσταση χηρείας αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για εξασθένηση της επεισοδιακής μνήμης (Zhang, Li, Xu, & Liu, 2019).

Σχετικά με την εμφάνιση άνοιας στα δύο φύλα, οι γνώμες διίστανται. Κάποιοι υποστηρίζουν πως ο κίνδυνος για τους ηλικιωμένους χήρους είναι μεγαλύτερος (Liu, Zhang, Choi, & Langa, 2020), ενώ άλλοι δεν εντόπισαν διαφορά στα δύο φύλα ως προς την επίδραση της χηρείας στη γνωστική λειτουργία (Zhang et al., 2019). Ωστόσο, υπάρχει σχετική ομοφωνία στο ότι οικονομικοί πόροι, παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία και η κοινωνική εμπλοκή δεν αποτελούν σημαντικούς υποκείμενους μηχανισμούς της συσχέτισης της χηρείας στη μέση και τρίτη ηλικία με την γνωστική παρακμή (Liu et al., 2020; Zhang et al., 2019). Βέβαια, οι Shin et al., βρήκαν πως η ύπαρξη αδελφών και το υψηλό μορφωτικό επίπεδο ασκούν προστατευτική δράση στη γνωστική εξασθένηση που σχετίζεται με τη χηρεία. Οι άνθρωποι και οι εκπαιδευτικοί πόροι μειώνουν την επιζήμια επίδραση της απώλειας αγαπημένου προσώπου, διατηρώντας το μυαλό ενεργό με την κοινωνική και πνευματική συμμετοχή και συμβάλλοντας, κυρίως, στην καλύτερη διαχείριση του στρες που επιφέρει η απώλεια (Shin et al., 2018).

Σημαντικός παράγοντας διατήρησης της γνωστικής λειτουργίας κατά τη χηρεία είναι η ενασχόληση με πνευματικές δραστηριότητες (διάβασμα βιβλίων, λύσιμο σταυρολέξων, παιχνίδι με κάρτες, χειροτεχνίες, ενασχόληση με μουσικό όργανο, προσευχή ή διαλογισμός). Πρόσφατα χηρευόμενα άτομα ωφελήθηκαν γνωστικά από την ενασχόληση με τις δραστηριότητες αυτές. Μια πιθανή εξήγηση είναι πως με αυτές μπορεί να ασχοληθεί κάποιος μόνος του, μαθαίνοντας έτσι να ζει χωρίς τον/την σύζυγο. Επίσης, ενθαρρύνουν την αναπόληση και την μνημόνευση του χαμένου συντρόφου. Έτσι, επιτρέπουν στους επιζώντες να επαναδιαπραγματευθούν την ταυτότητά τους, τους ρόλους τους και τις ζωές τους, ενώ ταυτόχρονα θυμούνται το απολεσθέν αγαπημένο πρόσωπο. Αυτό κατ' επέκταση προάγει την υγιή προσαρμογή. Η ενασχόληση με πνευματικές δραστηριότητες προστατεύει τη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα στην αρχική φάση της χηρείας (Lee, Chi, & Palinkas, 2019).

3.3. Χηρεία και θνησιμότητα

Η απώλεια συζύγου συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας για τον επιβιώσαντα που υπολογίζεται σε ως και 48%. Παρατηρείται σημαντική αύξηση αμέσως μετά την απώλεια, κυρίως τους πρώτους 3-6 μήνες, και μειώνεται με την πάροδο του χρόνου (Moller, Bjorkenstam, Ljung, & Yngwe, 2011; Moon, Glymour, Vable, Liu, & Subramanian, 2014; Sullivan & Fenelon, 2014). Ωστόσο, παραμένει υψηλός για δέκα ακόμα χρόνια (Boyle, Feng, & Raab, 2011), ίσως και για δεκαπέντε (Roelfs et al., 2012).

Η επίδραση της χηρείας στη θνησιμότητα φαίνεται να επηρεάζει περισσότερο τους άνδρες (Espinosa & Evans, 2008; Kristiansen et al., 2019a; Lee & Carr, 2007; Roelfs et al., 2012). Βέβαια, για κάποιους αυτό συμβαίνει κυρίως στη μακρόχρονη χηρεία (Sasson & Umberson, 2014), ενώ σε μελέτη δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Moon et al., 2014). Διχογνωμία παρατηρείται και ως προς τον κίνδυνο ανάλογα με την ηλικία. Υποστηρίζεται πως ο κίνδυνος είναι λιγότερο έντονος στις μεγάλες ηλικίες (Brenn & Ytterstad, 2016; Roelfs et al., 2012), αν και σε ανάλυση δεν βρέθηκαν στοιχεία που να ισχυροποιούν αυτή τη θέση (Sullivan & Fenelon, 2014).

Παρατηρείται αυξημένος κίνδυνος από κάθε αιτία (Brenn & Ytterstad, 2016; Moller et al., 2011). Σε ορισμένες περιπτώσεις ο κίνδυνος αυτός συσχετίστηκε με την αιτία θανάτου του/της συζύγου (Boyle et al., 2011; Elwert & Christakis, 2008; Espinosa & Evans, 2008; Shah et al., 2016). Ο απροσδόκητος θάνατος αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας (Shah et al., 2013), ιδιαίτερα στους άνδρες (Sullivan & Fenelon, 2014). Η επίδραση της χηρείας στη θνησιμότητα είναι περίπου ίδια στις περισσότερες γεωγραφικές περιοχές (Roelfs et al., 2012). Η καλή υγεία και η υψηλή κοινωνική θέση δεν φαίνεται να προστατεύουν τα ηλικιωμένα άτομα (Shah et al., 2012). Αντίθετα, η διαμονή σε γειτονιά με μεγάλο αριθμό χηρευόντων δείχνει να μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας που σχετίζεται με τη χηρεία (Subramanian, Elwert, & Christakis, 2008).

4. Χηρεία και ποιότητα ζωής

4.1. Εισαγωγή στην ποιότητα ζωής

Αρκετοί ορισμοί έχουν δοθεί για την «ποιότητα ζωής», εκφράζοντας τη δυσκολία να προσδιοριστεί επακριβώς η έννοια αυτή (Karimi & Brazier, 2016). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) έχει ορίσει την ποιότητα ζωής (ΠΖ) ως «τον τρόπο με τον οποίο τα άτομα αντιλαμβάνονται τη θέση τους στη ζωή, μέσα στο πλαίσιο των διαμορφωμένων πολιτισμικών και αξιακών συστημάτων που ζουν και σε συνάρτηση με τα προσωπικά τους πρότυπα, στόχους, προσδοκίες και ανησυχίες» (The WHOQOL Group, 1995). Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια σύνθετη συλλογή από αλληλοεπιδρώμενες υποκειμενικές και αντικειμενικές διαστάσεις (Megari, 2013). Τέλος, διαστάσεις έχουν οριστεί και από τον ΠΟΥ και αυτές είναι α) η φυσική/σωματική, β) η ψυχική, γ) οι κοινωνικές σχέσεις, δ) το επίπεδο ανεξαρτησίας, ε) το περιβάλλον και στ) η πνευματικότητα/θρησκεία/προσωπικές πεποιθήσεις (Tothova et al., 2014).

Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη του ατόμου για την έννοια της ποιότητας ζωής. Αυτοί είναι το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, πολιτισμικοί παράγοντες, δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, τόπος διαμονής) (Γούλα κ.ά., 2018), παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία (ασθένεια, λειτουργική κατάσταση), προσωπικά χαρακτηριστικά (αυτοαποτελεσματικότητα, μηχανισμοί αντιμετώπισης) και μπορούν να θεωρηθούν προβλεπτικοί παράγοντες της ΠΖ (Sovariova Soosova, 2016).

Εδώ αξίζει να αναφερθεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ), η οποία επικεντρώνεται στις πτυχές της ΠΖ που επηρεάζονται από την υγεία (Karimi & Brazier, 2016). Η ΣΥΠΖ σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου όχι μόνο για την ασθένεια ή την αναπηρία, αλλά και για τη θεραπεία (Στασινοπούλου, Χλέτσος, Μάλλη, & Μέντης, 2019).

Υπάρχουν διάφορα εργαλεία μέτρησης της ΣΥΠΖ. Θα μπορούσαμε να τα ταξινομήσουμε σε εκείνα που εκτιμούν το γενικό επίπεδο υγείας και σε αυτά που χρησιμοποιούνται για συγκεκριμένες ασθένειες. Ακολουθούν ορισμένα από κάθε κατηγορία.

Κλίμακες και Ερωτηματολόγια αξιολόγησης του Γενικού Επιπέδου Υγείας:

- EuroQol (EQ-5D) (Δημητρόπουλος, Ντάγανου & Αλεξιάς, 2008)
- EuroQol (EQ-15D) (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)
- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire–GHQ) (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)
- Medical Outcomes Study - Short Form 36 (SF-36) (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)
- Nottingham Health Profile (NHP) (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)
- The World Health Organisation Quality of Life - Brief (WHOQOL-BRIEF) (Theofilou, 2013)
- The European Quality of Life (EUROQOL) (Theofilou, 2013)

Ερωτηματολόγια για συγκεκριμένες νόσους:

- The Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) (Theofilou, 2013)
- The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) (Theofilou, 2013)
- The Diabetes Quality of Life Clinical Trials Questionnaire Revised (DQLCTQ-R) (Theofilou, 2013)
- The McGill Pain Questionnaire (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)
- The Spitzer Quality of Life Index (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)
- The Katz Index of Activities of Daily Living (Δημητρόπουλος κ.ά., 2008)

4.2. Ποιότητα ζωής σε άτομα μεγάλης ηλικίας

Στους ηλικιωμένους, σύμφωνα με την Gurkova (2011), όπως αναφέρει η Soosova (2016), οι σημαντικότερες πτυχές εκτίμησης της ΠΖ είναι η απουσία πόνου και ταλαιπωρίας, η διατήρηση αισθητηριακών ικανοτήτων και ενός κοινωνικού δικτύου στήριξης, η αυτονομία, η αυτάρκεια, ένα ικανοποιητικό οικονομικό επίπεδο, η λήψη απόφασης, η αίσθηση πως είναι χρήσιμοι στους άλλους και ένας συγκεκριμένος βαθμός ευτυχίας. Στα άτομα αυτά διάφορες απαιτητικές καταστάσεις και παράγοντες επιδρούν στην ποιότητα ζωής. Τούτες αφορούν σε αλλαγές στην κατάσταση υγείας, στην αναγκαιότητα να αντιμετωπίσουν νέους περιορισμούς και να προσδιορίσουν νέους ρόλους, ευκαιρίες και διαθέσιμη κοινωνική υποστήριξη (Sovariova Soosova, 2016).

Η ηλικία και το φύλο επιδρούν σημαντικά στην αντίληψη των ηλικιωμένων σχετικά με την ποιότητα ζωής τους. Συγκεκριμένα, η αύξηση της ηλικίας συνδέεται με μειωμένη ΠΖ (Στασινοπούλου κ.ά., 2019). Σε μελέτη σε Ελληνικό πληθυσμό τα άτομα ηλικίας 60-74 ετών είχαν καλύτερη ΠΖ σε σύγκριση με μεγαλύτερους (>75 ετών), κάτι που μπορεί να αποδοθεί στα περισσότερα προβλήματα των τελευταίων που τους εμποδίζουν να λειτουργήσουν αυτόνομα στην καθημερινή ζωή. Επίσης, είναι πιθανό να βιώνουν μοναξιά (Thomopoulou I., Thomopoulou D., & Koutsouki, 2010). Επιπλέον, το γυναικείο φύλο σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα ΠΖ και ΣΥΠΖ. Οι γυναίκες εμφανίζουν πιο συχνά προβλήματα υγείας, έκπτωση της λειτουργικότητάς τους και εξάρτηση από τους άλλους. Τέλος, έχουν περισσότερες πιθανότητες χηρείας και μοναχικής διαμονής (Borglin, Jakobsson, Edberg, & Hallberg, 2005; Thomopoulou et al., 2010; Στασινοπούλου κ.ά., 2019).

Επιπρόσθετα, τα χρόνια νοσήματα, καθώς επίσης και η μοναξιά, η καταθλιπτική συμπτωματολογία, οι διαταραχές ύπνου, η κινητική έκπτωση και συμπτώματα, όπως πόνος και κούραση, συνδέονται με μειωμένα επίπεδα ΠΖ και ΣΥΠΖ (Borglin et al., 2005; Καρανικόλα, Δημόπουλος, Νιάκας, & Αλετράς, 2018). Συσχέτιση παρουσιάζει και ο τόπος διαμονής. Σε ελληνική έρευνα, βαθμολογήθηκαν υψηλότερα οι διαστάσεις της σωματικής υγείας από κατοίκους αστικών περιοχών. Αντίθετα, οι διαμένοντες σε αγροτικές περιοχές σημείωσαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην ψυχική υγεία (Γούλα κ.ά., 2018). Τέλος, η οικονομική δυσπραγία στους ηλικιωμένους συνδέεται με μειωμένη ΣΥΠΖ (Καρανικόλα κ.ά., 2018).

4.3. Ποιότητα ζωής στη χηρεία

Η εμπειρία της χηρείας σχετίζεται με χαμηλή ΠΖ (Borglin et al., 2005). Ιδιαίτερα οι χήρες σε χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος είναι πιθανό να υποστούν στερήσεις που πηγάζουν από την οικονομική κατάσταση, αλλά και από πολιτισμικούς κανόνες, όπως απαγόρευση δεύτερου γάμου, περιορισμό κοινωνικής συμμετοχής, άρνηση απόδοσης κληρονομιάς κ. ά. (Lloyd-Sherlock, Corso, & Minicuci, 2015). Στην Ινδία συγκεκριμένα, είναι πολλά τα προβλήματα που μπορεί να αντιμετωπίσουν οι χήρες και περιλαμβάνουν ακόμα και την παραμέληση ή κακοποίησή τους (Jamadar, Melkeri, & Holkar, 2015).

Όπως σημειώθηκε και παραπάνω, η πρόσφατη και η μακροχρόνια χηρεία οδηγούν σε φτωχή υγεία (Holm, Berland, & Severinsson, 2019), επηρεάζοντας τη φυσική, την ψυχική υγεία και τη λειτουργικότητα στην καθημερινή ζωή (Zhou & Hearst, 2016). Το πένθος της απώλειας επηρεάζει το ποσοστό των υγιών ετών στην κοινότητα, αφού τα έτη αυτά αντικαθίστανται με χρόνια που τα άτομα παρουσιάζουν σοβαρές ασθένειες ή κινητικές αναπηρίες. Σε απόλυτους όρους, όμως, μειώνει τα έτη διαβίωσης, εξαιτίας της έντονης συσχέτισης με την θνησιμότητα (van den Berg et al., 2011).

Τα χηρευόμενα ηλικιωμένα άτομα αντιμετωπίζουν αρκετά λειτουργικά προβλήματα, κάνουν αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας, βιώνουν κατάθλιψη ή μοναξιά, εξαρτώνται οικονομικά, κυρίως από τα παιδιά τους, και χάνουν τις διαπροσωπικές τους σχέσεις και κοινωνικές δραστηριότητες (Thomopoulou et al., 2010). Επίσης, οι γυναίκες αντιμετωπίζουν την πρόκληση αλλαγής της ταυτότητάς τους, τόσο της προσωπικής όσο και της δημόσιας. Για την κοινωνία είναι πλέον «χήρες» και όχι γυναίκες, ενώ οι ίδιες εξακολουθούν να αισθάνονται γυναίκες και μέλη ενός ζευγαριού (Bennet, 2010b). Επιπλέον, ορισμένες γυναίκες εκφράζουν ανησυχίες για την ανάγκη μετοίκησης τους και για την απαγόρευση οδήγησης, η οποία τους δημιουργεί δυσκολίες στα ψώνια, σε ιατρικά ραντεβού και στην παρακολούθηση κοινωνικών εκδηλώσεων (Kennough, Byles, & Tavener, 2016). Τέλος, σε μελέτη η διαβίωση χωρίς σύντροφο επηρέασε αρνητικά την υποκειμενική αντίληψη της ΠΖ (Sovariova Soosova, 2016).

4.4. Άλλες επιπτώσεις της χηρείας που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής

4.4.1. Κοινωνικές σχέσεις και χηρεία

Οι κοινωνικές σχέσεις είναι σημαντικές για την υγεία του ατόμου. Η υποστήριξη που παρέχουν προσφέρει αίσθηση αυτοεκτίμησης και συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση στρεσογόνων γεγονότων (Soulsby & Bennet, 2017). Η κοινωνική στήριξη μπορεί να διακριθεί στη δομική που σχετίζεται με την συχνότητα επαφών μέσα στο δίκτυο και στη λειτουργική. Η τελευταία περιλαμβάνει τη συναισθηματική και την υλική στήριξη, καθώς και αντιλήψεις και κρίσεις για τη στήριξη γενικά (Holm et al., 2019).

Η σχέση με τον/την σύζυγο είναι η πιο οικεία πηγή στήριξης (Bookwala, Marshall, & Manning, 2014). Οι σύζυγοι ή μακροχρόνια σύντροφοι λειτουργούν ως πρόσωπα προσκόλλησης και συμβάλλουν σημαντικά στη φυσική ομοιόσταση (LeRoy, Knee,

Derrick, & Fagundes, 2019). Τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες στρέφονται στην/στον σύζυγο για στήριξη στις δύσκολες στιγμές, αλλά και για κάθε άλλο τύπο στήριξης (Van de Velde et al., 2010), απολαμβάνοντας ψυχικά οφέλη από τη στήριξη αυτή (Choi & Ha, 2011). Ωστόσο, φαίνεται πως οι γυναίκες είναι εκείνες που παρέχουν περισσότερο συναισθηματική, πρακτική στήριξη και υποστήριξη για τη βελτίωση υγείας του συζύγου τους (Lee & Carr, 2007). Γενικότερα, οι γυναίκες δίνουν μεγάλη αξία στην οικογένεια και κάθε κοινωνικό δίκτυο (Kennaugh, et al., 2016).

Η χηρεία επιφέρει μείωση ή διακοπή των κοινωνικών σχέσεων με δυσμενή αποτελέσματα στην ψυχική και σωματική υγεία των ηλικιωμένων (Bookwala, et al., 2014; Soulsby & Bennet, 2017; Sun, Smith, Lei, Liu, & Wang, 2014). Στην τέταρτη ηλικία οι επιπτώσεις της χηρείας στις κοινωνικές σχέσεις είναι πιο έντονες, εξαιτίας των μειωμένων ευκαιριών των ατόμων για κοινωνική εμπλοκή και της αδυναμίας τους να δημιουργήσουν δυνατές φιλίες σε εκείνη την ηλικία (Isherwood, King, & Luszcz, 2017). Η δυσκολία αυτή αποτυπώνεται στη φράση του Γάλλου γνωμικογράφου Βωβενάργκ (1715-1747): «Δεν κάνουμε πια φίλους στα γεράματα. Έτσι κάθε απώλεια είναι ανεπανόρθωτη». Εντούτοις, υπάρχουν συγγραφείς που υποστηρίζουν πως η κοινωνική στήριξη δεν βελτιώνει τις δυσμενείς συνέπειες της χηρείας στην καταθλιπτική συμπτωματολογία. Αντίθετα, όσοι θεωρούν τον/την σύζυγο αναπόσπαστο κομμάτι του κοινωνικού τους δικτύου, επηρεάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό από την απώλεια και δυσκολεύονται περισσότερο στην προσαρμογή (Anusic & Lucas, 2014; Monserud & Markides, 2017).

4.4.2. Χηρεία και αλλαγή τόπου διαμονής

Η απώλεια συζύγου επιφέρει μείωση του εισοδήματος. Αυτό πολλές φορές αναγκάζει τους/τις χήρους/ες να μειώνουν τον προϋπολογισμό για τα έξοδα στέγασης και κάποιες φορές να αλλάζουν τόπο και κατοικία διαμονής. Η πιθανότητα μετακίνησης τα πρώτα τέσσερα χρόνια μετά την απώλεια υπολογίζεται περίπου 90% υψηλότερη σε σύγκριση με ζευγάρια (Bonnet, Gobillon, & Laferrere, 2010).

Τα άτομα μπορεί να ανταλλάξουν το σπίτι με ένα διαμέρισμα ή να προτιμήσουν την ενοικίαση από την ιδιοκτησία. Το δεύτερο είναι πιο εύκολα διαχειρίσιμο και απαιτούνται λιγότερες δαπάνες και ενέργειες για τη συντήρησή του από τους ενοικιαστές συγκριτικά με τους ιδιοκτήτες. Ένας άλλος λόγος μετακίνησης είναι πως επιθυμούν να βρίσκονται κοντά σε άλλα μέλη της οικογένειας, κυρίως στα παιδιά, αν

και δεν συγκατοικούν συχνά μαζί τους. Άνθρωποι μεγάλης ηλικίας μπορεί να έχουν ανάγκη φροντίδας, καθώς η υγεία εξασθενεί και ο κίνδυνος για αναπηρία αυξάνεται. Για τούτον το λόγο τα ηλικιωμένα χηρευόμενα άτομα προτιμούν τη διαμονή σε μεγάλες περιοχές, όπου έχουν περισσότερες επιλογές και καλύτερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Ωστόσο, κάποια άτομα είναι πιθανό να μην μετακινηθούν, αναλογιζόμενα τα έξοδα μετακίνησης και επειδή έχουν αναπτύξει δραστηριότητες και γνώση της γειτονιάς, τα οποία θα χάσουν με την αλλαγή του τόπου κατοικίας. Γίνεται εμφανές πως οι χήρες/οι προσαρμόζουν τη διαμονή και κατοικία τους στο διαμορφωμένο από την απώλεια εισόδημα και στις υπάρχουσες ή προβλεπόμενες ανάγκες φροντίδας (Bonnet et al., 2010).



«Avenue of poplars in autumn» (1884) -Vincent Van Gogh (1853 – 1890)

4.4.3. Οικονομικές συνέπειες και δυσκολίες στη διαχείριση κατά τη χηρεία

Η χηρεία αποτελεί για τις ηλικιωμένες γυναίκες εμπειρία επιβάρυνσης στη διαχείριση και οικονομικής ευπάθειας. Οι σημερινές γυναίκες μεγάλης ηλικίας εργάστηκαν διακοπτόμενα ή για μικρό χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν οικονομικές δυσκολίες, εξαιτίας της απώλειας συζύγου. Η μείωση του εισοδήματος σε συνδυασμό με τα σταθερά ή αυξανόμενα έξοδα δημιουργούν στρες στις χήρες. Η μείωση της σύνταξης από δύο σε μία προκαλεί μείωση της ρευστότητας και αβεβαιότητα για το μέλλον. Ορισμένες γυναίκες που διαμένουν σε ενοικιαζόμενη κατοικία αντιμετωπίζουν τον κίνδυνο να μείνουν άστεγες σε περίοδο οικονομικής κρίσης. Επίσης, παρόλη τη θλίψη, πρέπει να τακτοποιήσουν θέματα διαχείρισης, όπως ειδοποιητήρια θανάτου και κατάθεση πιστοποιητικού θανάτου σε κυβερνητικούς και

μη οργανισμούς για την τακτοποίηση ή μεταφορά λογαριασμών. Σε μελέτη των DiGiacomo et al., καταγράφηκε από πολλές χήρες πως βιώνουν στρες, λόγω της ανάληψης οικονομικών και διαχειριστικών καθηκόντων. Η ένταση αυτή επιδρά στην προσαρμογή και την ευημερία. Η στήριξη και βοήθεια από ενήλικα παιδιά δεν ήταν πάντα διαρκής, εξαιτίας γεωγραφικών περιορισμών, εργασιακών και οικογενειακών υποχρεώσεων ή διαταραγμένων σχέσεων (DiGiacomo, Lewis, Phillips, Nolan, & Davidson, 2015).

5. Προσαρμογή στη χηρεία

5.1. Εισαγωγικά στοιχεία και προσαρμογή των δύο φύλων

Η επιτυχής προσαρμογή χαρακτηρίζεται από υψηλή βαθμολογία στην ψυχολογική ανθεκτικότητα και εξωστρέφεια, την τερπνότητα, την ανοικτότητα, την ευσυνειδησία και χαμηλά ποσοστά νευρωτισμού (Spahni, Morselli, Perrig-Chiello, & Bennett, 2015). Θεωρητικά μοντέλα αναδεικνύουν το ρόλο που διαδραματίζουν οι πόροι στη διαμόρφωση προσαρμογής στη χηρεία. Οι τελευταίοι διακρίνονται σε εξωτερικοί και εσωτερικοί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα των πρώτων αποτελεί η κοινωνική στήριξη. Στους εσωτερικούς πόρους περιλαμβάνονται στοιχεία της προσωπικότητας, όπως αυτοεκτίμηση, κυριότητα, αντιληπτή προσωπική ανάπτυξη, πηγές αντιμετώπισης. Η ανθεκτικότητα είναι επίσης εσωτερικός πόρος και σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται στις αντιξοότητες (King et al., 2019). Οι διαπροσωπικοί πόροι ίσως είναι πιο αποτελεσματικοί από την παρέμβαση αυτοβοήθειας (Nseir & Larkey, 2013). Σε έρευνα, η επίτευξη ανθεκτικότητας σε χήρους συντελέστηκε και μέσω χαρακτηριστικών, όπως η προσωπικότητα ή η φιλοσοφία της ζωής (Bennett, 2010a).

Οι άνδρες παρουσιάζουν δυσκολία στο να διαχειριστούν την απώλεια συζύγου (Seematter-Bagnoud et al., 2010). Αντίθετα, οι γυναίκες φαίνεται να προσαρμόζονται καλύτερα στη νέα κατάσταση (Jadhav & Weir, 2018; Lee, 2014). Οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες πιθανότητες μετατραυματικής ανάπτυξης, καταρρίπτοντας τα στερεότυπα που τους δείχνουν να επικεντρώνονται στα αρνητικά στοιχεία (Lopez, Camilli, & Noriega, 2015). Γενικότερα, η πλειοψηφία των χηρευόμενων ατόμων προσαρμόζεται καλά, χωρίς την ανάγκη επαγγελματικής παρέμβασης (Bennett, 2018).

5.2. Κοινωνική στήριξη

Οι σχέσεις με τα αδέλφια που χαρακτηρίζονται από συναισθηματική υποστήριξη μειώνουν την αίσθηση μοναξιάς των ηλικιωμένων χήρων/ών και προάγουν την ευεξία και ευημερία τους (Merz & Gierveld, 2016). Ακόμα, η ύπαρξη αδελφών αυξάνει τις ευκαιρίες για κοινωνικές δραστηριότητες, οι οποίες βοηθούν και στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας (Shin et al., 2018). Η υποστήριξη από φίλους έχει συσχετιστεί με χαμηλά επίπεδα καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Bookwala et al., 2014). Η συμπεριφορά των παιδιών μπορεί να είναι θετική ή αρνητική. Η θετική συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση της απώλειας, ενώ η κριτική προκαλεί αντικρουόμενα συναισθήματα και αυξάνει την ψυχολογική πίεση (Ha, 2010). Σε έρευνα, χήρες διατύπωσαν τον προβληματισμό τους για την αποφυγή έκφρασης των συναισθημάτων με τα παιδιά τους, καθώς και την πεποίθηση πως τα τελευταία δεν μπορούν να κατανοήσουν την απώλεια, λόγω χάσματος γενεών και διαφορετικών συνθηκών διαβίωσης (Moss M. & Moss S., 2014).

Η κοινωνική στήριξη μπορεί να αμβλύνει τις επιπτώσεις της χηρείας. Ωστόσο, η υπερβολική υποστήριξη δημιουργεί αίσθηση εξάρτησης από τους άλλους και κατ' επέκταση κατάθλιψη (Monserud & Markides, 2017). Ίσως, το χρονικό διάστημα που παρέχεται η στήριξη να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την αποτελεσματικότητά της (Bennett, 2010a; Ha, 2010).

5.3. Στρατηγικές και τρόποι προσαρμογής από τους πενθούντες

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης αναφέρονται στις σκόπιμες και μη σκέψεις, στάσεις ή συμπεριφορές που εφαρμόζει ένα άτομο προκειμένου να διαχειριστεί μια στρεσογόνο κατάσταση. Μετά τον θάνατο συζύγου οι παράγοντες με τους οποίους έρχονται αντιμέτωποι οι πενθούντες είναι εκείνοι που σχετίζονται με την απώλεια (loss-oriented stressors) και όσοι αφορούν στη ζωή κατόπιν αυτής (restoration-oriented stressors). Οι στρατηγικές μπορεί να είναι αντιμετώπισης ή αποφυγής (Ryckebosch-Dayez, Zech, Mac Cord, & Taverne, 2016). Οι άνδρες είναι πιο πιθανό να χρησιμοποιήσουν στρατηγικές αποφυγής, ρέποντας στο φαγητό ή το αλκοόλ. Οι γυναίκες συνήθως στρέφονται στον Θεό ή διατηρούνται απασχολημένες με δραστηριότητες (Carr, 2018).

Έχει διατυπωθεί σε μελέτες πως η ανάπτυξη νέων δεξιοτήτων, η διαμόρφωση μιας ευχάριστης καθημερινότητας και η ενασχόληση με δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο

χρόνο παρέχουν προσανατολισμό στα ηλικιωμένα χηρευόμενα άτομα. Ιδιαίτερα οι τελευταίες προσφέρουν κοινωνική στήριξη, αίσθημα σκοπού και συμβάλλουν στην αναδιαμόρφωση του νοήματος της ζωής και στην ανάληψη νέων ρόλων (Lee et al., 2019; Naef et al., 2013). Επίσης, η συστηματική φυσική άσκηση μπορεί να διορθώσει επιπτώσεις της χηρείας στη σωματική και ψυχική υγεία και να βελτιώσει την ποιότητα ζωής (Li et al., 2016). Τέλος, κάποιοι, κυρίως οι άνδρες, επιλέγουν να παντρευτούν ξανά, κάτι που ενισχύει την ψυχική ευημερία και, σε ορισμένες περιπτώσεις, αντισταθμίζει ενδεχόμενες διαταραχές υγείας από τον προηγούμενο γάμο (Lin et al., 2019; Recksiedler & Stawski, 2019).

Οι ηλικιωμένοι πενθούντες αναζητούν βοήθεια για την αντιμετώπιση της συναισθηματικής πίεσης από ιατρούς, από ομάδες στήριξης και από εκπροσώπους της θρησκείας. Η επίσκεψη σε οικογενειακό ιατρό μπορεί να οδηγήσει σε μη ανίχνευση της κατάθλιψης, σε αναποτελεσματική θεραπεία του άγχους και σε χαμηλής ποιότητας φροντίδα. Οι ομάδες στήριξης παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη και αναπληρώνουν το ελλιπές κοινωνικό δίκτυο των χήρων/ών (Ghesquiere, Shear, & Duan, 2013).

Η θρησκευτικότητα/πνευματικότητα επιδρά θετικά στην προσαρμογή στο πένθος και είναι σπουδαία στη ζωή των ηλικιωμένων. Ενισχύει τη διαδικασία θλίψης, αφού τα άτομα αισθάνονται πως βρίσκονται σε υποστηρικτικό περιβάλλον που τους επιτρέπει να εκφράσουν τα συναισθήματά τους. Επίσης, συμβάλλει στην αναδιαμόρφωση της αυτοεικόνας και του σκοπού στη ζωή, στην κατανόηση του εαυτού και στην κοινωνική συμμετοχή. Η ενθύμηση του εκλιπόντος συζύγου ενισχύει τη διάρκεια της σχέσης. Ακόμα, βοηθά τα άτομα να συμφιλιωθούν με την απώλεια και να προχωρήσουν με ελπίδα στην ενασχόληση με νέες δραστηριότητες και στη δημιουργία καινούργιων σχέσεων (Damianakis & Marziali, 2012). Τέλος, δραστηριότητες, όπως ο διαλογισμός, η προσευχή και η ανάγνωση της Βίβλου συνδέονται με μετατραυματική ανάπτυξη (Rudaz, Ledermann, & Grzywacz, 2020).



«Ηλικιωμένη γυναίκα που διαβάζει» (1631) –
Rembrandt Harmenszoon van Rijn (1606-1669)

5.4. Παρεμβάσεις για την προσαρμογή στη χηρεία

Οι παρεμβάσεις κυμαίνονται από την ποιμενική φροντίδα, τις ομάδες αυτοβοήθειας ως την ψυχοθεραπεία. Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις συνήθως περιλαμβάνουν τρία στοιχεία: την έκθεση στην εμπειρία της απώλειας, τη γνωστική επαναπροσέγγιση των δυσλειτουργικών σκέψεων του ατόμου που αφορούν στην απώλεια (θυμός, ενοχή) και ολοκλήρωση και αποκατάσταση από την εμπειρία στην καθημερινή ζωή (Brodbeck, Berger, Biesold, Rockstroh, & Znoj, 2019; Brodbeck, Berger, & Znoj, 2017). Επίσης, θεραπεία βασισμένη στη λειτουργικότητα δείχνει να βελτιώνει το συναισθηματικό και λειτουργικό επίπεδο (Pfoff, Zarotney, & Monk, 2014). Ακόμα, σχεδιάστηκε ένα πρόγραμμα για το πνεύμα και το σώμα που φαίνεται να μειώνει την ψυχολογική και σωματική δυσφορία σε ηλικιωμένους πενθούντες (Bui et al., 2018). Τέλος, αναδύονται παρεμβάσεις μέσω διαδικτύου που συμπληρώνουν τη συμβουλευτική ή τη θεραπεία πένθους. Τα πλεονεκτήματα των παρεμβάσεων αυτών είναι η ευέλικτη χρήση ανεξάρτητα από τον τόπο και τον χρόνο, η προσβασιμότητα, η χρήση ανάλογα με τις δυνατότητες του καθενός, η ιδιωτικότητα, η αυτονομία και το χαμηλό κόστος. Τα μειονεκτήματα αφορούν σε ενδεχόμενα τεχνολογικά προβλήματα και στην αδυναμία χρήσης, λόγω έλλειψης γνώσης, από τους ηλικιωμένους (Brodbeck et al., 2019; Brodbeck et al., 2017; Van Velsen et al., 2020).

6. Μεθοδολογία της έρευνας

6.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να ερευνήσει το επίπεδο ποιότητας ζωής, το επίπεδο κατάθλιψης και την γενική κατάσταση υγείας ατόμων που έχουν απωλέσει τον/την σύντροφό τους. Επιπλέον, διερευνάται η σχέση μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών και αν το επίπεδο της ποιότητας ζωής, κατάθλιψης και γενικής υγείας διαφοροποιείται σε σχέση με χαρακτηριστικά των ατόμων, όπως το φύλο, η ηλικία, ο βαθμός επηρεασμού από την απώλεια του/της συζύγου, ο βαθμός ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής, ο τόπος και η κατάσταση διαμονής, η ύπαρξη παιδιών και το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την απώλεια του/της συζύγου. Τέλος, ερευνάται αν το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος διαμονής διαφοροποιούν τον βαθμό ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής.

6.2. Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της συγκεκριμένης εργασίας είναι τα κάτωθι:

Σε ποιο βαθμό η απώλεια συζύγου επηρεάζει την υγεία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων;

Κατά πόσο παράγοντες, όπως το φύλο, ο τόπος και ο τρόπος διαμονής, καθώς και ο χρόνος που έχει παρέλθει από την απώλεια σχετίζονται με καταθλιπτική συμπτωματολογία και χαμηλή ποιότητα ζωής κατά τη χηρεία σε ανθρώπους μεγάλης ηλικίας;

Το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος διαμονής επηρεάζουν την πρόθεση των ηλικιωμένων ατόμων να επισκεφθούν ψυχολόγο συμβουλευτικής;

6.3. Είδος Έρευνας

Η έρευνα επισκόπησης (survey research) ορίζεται ως "η συλλογή πληροφοριών από δείγμα ατόμων μέσω των απαντήσεών τους σε ερωτήσεις" (Check & Schutt, 2012). Αυτός ο τύπος έρευνας επιτρέπει σε μια ποικιλία μεθόδων να απευθυνθούν σε ερωτώμενους και να συλλέξουν δεδομένα. Η έρευνα επισκόπησης μπορεί να χρησιμοποιήσει είτε ποσοτικές ερευνητικές στρατηγικές (ερωτηματολόγια με αριθμητικά στοιχεία) ή ποιοτικές ερευνητικές στρατηγικές (ανοιχτές ερωτήσεις) ή και τις δύο στρατηγικές (μικτές μεθόδους). Επιπλέον, χρησιμοποιείται συχνά για την

περιγραφή και την εξερεύνηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς. Επομένως, οι έρευνες επισκόπησης χρησιμοποιούνται συχνά στην κοινωνική και ψυχολογική έρευνα (Singleton & Straits, 2009). Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε κλειστό δομημένο ερωτηματολόγιο.

6.4. Εργαλεία Μέτρησης

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει τρεις ενότητες που μετρούν την ποιότητα ζωής, την γενική κατάσταση υγείας και το επίπεδο κατάθλιψης. Για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα SF-36 (Ware, 1992). Η SF-36 περιέχει 36 ερωτήσεις και περιλαμβάνει 8 διαστάσεις. Τα 36 στοιχεία, εκτός από ένα (στοιχείο 2), χρησιμοποιούνται για τη βαθμολόγηση των οκτώ διαστάσεων του SF-36, που αφορούν την φυσική και ψυχική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου είναι οι παρακάτω (στις παρενθέσεις παρατίθεται ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach' alpha): Σωματική Λειτουργικότητα, 13,14,15,16 (Cronbach's alpha = 0,884), Σωματικός Ρόλος, 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12 (Cronbach's alpha = 0,939), Σωματικός Πόνος, 21,22 (Cronbach's alpha = 0,934), Γενική Υγεία, 1,33,34,35,36 (Cronbach's alpha = 0,755), Συνολική φυσική υγεία (0,949), Ζωτικότητα, 23,27,29,31 (Cronbach's alpha = 0,815), Κοινωνικός Ρόλος, 20, 32 (Cronbach's alpha = 0,766), Συναισθηματικός Ρόλος, 17,18,19 (Cronbach's alpha = 0,834), Ψυχική Υγεία, 24,25,26,28,30 (Cronbach's alpha = 0,362) και Συνολική ψυχική υγεία (Cronbach's alpha = 0,825). Για τον υπολογισμό της βαθμολογίας οι ερωτήσεις επανακωδικοποιούνται ως ακολούθως: 1, 2, 20, 22, 34, 36 (1 = 100, 2 = 75, 3 = 50, 4 = 25, 5 = 0), 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 (1 = 0, 2 = 50, 3 = 100), 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19 (1 = 0, 2 = 100), 21, 23, 26, 27, 30 (1 = 100, 2 = 80, 3 = 60, 4 = 40, 5 = 20, 6 = 0), 24, 25, 28, 29, 31), 32, 33, 35 (1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75, 5 = 100). Πρέπει να τονιστεί ότι σε όλες τις κλίμακες, με την εξαίρεση του σωματικού πόνου, υψηλή βαθμολογία υποδεικνύει καλή ποιότητα υγείας. Αντίθετα, στον σωματικό πόνο, υψηλό σκορ υποδεικνύει χαμηλό επίπεδο σωματικού πόνου. Το SF-36 έχει εγκυρότητα, αξιοπιστία και μικρό χρόνο συμπλήρωσης (5-10 λεπτά). Μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα ηλικίας 14 και άνω ετών, τόσο στον γενικό πληθυσμό, όσο και σε ασθενείς. Αποτελεί αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης, επιτρέποντας την εκτίμηση βασικών διαστάσεων της ΠΖ και την αποτελεσματικότητα θεραπευτικών πράξεων (Υφαντόπουλος & Σαπρής, 2001).

Η εκτίμηση της γενικής υγείας των ερωτώμενων πραγματοποιήθηκε με την κλίμακα γενικής υγείας, General Health Questionnaire (GHQ), η οποία περιλαμβάνει τα 30 ερωτήματα. Η συνιστώμενη μέθοδος βαθμολόγησης, είναι μια μέθοδος δυαδικής βαθμολογίας όπου η βαθμολογία των δύο λιγότερο συμπτωματικών απαντήσεων λαμβάνει την τιμή 0 και η βαθμολογία των δύο πιο συμπτωματικών απαντήσεων λαμβάνει την τιμή 1, δηλαδή οι τέσσερις απαντήσεις ακολουθούσαν το μοντέλο 0-0-1-1. Η συνολική βαθμολογία της κλίμακας αυτής υπολογίζεται αθροίζοντας το σύνολο των ερωτήσεων. Η ελάχιστη συνολική βαθμολογία GHQ-30 είναι 0 και η μέγιστη 30. Χαμηλές τιμές στην κλίμακα αυτή υποδεικνύουν καλό επίπεδο υγείας. Το συνιστώμενο όριο αποκοπής (cut off point) είναι τα 4/5 της μέγιστης βαθμολογίας, δηλαδή η τιμή 24 (Goldberg et al., 1997). Η Ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε το 1991 (Garyfallos et al., 1991). Διαθέτει αξιοπιστία και εγκυρότητα και έχει γίνει χρήση του σε υγιείς, αλλά και σε πάσχοντες πληθυσμούς. Ως μειονέκτημα αναφέρεται ότι περιορίζεται σε συγκεκριμένες διαστάσεις της ΠΖ, δηλαδή τη σωματική και ψυχική υγεία (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001). Σχετικά με την αξιοπιστία της κλίμακας, αυτή ήταν καλή σύμφωνα με τον δείκτη Cronbach's alpha (0,951).

Για τον προσδιορισμό της κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης, Geriatric Depression Scale (GDS), η οποία αναπτύχθηκε ειδικά για χρήση σε ηλικιωμένους ενήλικες και περιέχει 30 ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται από 0 έως 1 με συνολικό εύρος βαθμολογίας από 0 έως 30. Υψηλό σκορ υποδεικνύει υψηλό επίπεδο κατάθλιψης. Η GDS χρησιμοποιεί μια απλή μορφή αντικειμένου "ναι - όχι" και παραλείπει πληροφορίες σχετικές με το σώμα του ατόμου (Burke, Roccaforte, Wengel, Conley, & Potter, 1995). Τα συνιστώμενα cut off όρια κυμαίνονται από 10–16 ανάλογα με τον πληθυσμό έρευνας (Fiske, Kasl-Godley, & Gatz, 1998; Watson et al, 2004). Το συγκεκριμένο εργαλείο χρησιμοποιήθηκε το 2017 σε ελληνική έρευνα, αφού είχε προηγουμένως επικυρωθεί η χρήση του στον Ελληνικό πληθυσμό και είχαν αναδειχθεί οι ψυχομετρικές του ιδιότητες σε άτομα με καλή γνωστική λειτουργία (Mougias et al., 2017). Σχετικά με την αξιοπιστία της κλίμακας, αυτή ήταν καλή σύμφωνα με τον δείκτη Cronbach's alpha (0,914).

Το ερωτηματολόγιο, τέλος, περιλαμβάνει ένα μέρος που αφορά στα χαρακτηριστικά του δείγματος [Φύλο, Ηλικία, Τόπος διαμονής, Μορφωτικό επίπεδο, Επάγγελμα, Κατάσταση διαμονής, Ύπαρξη παιδιών, Αριθμός παιδιών, Λήψη σύνταξης, Επάρκεια

σύνταξης, Φροντίδα εγγονιών/συγγενών, Ενασχολήσεις (Εκκλησία, Καφενείο, Πλέξιμο/Κέντημα, Μουσική/Χορός, Διάβασμα βιβλίων, Κινηματογράφος/Θέατρο, Αθλητισμός, Κηπουρική/Περιβόλι, Κτηνοτροφικές/Γεωργικές εργασίες, Βόλτες/Εκδρομές/Ταξίδια, Εθελοντική εργασία, Δεν έχω)], το χρονικό διάστημα που έχει περάσει από τον θάνατο του/της συζύγου, τον βαθμό επηρεασμού από την απώλεια και την πρόθεση επίσκεψης σε ψυχολόγο συμβουλευτικής.

6.5. Δείγμα

Δείγμα ευκολίας 85 ατόμων μεγάλης ηλικίας και οι οποίοι έχουν απωλέσει τον/την σύζυγό τους συλλέχθηκε την περίοδο Σεπτεμβρίου-Νοεμβρίου του 2020. Το δείγμα συλλέχθηκε στην πλειοψηφία ηλεκτρονικά μέσω της πλατφόρμας Google forms.

6.6. Στατιστική Ανάλυση

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική και επαγωγική στατιστική η οποία πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS22.0 και το Microsoft Office Excel 2013. Η επαγωγική στατιστική περιλάμβανε την χρήση των στατιστικών ελέγχων t – test & Anova.

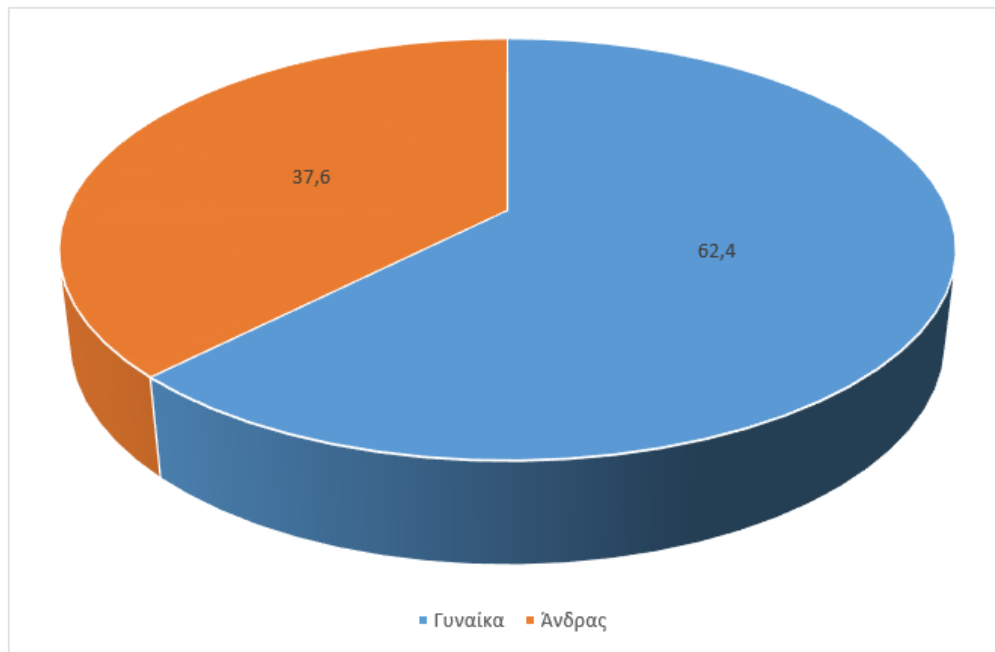
6.7. Αποτελέσματα

Στο παρόν κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της επαγωγικής και της περιγραφικής στατιστικής.

Πίνακας 1. Φύλο

	N	%
Γυναίκα	53	62,4
Ανδρας	32	37,6
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 1, η αναλογία ανδρών και γυναικών στο δείγμα είναι 37,6% και 62,4% αντίστοιχα.



Γράφημα 1. Φύλο

Πίνακας 2. Ηλικία

Ελάχιστη	Μέγιστη	M	TA
65	93	76,13	6,64

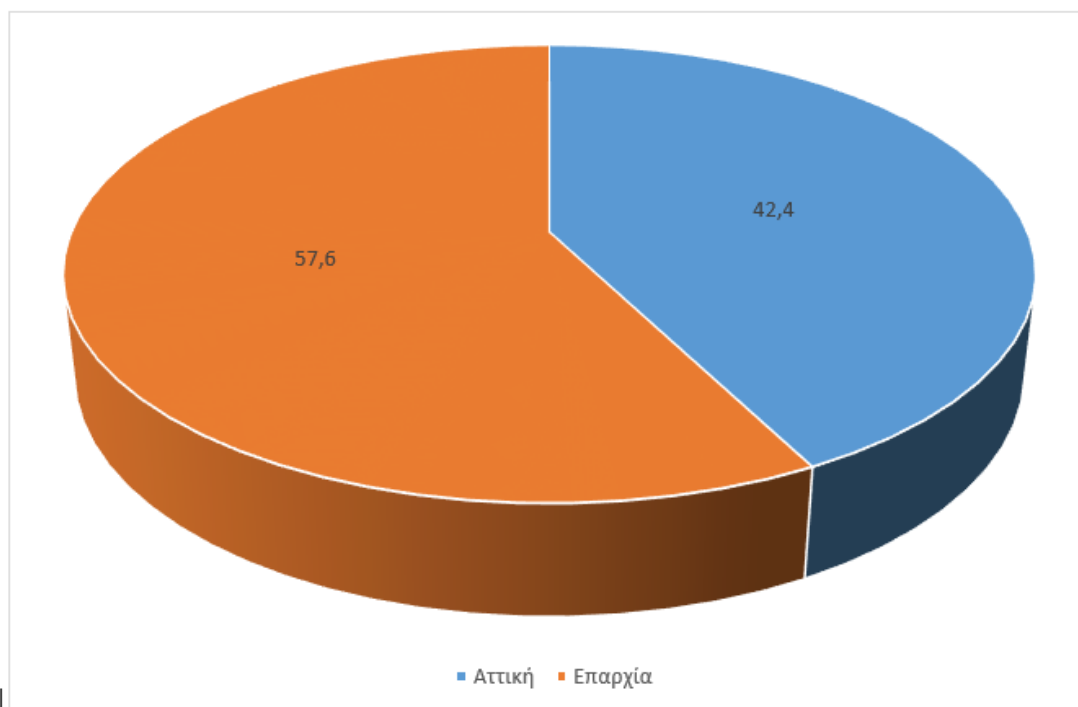
Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 2, η μέση ηλικία των ερωτώμενων είναι ίση με 76,13 έτη με τυπική απόκλιση ίση με 6,64. Ο μικρότερος σε ηλικία ερωτώμενος ήταν 65 ετών και ο μεγαλύτερος 93 ετών.

Πίνακας 3. Τόπος διαμονής

	N	%
Αττική	36	42,4
Επαρχία	49	57,6
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 3, το 57,6% των ερωτώμενων έχει ως τόπο διαμονής την επαρχία και το 42,4% την Αττική.

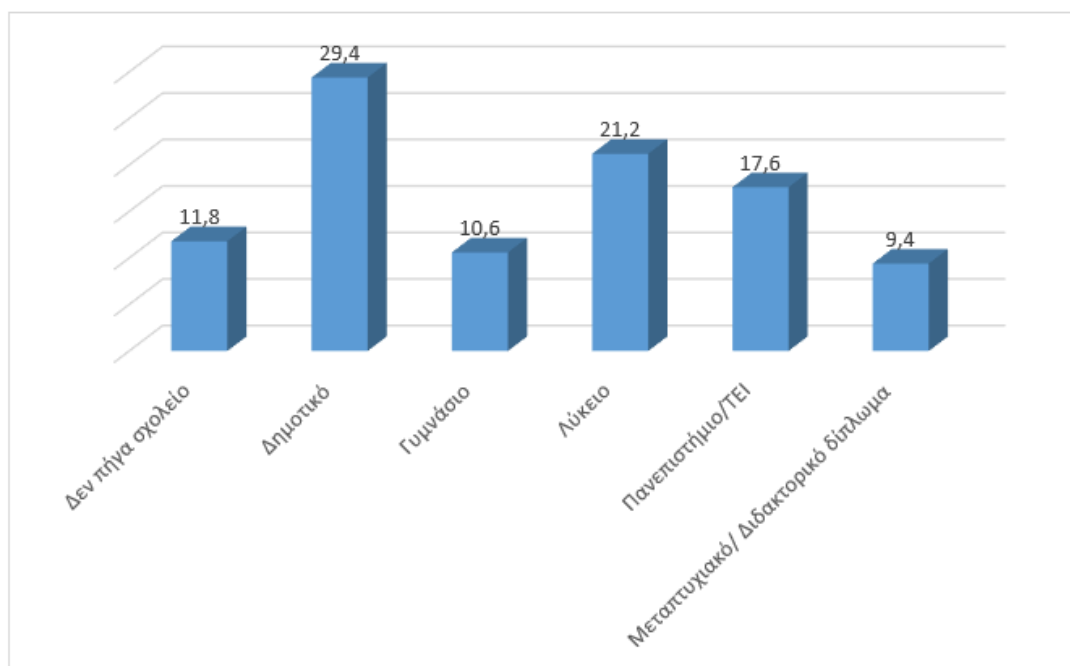


Γράφημα 2. Τόπος διαμονής

Πίνακας 4. Μορφωτικό επίπεδο

	N	%
Δεν πήγα σχολείο	10	11,8
Δημοτικό	25	29,4
Γυμνάσιο	9	10,6
Λύκειο	18	21,2
Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ	15	17,6
Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα	8	9,4
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 4, το 29,4% του δείγματος έχει μόρφωση δημοτικού, το 21,2% των συμμετεχόντων έχει απολυτήριο λυκείου, το 17,6% του δείγματος έχει πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, το 11,8% των ερωτηθέντων δεν έχει πάει σχολείο, το 10,6% του δείγματος έχει απολυτήριο γυμνασίου και το υπόλοιπο 9,4% του δείγματος έχει μεταπτυχιακό/διδακτορικό δίπλωμα.

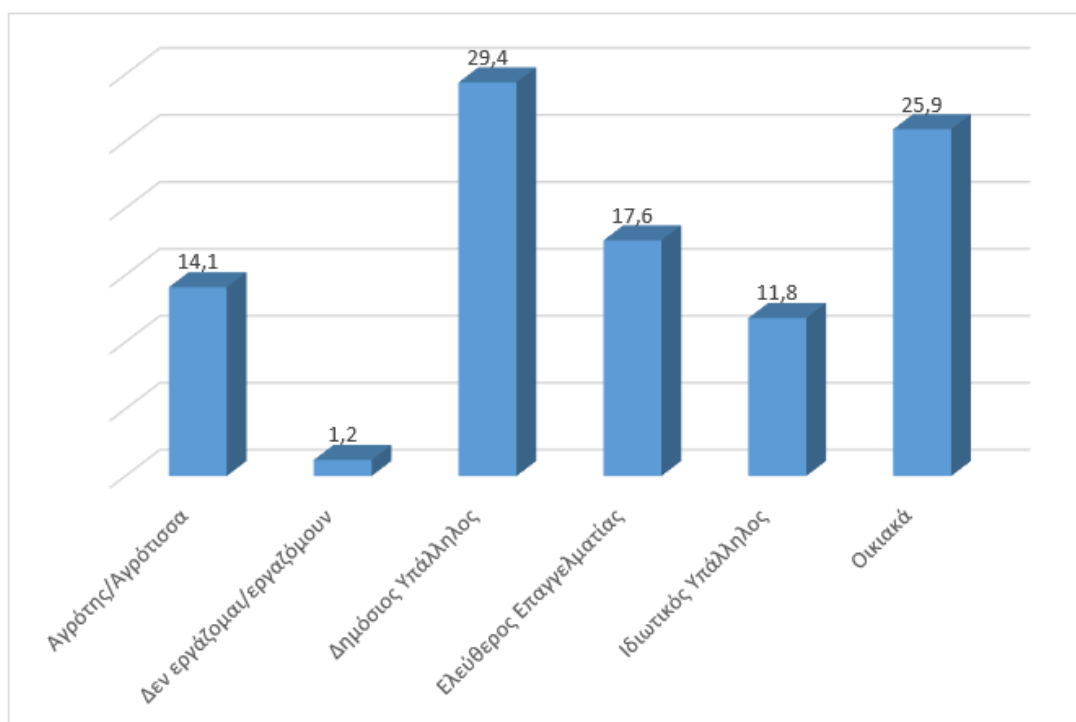


Γράφημα 3.Μορφωτικό επίπεδο

Πίνακας 5. Επάγγελμα

	N	%
Αγρότης/Αγρότισσα	12	14,1
Δεν εργάζομαι/εργαζόμουν	1	1,2
Δημόσιος Υπάλληλος	25	29,4
Ελεύθερος Επαγγελματίας	15	17,6
Ιδιωτικός Υπάλληλος	10	11,8
Οικιακά	22	25,9
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 5, το 29,4% του δείγματος εργάστηκαν ως δημόσιοι υπάλληλοι, το 25,9% των ερωτηθέντων ασχολήθηκε με τα οικιακά, το 17,6% του δείγματος ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 14,1% των συμμετεχόντων ήταν αγρότες, το 11,8% του δείγματος δούλεψαν ως ιδιωτικοί υπάλληλοι και το υπόλοιπο 1,2% του δείγματος δεν εργάστηκε.



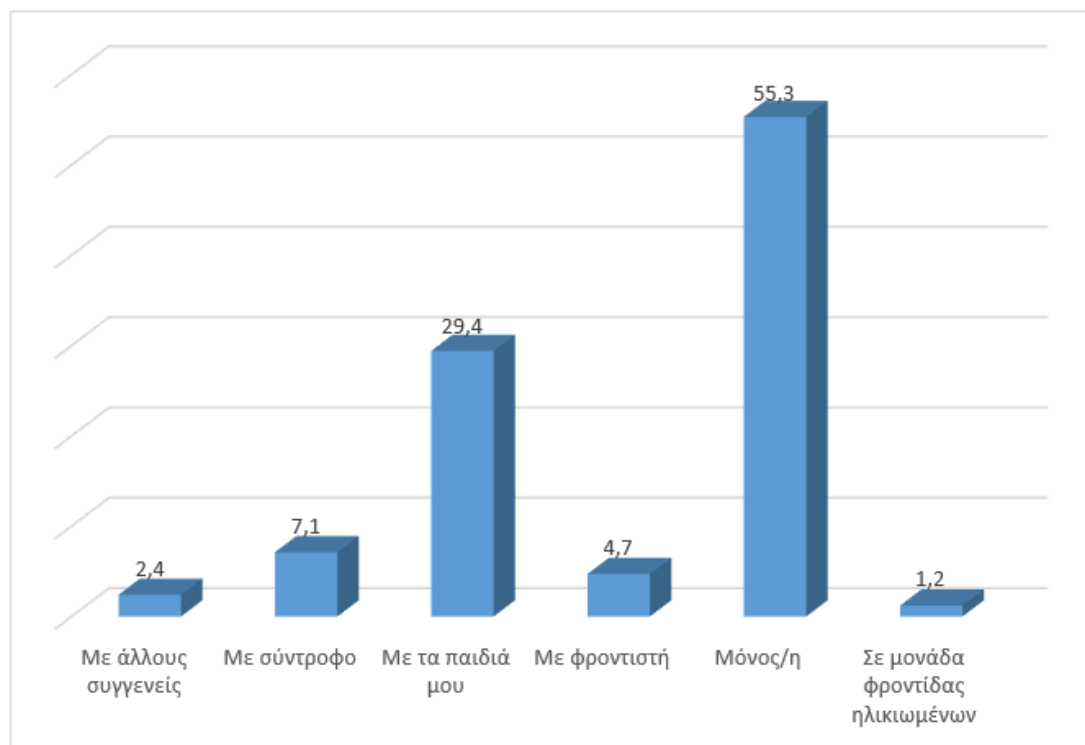
Γράφημα 4.Επάγγελμα

Πίνακας 6. Κατάσταση διαμονής

	N	%
Με άλλους συγγενείς	2	2,4
Με σύντροφο	6	7,1
Με τα παιδιά μου	25	29,4
Με φροντιστή	4	4,7
Μόνος/η	47	55,3
Σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων	1	1,2
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 6, το 55,3% του δείγματος μένει μόνο του, το 29,4% των ερωτηθέντων διαμένει με τα παιδιά του, το 7,1% του δείγματος μένει με τον/την σύντροφό του, το 4,7% διαμένει με φροντιστή, το 2,4% των συμμετεχόντων μένει με

άλλους συγγενείς και το υπόλοιπο 1,2% του δείγματος διαμένει σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων.

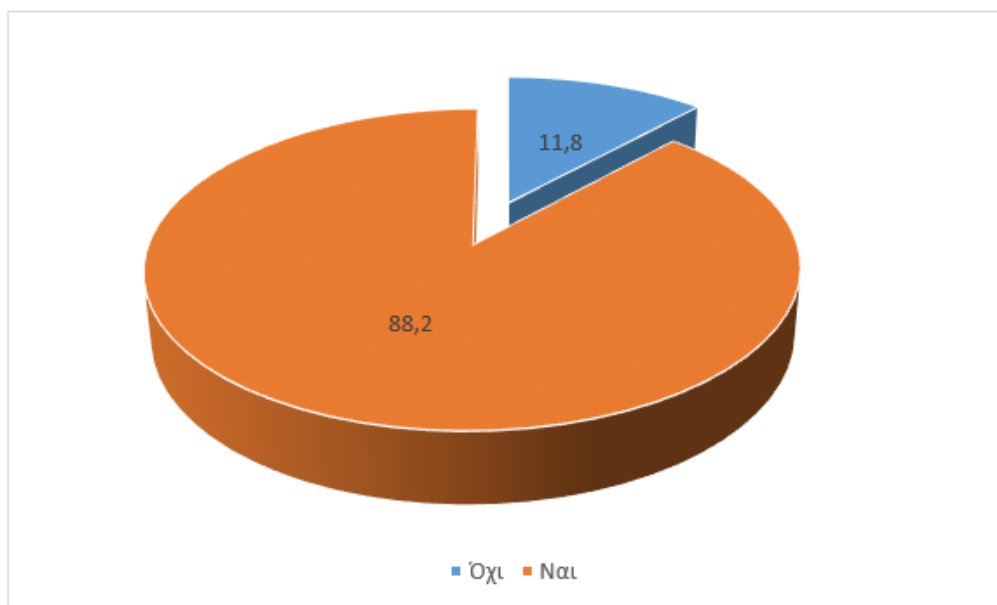


Γράφημα 5. Κατάσταση διαμονής

Πίνακας 7. Ύπαρξη παιδιών

	N	%
Όχι	10	11,8
Ναι	75	88,2
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 7, το 88,2% του δείγματος έχει παιδιά ενώ το 11,8% του δείγματος δεν έχει.

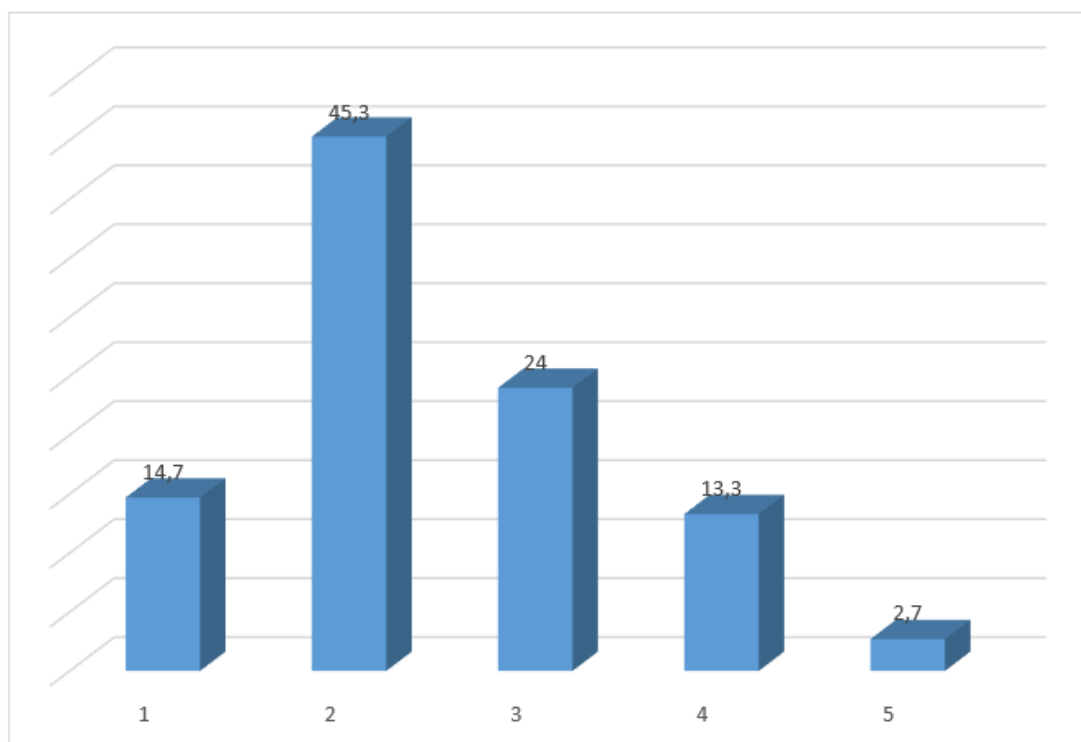


Γράφημα 6. Υπαρξη παιδιών

Πίνακας 8. Αριθμός παιδιών

	N	%
1	11	14,7
2	34	45,3
3	18	24,0
4	10	13,3
5	2	2,7
<u>Total</u>	75	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 8, το 45,3% του δείγματος που έχει παιδιά αναφέρει ότι έχει 2 παιδιά, το 24% δηλώνει πως έχει 3 παιδιά, το 14,7% έχει 1 παιδί, το 13,3% έχει 4 παιδιά και το υπόλοιπο 2,7% έχει 5 παιδιά. Ο μέσος αριθμός παιδιών είναι 2,15.

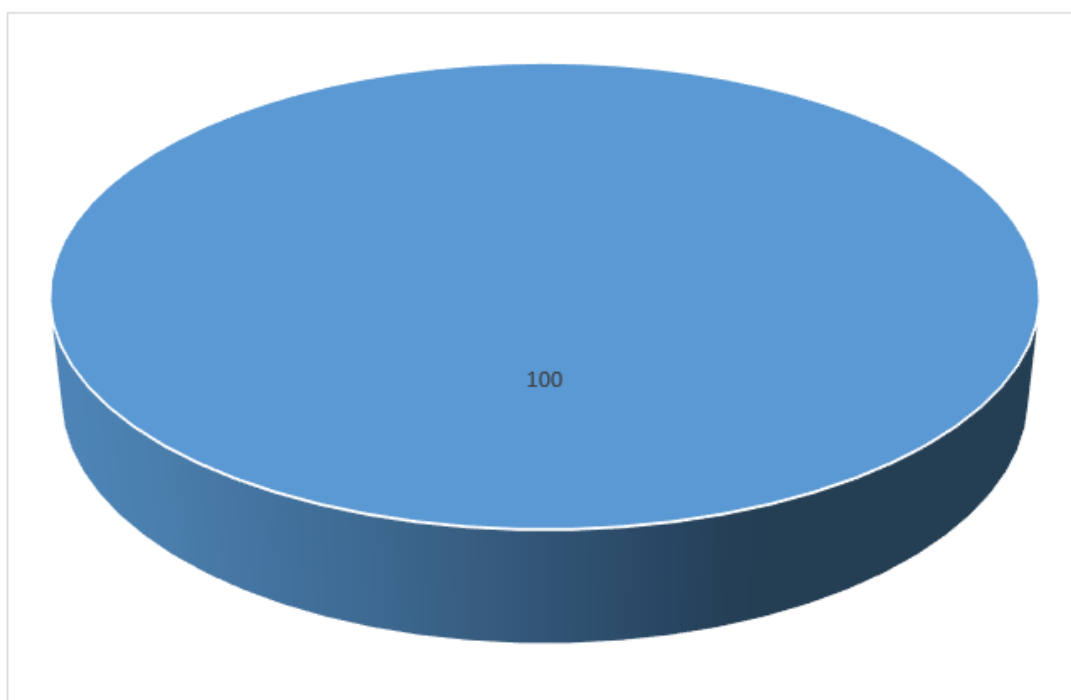


Γράφημα 7.Αριθμός παιδιών

Πίνακας 9. Λήψη σύνταξης

	N	%
Ναι	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 9, το σύνολο του δείγματος αναφέρει ότι λαμβάνει σύνταξη.

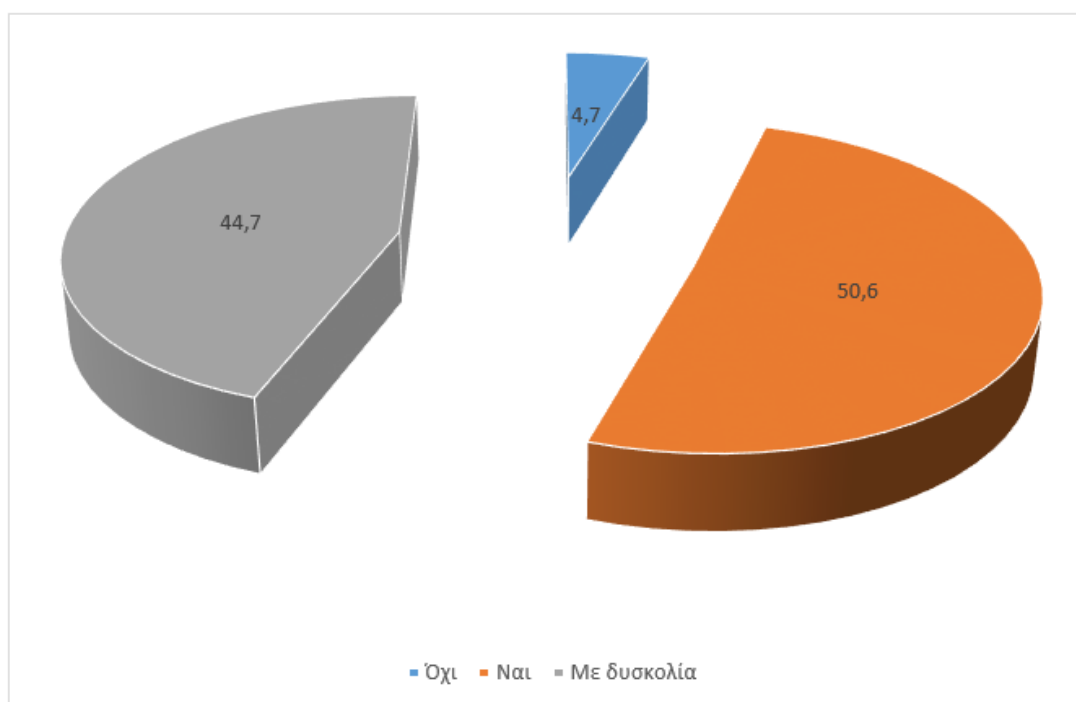


Γράφημα 8.Λήψη σύνταξης

Πίνακας 10. Επάρκεια σύνταξης

	N	%
Όχι	4	4,7
Ναι	43	50,6
Με δυσκολία	38	44,7
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 10, το 50,6% του δείγματος αναφέρει ότι επαρκεί η σύνταξη για τη διαβίωσή τους, το 44,7% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι με δυσκολία επαρκεί και το υπόλοιπο 4,7% του δείγματος αναφέρει ότι δεν επαρκεί.

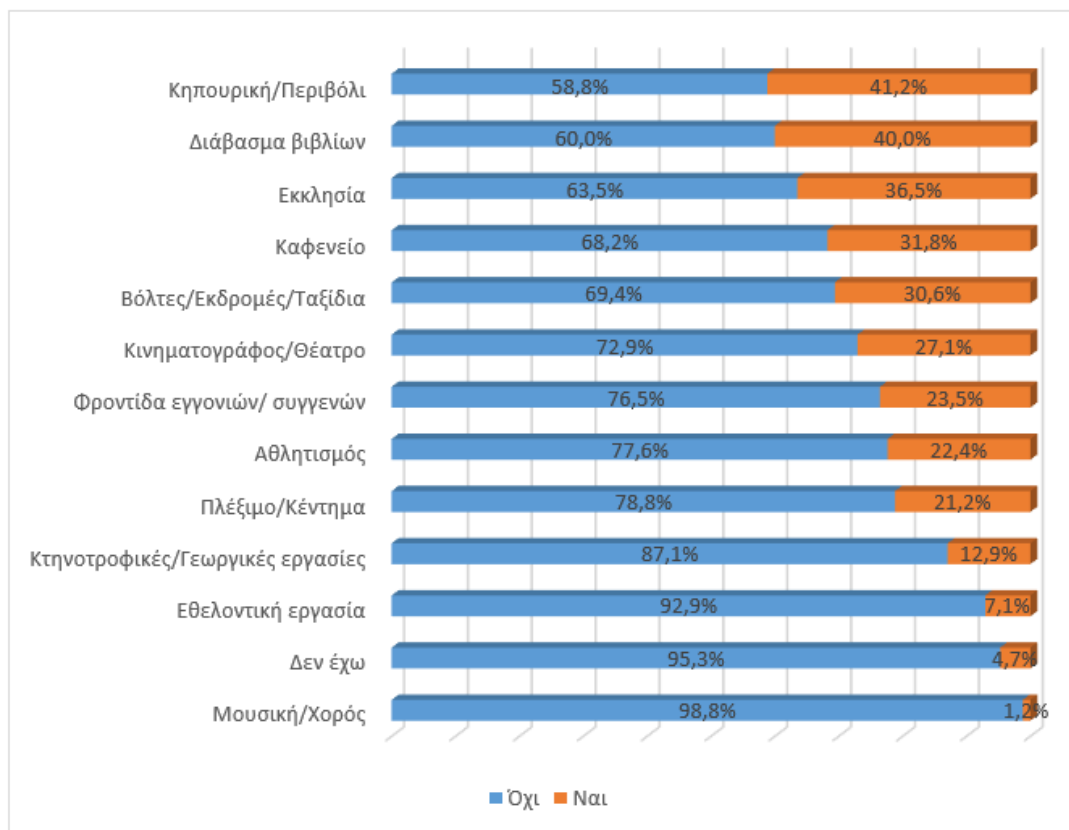


Γράφημα 9.Επάρκεια σύνταξης

Πίνακας 11. Ενασχόληση

	Όχι		Ναι	
	N	%	N	%
Μουσική/Χορός	84	98,8%	1	1,2%
Δεν έχω	81	95,3%	4	4,7%
Εθελοντική εργασία	79	92,9%	6	7,1%
Κτηνοτροφικές/Γεωργικές εργασίες	74	87,1%	11	12,9%
Πλέξιμο/Κέντημα	67	78,8%	18	21,2%
Αθλητισμός	66	77,6%	19	22,4%
Φροντίδα εγγονιών/ συγγενών	65	76,5%	20	23,5%
Κινηματογράφος/Θέατρο	62	72,9%	23	27,1%
Βόλτες/Εκδρομές/Ταξίδια	59	69,4%	26	30,6%
Καφενείο	58	68,2%	27	31,8%
Εκκλησία	54	63,5%	31	36,5%
Διάβασμα βιβλίων	51	60,0%	34	40,0%
Κηπουρική/Περιβόλι	50	58,8%	35	41,2%

Σύμφωνα με τον πίνακα 11, το 41,2% του δείγματος αναφέρει ότι ασχολείται με την κηπουρική/περιβόλι, το 40% των ερωτηθέντων πως ασχολείται με το διάβασμα βιβλίων, το 36,5% του δείγματος με την εκκλησία. Το 31,8% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι πηγαίνει στο καφενείο, ενώ το 30,6% κάνει βόλτες/εκδρομές/ταξίδια. Το 27,1% του δείγματος αναφέρει ότι παρακολουθεί κινηματογράφο/θέατρο, το 23,5% πως ασχολείται με την φροντίδα εγγονιών/συγγενών, ενώ το 22,4% με τον αθλητισμό. Το 21,2% του δείγματος αναφέρει ότι ασχολείται με το πλέξιμο/κέντημα, το 12,9% με κτηνοτροφικές/γεωργικές εργασίες και το 7,1% με εθελοντική εργασία. Το 1,2% των ερωτηθέντων αναφέρει πως ασχολείται με την μουσική/χορό και μόνο το 4,7% του δείγματος δηλώνει ότι δεν έχει κάποιου είδους ενασχόληση.

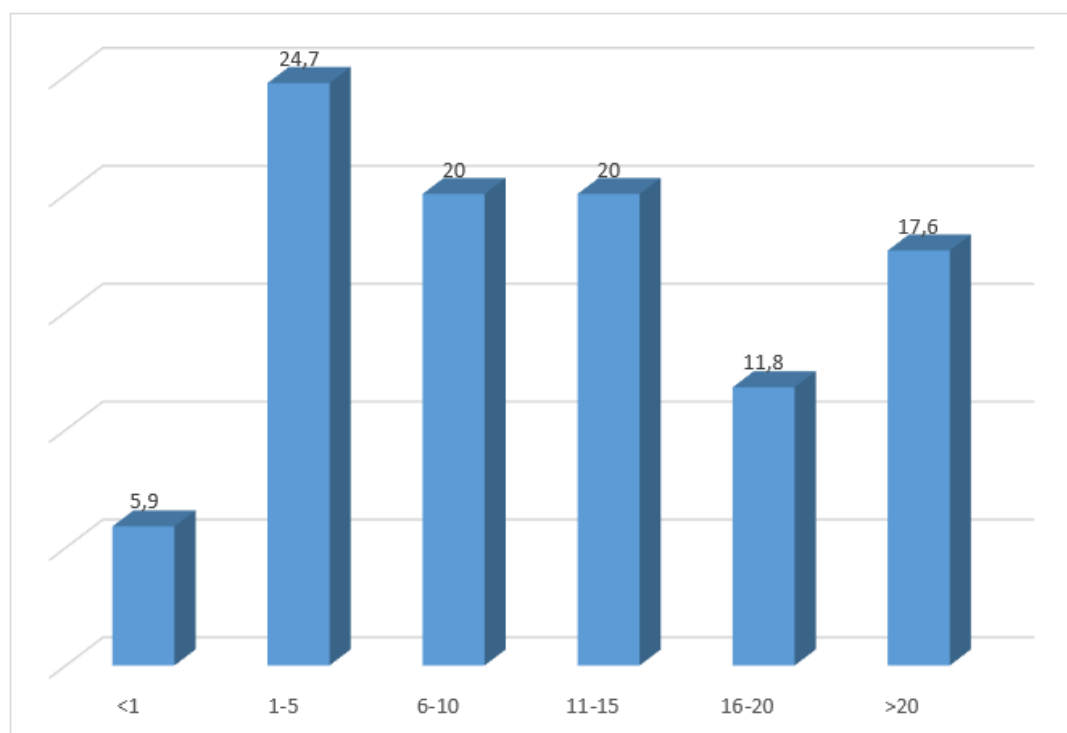


Γράφημα 10.Ενασχόληση

Πίνακας 12. Χρονικό διάστημα από τον θάνατο του/της συζύγου

	N	%
<1	5	5,9
1-5	21	24,7
6-10	17	20,0
11-15	17	20,0
16-20	10	11,8
>20	15	17,6
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 12, το 24,7% του δείγματος έχει χάσει τον/την σύζυγό του τα τελευταία 1 – 5 έτη, το 20% των ερωτηθέντων αναφέρει τα τελευταία 6 – 10 έτη, το 20% του δείγματος δηλώνει τα τελευταία 11 – 15 έτη, το 17,6% των συμμετεχόντων αναφέρει πάνω από 20 έτη, το 11,8% του δείγματος έχει υποστεί την απώλεια τα τελευταία 16 – 20 έτη και το υπόλοιπο 5,9% του δείγματος αναφέρει λιγότερο από 1 έτος.

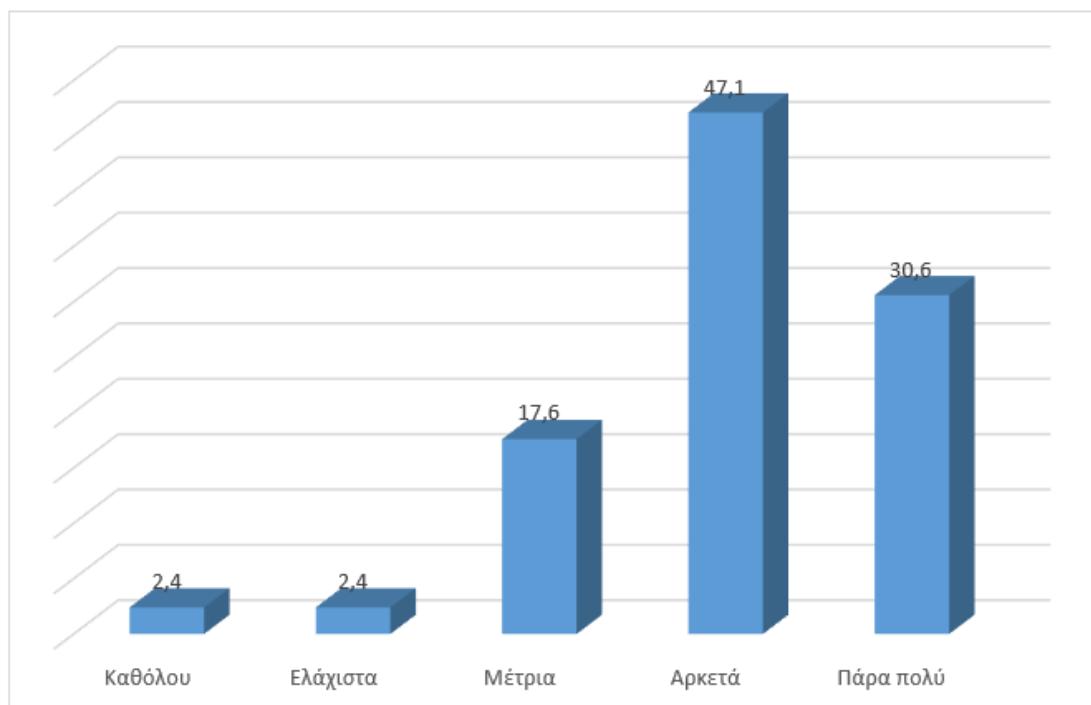


Γράφημα 11. Χρονικό διάστημα από τον θάνατο του/της συζύγου

Πίνακας 13. Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια

	N	%
Καθόλου	2	2,4
Ελάχιστα	2	2,4
Μέτρια	15	17,6
Αρκετά	40	47,1
Πάρα πολύ	26	30,6
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 13, το 95,2% του δείγματος αναφέρει ότι έχει επηρεαστεί τουλάχιστον σε μέτριο βαθμό από την απώλεια του/της συζύγου ενώ το 4,8% του δείγματος αναφέρει καθόλου ή ελάχιστα.

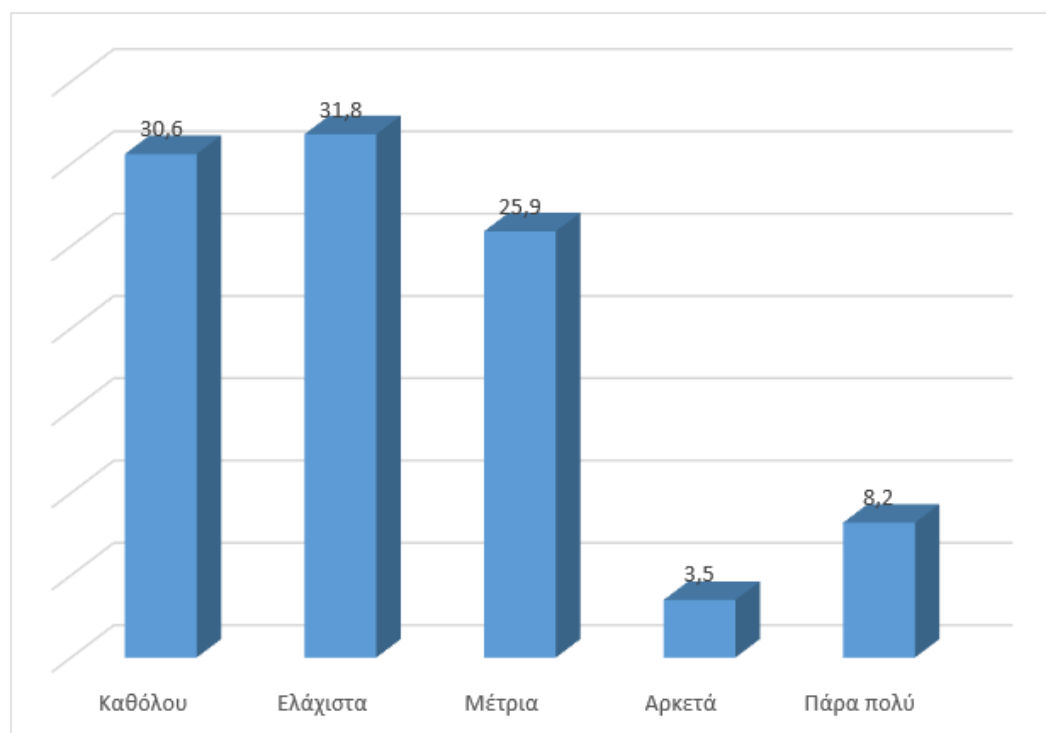


Γράφημα 12.Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια

Πίνακας 14. Ενδιαφέρον για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής

	N	%
Καθόλου	26	30,6
Ελάχιστα	27	31,8
Μέτρια	22	25,9
Αρκετά	3	3,5
Πάρα πολύ	7	8,2
<u>Total</u>	85	100,0

Σύμφωνα με τον πίνακα 14, το 37,6% του δείγματος αναφέρει ότι ενδιαφέρεται τουλάχιστον σε μέτριο βαθμό να επισκεφθεί ψυχολόγο συμβουλευτικής για να αισθανθεί καλύτερα, ενώ το 62,4% του δείγματος αναφέρει καθόλου ή ελάχιστα.



Γράφημα 13. Ενδιαφέρον για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής

Πίνακας 15. Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης (GDS)

M	TA	Εύρος κλίμακας
12,93	7,62	0 - 30

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 15, παρατηρείται ότι η μέση τιμή της γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης είναι ίση με 12,93 (TA = 7,62). Με βάση τα cut off όρια της κλίμακας (10–16) η πλειοψηφία του δείγματος κρίνεται σε οριακό σημείο να έχει τάση για κατάθλιψη.

Πίνακας 16. Γενική κλίμακα υγείας (GHQ)

M	TA	Εύρος κλίμακας
11,44	9,16	0 - 30

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 16, παρατηρείται ότι η μέση τιμή της κλίμακας γενικής υγείας είναι ίση με 11,44 (TA = 9,16). Με βάση τα cut off όρια της κλίμακας $[(4/5) \cdot 30 = 24]$ κρίνεται ότι η πλειοψηφία του δείγματος έχει καλό γενικό επίπεδο υγείας (χαμηλές τιμές της κλίμακας υποδεικνύουν καλό επίπεδο γενικής υγείας έναντι των υψηλών τιμών).

Πίνακας 17. Ποιότητα ζωής, κλίμακα SF - 36

	M	TA	Εύρος
Σωματική λειτουργικότητα	43,53	42,46	0 -100
Σωματικός ρόλος	57,41	29,74	0 -100
Σωματικός πόνος	55,88	29,83	0 -100
Γενική υγεία	43,06	19,47	0 -100
Συνολική φυσική υγεία	51,20	26,18	0 -100
Ζωτικότητα	51,70	22,57	0 -100
Κοινωνικός ρόλος	56,18	29,86	0 -100
Συναισθηματικός ρόλος	43,14	42,67	0 -100
Ψυχική υγεία	54,43	16,52	0 -100
Συνολική ψυχική υγεία	51,48	19,54	0 -100

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 17 παρατηρείται μέτριο επίπεδο συνολικής φυσικής (M = 51,20, TA = 26,18) και ψυχικής υγείας (M = 51,48, TA = 19,54). Ως προς τις επιμέρους διαστάσεις της συνολικής φυσικής υγείας παρατηρούνται κάποιες διαφοροποιήσεις στους επιμέρους δείκτες. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται κάτω του μετρίου σωματική λειτουργικότητα (M = 43,53, TA = 42,46) και γενική υγεία (M = 43,06, TA = 19,47) και άνω του μετρίου ο σωματικός ρόλος (M = 57,41, TA = 29,41) και ο σωματικός πόνος (M = 55,88, TA = 29,83) (σημείωση: υψηλές τιμές στην διάσταση του σωματικού πόνου δηλώνουν χαμηλό επίπεδο σωματικού πόνου). Επιπλέον, για τις διαστάσεις της συνολικής ψυχικής υγείας παρατηρούνται σε τρεις από τις τέσσερις διαστάσεις σημαντικές διαφοροποιήσεις. Ειδικότερα, για την ζωτικότητα παρατηρείται μέτριο επίπεδο (M = 51,70, TA = 22,57) ενώ για τον κοινωνικό ρόλο (M = 56,18, TA = 29,86) και την ψυχική υγεία (M = 54,43, TA = 16,52) παρατηρείται άνω του μετρίου. Τέλος, ο συναισθηματικός ρόλος (M = 43,14, TA = 42,67) παρατηρείται κάτω του μετρίου.

Πίνακας 18. Έλεγχος κανονικότητας

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	,101	85	,033	,940	85	,001
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	,135	85	,001	,913	85	,000
Σωματική Λειτουργικότητα	,236	85	,000	,788	85	,000
Σωματικός Ρόλος	,146	85	,000	,929	85	,000
Σωματικός Πόνος	,102	85	,028	,946	85	,001
Γενική υγεία	,104	85	,025	,975	85	,100
Συνολική φυσική υγεία	,096	85	,050	,953	85	,003
Ζωτικότητα	,089	85	,092	,965	85	,019
Κοινωνικός ρόλος	,135	85	,001	,937	85	,000
Συναισθηματικός ρόλος	,256	85	,000	,778	85	,000
Ψυχική υγεία	,064	85	,200*	,987	85	,568
Συνολική ψυχική υγεία	,096	85	,053	,972	85	,060

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Στον πίνακα 18 παρατηρείται σύμφωνα με τον έλεγχο Kolmogorov Smirnov οι μεταβλητές Συνολική φυσική υγεία, Ζωτικότητα, Ψυχική υγεία και Συνολική ψυχική υγεία να ακολουθούν την κανονική κατανομή σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Για τις μεταβλητές που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή, εξετάζεται στον παρακάτω πίνακα η λοξότητα και η κύρτωση των μεταβλητών, έτσι ώστε να διαπιστωθεί η ένταση της απόκλισής τους από την κανονική κατανομή.

Πίνακας 19. Λοξότητα & Κύρτωση

	Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	Σωματική Λειτουργικότητα	Σωματικός Ρόλος	Σωματικός Πόνος	Γενική υγεία	Συνολική φυσική υγεία	Ζωτικότητα	Κοινωνικός ρόλος	Συναισθηματικός ρόλος	Ψυχική υγεία	Συνολική ψυχική υγεία
Skewness	,236	,488	,283	-,230	-,203	,216	-,050	-,041	-,124	,299	-,176	-,108
Std. Error of Skewness	,261	,261	,261	,261	,261	,261	,261	,261	,261	,261	,261	,261
Zskew	,903	1,868	1,083	-,881	-,778	,828	-,190	-,158	-,475	1,144	-,673	-,415
Kurtosis	-1,153	-1,041	-1,648	-1,237	-,931	-,521	-1,186	-1,067	-1,132	-1,622	-,316	-,905
Std. Error of Kurtosis	,517	,517	,517	,517	,517	,517	,517	,517	,517	,517	,517	,517
Zkurtosis	-2,232	-2,015	-3,188	-2,395	-1,802	-1,008	-2,296	-2,065	-2,191	-3,139	-,611	-1,751

Στον πίνακα 19 παρατηρείται ότι οι τιμές Z για την λοξότητα και την κύρτωση να είναι σχετικά χαμηλές (κάτω ή κοντά στην τιμή 2) με την εξαίρεση του συναισθηματικού ρόλου που αποκλίνει στην περίπτωση της κύρτωσης. Δεδομένου, ότι όλες σχεδόν οι μεταβλητές είτε ακολουθούν την κανονική κατανομή ή δεν αποκλίνουν σημαντικά επιλέχθηκαν παραμετρικοί έλεγχοι για τις διμεταβλητές αναλύσεις (Pearson, T – test, ANOVA) που ακολουθούν παρακάτω.

Πίνακας 20.Συσχετίσεις (Α)

	Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	Σωματική Λειτουργικότητα	Σωματικός Ρόλος	Σωματικός Πόνος	Γενική υγεία	Συνολική φυσική υγεία
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	1	,896**	-,566**	-,687**	-,637**	-,657**	-,732**
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	,896**	1	-,546**	-,663**	-,587**	-,616**	-,700**
Σωματική Λειτουργικότητα	-,566**	-,546**	1	,624**	,614**	,606**	,821**
Σωματικός Ρόλος	-,687**	-,663**	,624**	1	,789**	,679**	,940**
Σωματικός Πόνος	-,637**	-,587**	,614**	,789**	1	,776**	,863**
Γενική υγεία	-,657**	-,616**	,606**	,679**	,776**	1	,816**
Συνολική φυσική υγεία	-,732**	-,700**	,821**	,940**	,863**	,816**	1
Ζωτικότητα	-,750**	-,664**	,604**	,661**	,716**	,723**	,750**
Κοινωνικός ρόλος	-,599**	-,511**	,589**	,652**	,764**	,629**	,729**
Συναισθηματικός ρόλος	-,637**	-,641**	,725**	,564**	,587**	,520**	,685**
Ψυχική υγεία	-,352**	-,284**	,154	,348**	,243*	,233*	,304**
Συνολική ψυχική υγεία	-,783**	-,717**	,714**	,730**	,751**	,690**	,819**
Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια	,259*	,299**	-,265*	-,259*	-,236*	-,221*	-,287**
Βαθμός ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής	,441**	,485**	-,321**	-,335**	-,364**	-,366**	-,385**
Ηλικία	,475**	,490**	-,304**	-,580**	-,538**	-,325**	-,524**

Σημείωση: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, κλίμακα γενικής υγείας (υψηλές τιμές δηλώνουν χαμηλό επίπεδο υγείας, κλίμακα σωματικού πόνου (υψηλές τιμές δηλώνουν χαμηλό επίπεδο πόνου)

Πίνακας 21.Συσχετίσεις (B)

	Ζωτικότητα	Κοινωνικός ρόλος	Συναισθηματικός ρόλος	Ψυχική υγεία	Συνολική ψυχική υγεία	Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια	Βαθμός ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής	Ηλικία
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	-,750**	-,599**	-,637**	-,352**	-,783**	,259*	,441**	,475**
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	-,664**	-,511**	-,641**	-,284**	-,717**	,299**	,485**	,490**
Σωματική Λειτουργικότητα	,604**	,589**	,725**	,154	,714**	-,265*	-,321**	-,304**
Σωματικός Ρόλος	,661**	,652**	,564**	,348**	,730**	-,259*	-,335**	-,580**
Σωματικός Πόνος	,716**	,764**	,587**	,243*	,751**	-,236*	-,364**	-,538**
Γενική υγεία	,723**	,629**	,520**	,233*	,690**	-,221*	-,366**	-,325**
Συνολική φυσική υγεία	,750**	,729**	,685**	,304**	,819**	-,287**	-,385**	-,524**
Ζωτικότητα	1	,603**	,588**	,323**	,834**	-,289**	-,484**	-,415**
Κοινωνικός ρόλος	,603**	1	,610**	,279**	,787**	-,243*	-,306**	-,384**
Συναισθηματικός ρόλος	,588**	,610**	1	,138	,837**	-,378**	-,377**	-,415**
Ψυχική υγεία	,323**	,279**	,138	1	,534**	-,026	-,203	-,063
Συνολική ψυχική υγεία	,834**	,787**	,837**	,534**	1	-,333**	-,464**	-,434**
Βαθμός επηρεασμού από την απώλεια	-,289**	-,243*	-,378**	-,026	-,333**	1	,280**	,108
Βαθμός ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής	-,484**	-,306**	-,377**	-,203	-,464**	,280**	1	,111
Ηλικία	-,415**	-,384**	-,415**	-,063	-,434**	,108	,111	1

Σημείωση: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, κλίμακα γενικής υγείας (υψηλές τιμές δηλώνουν χαμηλό επίπεδο υγείας, κλίμακα σωματικού πόνου (υψηλές τιμές δηλώνουν χαμηλό επίπεδο πόνου)

Σύμφωνα με τους πίνακες 20 και 21 (έλεγχος Pearson) παρατηρείται να υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης με την κλίμακα γενικής υγείας ($r = .896$, $p < .01$), την σωματική λειτουργικότητα ($r = -.566$, $p < .01$), τον σωματικό ρόλο ($r = -.687$, $p < .01$), την γενική

υγεία ($r = -.657, p < .01$), την συνολική φυσική υγεία ($r = -.732, p < .01$), την ζωτικότητα ($r = -.750, p < .01$), τον κοινωνικό ρόλο ($r = -.599, p < .01$), τον συναισθηματικό ρόλο ($r = -.637, p < .01$), την ψυχική υγεία ($r = -.352, p < .01$) και την συνολική ψυχική υγεία ($r = -.783, p < .01$). Ακόμα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης με τον σωματικό πόνο ($r = -.637, p < .01$), τον βαθμό επηρεασμού από την απώλεια ($r = .259, p < .01$), τον βαθμό ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής ($r = .441, p < .01$) και την ηλικία ($r = .475, p < .01$).

Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας γενικής υγείας με την σωματική λειτουργικότητα ($r = -.546, p < .01$), τον σωματικό ρόλο ($r = -.663, p < .01$), την γενική υγεία ($r = -.616, p < .01$), την συνολική φυσική υγεία ($r = -.700, p < .01$), την ζωτικότητα ($r = -.664, p < .01$), τον κοινωνικό ρόλο ($r = -.511, p < .01$), τον συναισθηματικό ρόλο ($r = -.611, p < .01$), την ψυχική υγεία ($r = -.284, p < .01$) και την συνολική ψυχική υγεία ($r = -.717, p < .01$). Ακόμα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της κλίμακας γενικής υγείας με τον σωματικό πόνο ($r = -.587, p < .01$), τον βαθμό επηρεασμού από την απώλεια ($r = .299, p < .01$), τον βαθμό ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής ($r = .485, p < .01$) και την ηλικία ($r = .490, p < .01$).

Ακόμα, παρατηρείται στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού επηρεασμού από την απώλεια με την σωματική Λειτουργικότητα ($r = -.265, p < .05$), τον σωματικό ρόλο ($r = -.259, p < .05$), την γενική υγεία ($r = -.221, p < .05$), την συνολική φυσική υγεία ($r = -.287, p < .01$), την ζωτικότητα ($r = -.289, p < .01$), τον κοινωνικό ρόλο ($r = -.243, p < .05$), τον συναισθηματικό ρόλο ($r = -.378, p < .05$) και την συνολική ψυχική υγεία ($r = -.333, p < .01$). Με τον σωματικό πόνο ($r = -.236, p < .05$) παρατηρείται θετική συσχέτιση.

Επιπλέον, παρατηρείται στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής με την σωματική λειτουργικότητα ($r = -.321, p < .01$), τον σωματικό ρόλο ($r = -.335, p < .01$), την γενική υγεία ($r = -.366, p < .01$), την συνολική φυσική υγεία ($r = -.385, p < .01$), την ζωτικότητα ($r = -.484, p < .01$), τον κοινωνικό ρόλο ($r = -.306, p < .01$), τον συναισθηματικό ρόλο ($r = -.377, p < .05$) και την συνολική ψυχική υγεία ($r = -.464, p < .01$). Με τον σωματικό πόνο ($r = -.364, p < .01$) παρατηρείται θετική συσχέτιση.

Τέλος, παρατηρείται στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας των ερωτώμενων με την σωματική λειτουργικότητα ($r = -.304, p < .01$), τον σωματικό ρόλο ($r = -.580, p < .01$), την γενική υγεία ($r = -.325, p < .01$), την συνολική φυσική υγεία ($r = -.524, p < .01$), την ζωτικότητα ($r = -.415, p < .01$), τον κοινωνικό ρόλο ($r = -.384, p < .01$), τον συναισθηματικό ρόλο ($r = -.415, p < .01$) και την συνολική ψυχική υγεία ($r = -.434, p < .01$). Με τον σωματικό πόνο ($r = -.538, p < .01$) παρατηρείται θετική συσχέτιση.

Πίνακας 22. Διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)

	Φύλο				t(83)	p
	Γυναίκα		Άνδρας			
	M	TA	M	TA		
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	14,23	7,75	10,78	6,99	-2,058	,043
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	12,91	9,43	9,00	8,28	-1,935	,056
Σωματική Λειτουργικότητα	35,38	43,42	57,03	37,69	2,338	,022
Σωματικός Ρόλος	52,83	31,45	65,00	25,34	1,854	,067
Σωματικός Πόνος	52,45	31,76	61,56	25,80	1,371	,174
Γενική υγεία	42,55	20,28	43,91	18,35	,310	,757
Συνολική φυσική υγεία	47,02	27,80	58,13	21,94	1,926	,057
Ζωτικότητα	48,00	20,92	57,83	24,17	1,978	,051
Κοινωνικός ρόλος	54,95	31,23	58,20	27,79	,484	,630
Συναισθηματικός ρόλος	35,22	39,99	56,25	44,35	2,254	,027
Ψυχική υγεία	52,27	17,87	57,99	13,50	1,561	,122
Συνολική ψυχική υγεία	47,78	19,41	57,60	18,44	2,302	,024

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 22 (έλεγχος t – test για ανεξάρτητα δείγματα) οι άνδρες έναντι των γυναικών εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης ($M_A = 10,78, TA_A = 6,99$ έναντι $M_G = 14,23, TA_G = 7,75$) ενώ παράλληλα εμφανίζουν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα ($M_A = 57,03, TA_A = 37,69$ έναντι $M_G = 35,38, TA_G = 43,42$),

συναισθηματικό ρόλο ($M_A = 56,25$, $TA_A = 44,35$ έναντι $M_\Gamma = 35,22$, $TA_\Gamma = 39,99$) και συνολική ψυχική υγεία ($M_A = 57,60$, $TA_A = 18,44$ έναντι $M_\Gamma = 47,78$, $TA_\Gamma = 19,41$).

Πίνακας 23. Διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν στην Αττική έναντι ατόμων που διαμένουν στην επαρχία ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)

	Τόπος διαμονής				t(83)	p
	Αττική		Επαρχία			
	M	TA	M	TA		
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	14,72	7,67	11,61	7,38	1,887	,063
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	14,47	9,77	9,20	8,08	2,717	,008
Σωματική Λειτουργικότητα	34,72	41,95	50,00	42,08	-1,656	,101
Σωματικός Ρόλος	50,83	30,81	62,24	28,27	-1,770	,080
Σωματικός Πόνος	47,08	31,56	62,35	27,03	-2,396	,019
Γενική υγεία	39,17	18,34	45,92	19,97	-1,594	,115
Συνολική φυσική υγεία	44,63	26,25	56,03	25,30	-2,021	,046
Ζωτικότητα	49,00	22,83	53,68	22,41	-,945	,348
Κοινωνικός ρόλος	46,88	32,10	63,01	26,39	-2,541	,013
Συναισθηματικός ρόλος	33,33	42,91	50,34	41,46	-1,841	,069
Ψυχική υγεία	55,48	17,73	53,65	15,70	,504	,616
Συνολική ψυχική υγεία	47,65	20,59	54,29	18,44	-1,560	,123

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 23 (έλεγχος t – test για ανεξάρτητα δείγματα) άτομα που διαμένουν στην επαρχία έναντι των ατόμων που διαμένουν στην Αττική εμφανίζουν καλύτερο επίπεδο υγείας (GHQ) ($M_A = 14,47$, $TA_A = 9,77$ έναντι $M_E = 9,20$, $TA_\Gamma = 8,08$), συνολική φυσική υγεία ($M_A = 44,63$, $TA_A = 26,25$ έναντι $M_E = 56,03$, $TA_E = 25,30$), κοινωνικό ρόλο ($M_A = 46,88$, $TA_A = 32,10$ έναντι $M_\Gamma = 63,01$, $TA_\Gamma = 26,39$) ενώ παράλληλα εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο σωματικού πόνου ($M_A = 47,08$, $TA_A = 31,56$ έναντι $M_E = 62,35$, $TA_E = 27,03$).

Πίνακας 24. Διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν μόνοι έναντι ατόμων που διαμένουν με άλλα άτομα ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)

	Κατάσταση διαμονής				t(83)	p
	Με άλλους		Μόνος/η			
	M	TA	M	TA		
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	15,03	6,51	11,23	8,08	-2,341	,022
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	13,87	8,57	9,47	9,24	-2,254	,027
Σωματική Λειτουργικότητα	32,89	39,04	52,13	43,56	2,119	,037
Σωματικός Ρόλος	47,24	26,24	65,64	30,10	2,965	,004
Σωματικός Πόνος	46,71	28,55	63,30	29,05	2,638	,010
Γενική υγεία	36,32	17,54	48,51	19,42	3,005	,004
Συνολική φυσική υγεία	41,85	22,75	58,76	26,54	3,110	,003
Ζωτικότητα	46,29	22,54	56,07	21,86	2,023	,046
Κοινωνικός ρόλος	47,70	30,32	63,03	27,95	2,421	,018
Συναισθηματικός ρόλος	30,70	39,04	53,19	43,22	2,490	,015
Ψυχική υγεία	54,87	17,35	54,07	15,99	-,221	,826
Συνολική ψυχική υγεία	46,21	18,39	55,73	19,59	2,289	,025

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 24 (έλεγχος t – test για ανεξάρτητα δείγματα) άτομα που διαμένουν μόνα έναντι των ατόμων που διαμένουν με άλλους έχουν χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης ($M_{MA} = 15,03$, $TA_{MA} = 6,51$ έναντι $M_M = 11,23$, $TA_M = 8,08$), καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας ($M_{MA} = 13,87$, $TA_{MA} = 8,57$ έναντι $M_M = 9,47$, $TA_M = 9,24$) σωματική λειτουργικότητα ($M_{MA} = 32,89$, $TA_{MA} = 39,04$ έναντι $M_M = 52,13$, $TA_M = 43,56$), σωματικό ρόλο ($M_{MA} = 47,24$, $TA_{MA} = 26,24$ έναντι $M_M = 65,64$, $TA_M = 30,10$), σωματικό πόνο ($M_{MA} = 46,71$, $TA_{MA} = 28,55$ έναντι $M_M = 63,30$, $TA_M = 29,05$), γενική υγεία ($M_{MA} = 36,32$, $TA_{MA} = 17,54$ έναντι $M_M = 48,51$, $TA_M = 19,42$), συνολική φυσική υγεία ($M_{MA} = 41,85$, $TA_{MA} = 22,75$ έναντι $M_M = 58,76$, $TA_M = 26,54$), ζωτικότητα ($M_{MA} = 46,29$, $TA_{MA} = 22,54$ έναντι $M_M = 56,07$, $TA_M = 21,86$), κοινωνικό ρόλο ($M_{MA} = 47,70$, $TA_{MA} = 30,32$ έναντι $M_M = 63,03$, $TA_M = 27,95$), συναισθηματικό

ρόλο ($M_{MA} = 30,70$, $TA_{MA} = 39,04$ έναντι $M_M = 53,19$, $TA_M = 43,22$) και συνολική ψυχική υγεία ($M_{MA} = 46,21$, $TA_{MA} = 18,39$ έναντι $M_M = 55,73$, $TA_M = 19,59$).

Πίνακας 25. Διαφορές μεταξύ ατόμων που έχουν παιδιά έναντι ατόμων που δεν έχουν παιδιά ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)

	Ύπαρξη παιδιών				t(83)	p
	Όχι		Ναι			
	M	TA	M	TA		
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	11,40	8,66	13,13	7,51	,673	,503
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	11,00	10,26	11,49	9,08	,159	,874
Σωματική Λειτουργικότητα	57,50	42,57	41,67	42,38	-1,109	,271
Σωματικός Ρόλος	65,00	36,51	56,40	28,86	-,858	,394
Σωματικός Πόνος	61,25	35,93	55,17	29,14	-,603	,548
Γενική υγεία	46,00	21,32	42,67	19,34	-,506	,614
Συνολική φυσική υγεία	58,69	31,09	50,21	25,53	-,962	,339
Ζωτικότητα	61,38	24,25	50,41	22,19	-1,453	,150
Κοινωνικός ρόλος	53,75	33,36	56,50	29,59	,272	,786
Συναισθηματικός ρόλος	50,00	42,31	42,22	42,92	-,539	,591
Ψυχική υγεία	61,22	16,72	53,52	16,39	-1,393	,167
Συνολική ψυχική υγεία	57,79	23,65	50,64	18,95	-1,089	,279

Σημείωση: M = μέση τιμή, TA = τυπική απόκλιση

Σύμφωνα με τον πίνακα 25, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ατόμων που έχουν παιδιά έναντι ατόμων που δεν έχουν παιδιά ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ).

Πίνακας 26. Διαφορές μεταξύ των χρονικών κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την απώλεια του / της συζύγου ως προς την ποιότητα ζωής (SF36), την κατάθλιψη (GDS) και την γενική κατάσταση υγείας (GHQ)

	Χρόνια που έχουν περάσει από τον θάνατο του/της συζύγου σας:										F/Welch	Df1	Df2	p
	1-5		6-10		11-15		16-20		>20					
	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA				
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	13,62	7,46	10,65	8,15	8,94	4,74	14,00	9,17	17,00	7,07	3,880	4	32,624	,011
Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	12,43	8,94	9,53	9,76	5,76	4,74	11,00	8,58	17,00	9,91	5,037	4	32,443	,003
Σωματική Λειτουργικότητα	42,86	40,42	58,82	42,34	42,65	41,24	45,00	49,72	26,67	42,75	1,139	4	75	,345
Σωματικός Ρόλος	55,71	27,35	66,47	32,10	70,29	21,76	52,00	30,20	37,33	30,93	3,282	4	75	,016
Σωματικός Πόνος	55,12	27,21	61,76	33,50	63,09	20,87	58,75	40,57	35,50	26,83	2,648	4	75	,051
Γενική υγεία	39,05	19,47	48,82	23,49	49,71	18,91	42,50	23,48	36,00	12,13	1,950	4	32,566	,125
Συνολική φυσική υγεία	49,24	24,11	60,36	29,40	59,44	19,61	49,05	30,96	34,81	25,43	2,563	4	33,132	,045
Ζωτικότητα	49,77	22,65	59,00	22,40	59,41	15,67	54,75	27,60	38,00	21,91	2,558	4	75	,045
Κοινωνικός ρόλος	56,55	30,26	62,50	35,63	66,18	23,29	50,00	33,33	46,67	28,92	1,097	4	75	,364
Συναισθηματικός ρόλος	44,44	42,60	58,82	43,35	60,78	39,50	33,33	35,14	17,78	37,52	3,063	4	75	,022
Ψυχική υγεία	55,47	14,61	59,09	19,29	58,69	14,53	46,14	14,65	51,17	17,35	1,449	4	75	,226
Συνολική ψυχική υγεία	51,63	17,56	59,50	23,47	60,42	12,18	46,41	21,27	39,61	16,75	3,529	4	75	,011

Σημείωση: Μ = μέση τιμή, ΤΑ = τυπική απόκλιση, το χρονικό διάστημα κάτω του ενός έτους εξαιρέθηκε από την ανάλυση λόγω του μικρού πλήθους δείγματος, N=5

Σύμφωνα με τον πίνακα 26 και τον έλεγχο Απονα, παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των χρονικών κατηγοριών που αντιπροσωπεύουν το χρονικό διάστημα που έχει μεσολαβήσει από την απώλεια του/της συζύγου για την γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης, την γενική κλίμακα υγείας, τον σωματικό ρόλο, την συνολική φυσική υγεία, την ζωτικότητα και τον συναισθηματικό ρόλο. Για να διερευνήσουμε ποιες χρονικές κατηγορίες διαφέρουν, εφαρμόζουμε τον Post έλεγχο του Bonferroni χρησιμοποιώντας την διόρθωση Bonferroni ($\alpha^* = \alpha/10 = 0.05/10 = 0.005$). Με βάση τον έλεγχο αυτό βρέθηκε μόνο για μια διαφορά για την κλίμακα γενικής υγείας για το χρονικό διάστημα «>20» και του χρονικού διαστήματος «11-15»,

$p = 0.004$. Τα άτομα που έχουν χάσει πάνω από 20 έτη τον/την σύντροφό τους έχουν χειρότερο επίπεδο ζωής έναντι όσων έχουν χάσει τον/την σύζυγό τους 11 – 15 έτη πριν, $p = 0.004$ (Πίνακας 1, Παράρτημα). Το αποτέλεσμα αυτό επειδή είναι οριακά στατιστικά σημαντικό με βάση το νέο α^* θα πρέπει να εξεταστεί μελλοντικά ως προς την ισχύ του.

Πίνακας 27. Διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν στην Αττική έναντι ατόμων που διαμένουν στην επαρχία ως προς την πρόθεσή τους να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής

Τόπος διαμονής							
Αττική		Επαρχία		t	df	p	
M	TA	M	TA				
2,44	1,38	2,14	1,00	1,112	60,557	,270	

Σύμφωνα με τον πίνακα 27 (t - test) δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ ατόμων που διαμένουν στην Αττική έναντι ατόμων που διαμένουν στην επαρχία, ως προς την πρόθεσή τους να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής.

Πίνακας 28. Διαφορές μεταξύ ατόμων ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο ως προς την πρόθεσή τους να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής

Μορφωτικό επίπεδο													
Δεν πήγα										Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα			
σχολείο		Δημοτικό		Γυμνάσιο		Λύκειο		Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ					
M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	M	TA	F(5,79)	p
2,60	1,07	2,24	1,45	2,56	,73	2,06	1,00	2,33	1,35	2,00	,93	,462	,803

Σύμφωνα με τον πίνακα 28 (Ανοva) δεν παρατηρούνται διαφορές μεταξύ μορφωτικών κατηγοριών ως προς την πρόθεσή τους να επισκεφτούν έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής.

6.8. Περιορισμοί-Δεοντολογία

Το μέγεθος του δείγματος είναι μικρό, κυρίως εξαιτίας των δύσκολων συνθηκών συλλογής του (πανδημία) και λιγότερο λόγω του περιορισμένου χρονικού διαστήματος χορήγησης των ερωτηματολογίων. Αυτό δεν διευκολύνει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Επίσης, υπάρχει διαφορά στον αριθμό των συμμετεχόντων ανά φύλο (53 γυναίκες-32 άνδρες). Τέλος, σε λίγα άτομα ο χρόνος από την απώλεια είναι < 1 έτος. Αυτό δεν επιτρέπει να γίνουν εμφανείς ενδεχόμενες πιο έντονες επιπτώσεις της απώλειας.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων επέτρεπε την πλήρη ανωνυμία, το οποίο τονίστηκε στους συμμετέχοντες. Η μεταφορά σε ειδική πλατφόρμα εξασφάλιζε περισσότερο την ανωνυμία αυτή.

7. Συμπεράσματα- Συζήτηση

Από την ανάλυση που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκε η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων να έχει επηρεαστεί τουλάχιστον σε μέτριο βαθμό από την απώλεια του/της συζύγου. Αυτό συμφωνεί με προηγούμενες μελέτες και έρευνες (Naef, et al, 2013; Burns et al, 2015; Davies et al, 2016; DiGiacomo et al, 2013; Borglin et al, 2005). Επιπρόσθετα, βρέθηκε η πλειοψηφία του να έχει οριακά τάση για κατάθλιψη ενώ ταυτόχρονα παρουσίασε ένα καλό γενικό επίπεδο υγείας. Την αυξημένη πιθανότητα για εκδήλωση κατάθλιψης έχουν αναφέρει αρκετοί συγγραφείς (Kristiansen et al., 2019a+b; Jadhav & Weir, 2018; Monserud & Markides, 2017; Burns et al, 2015). Παράλληλα βρέθηκε μέτριο επίπεδο συνολικής φυσικής και ψυχικής υγείας. Ως προς τις επιμέρους διαστάσεις της συνολικής φυσικής υγείας, παρατηρήθηκαν κάποιες διαφοροποιήσεις στους επιμέρους δείκτες. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκαν κάτω του μετρίου σωματική λειτουργικότητα και γενική υγεία και άνω του μετρίου ο σωματικός ρόλος και ο σωματικός πόνος. Επιπλέον, για τις διαστάσεις της συνολικής ψυχικής υγείας, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφοροποιήσεις σε τρεις από τις τέσσερις διαστάσεις. Ειδικότερα, για την ζωτικότητα παρατηρήθηκε μέτριο επίπεδο ενώ για τον κοινωνικό ρόλο και την ψυχική υγεία παρατηρήθηκε άνω του μετρίου. Τέλος, ο συναισθηματικός ρόλος παρατηρήθηκε κάτω του μετρίου. Έχει φανεί πρόσφατα πως η απώλεια συζύγου στους ηλικιωμένους συνδέεται με αρνητική επίδραση στην ψυχολογική ευημερία και στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής (van Boekel, Cloin,

& Luijkux, 2021), καθώς και ότι η ποιότητα ζωής στα χηρευόμενα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι υποβαθμισμένη συγκριτικά με παντρεμένα ζευγάρια (Bourassa, Knowles, Sbarra, & O'Connor, 2016).

Επίσης, βρέθηκε ότι πάνω από 1/3 του δείγματος ενδιαφέρεται τουλάχιστον σε μέτριο βαθμό να επισκεφθεί ψυχολόγο συμβουλευτικής για να αισθανθεί καλύτερα. Σε μελέτη αναγνωρίζεται από τα ηλικιωμένα χηρεύοντα άτομα η αξία της επαγγελματικής βοήθειας (Damianakis & Marziali, 2012). Εντούτοις, έχει φανεί ότι άνθρωποι με κατάθλιψη που σχετίζεται με το πένθος δύσκολα αναζητούν ιατρική βοήθεια. Η μειωμένη αυτή πιθανότητα, ίσως, συνδέεται με την αντιλαμβανόμενη μη αναγκαιότητα για θεραπεία, αφού θεωρούν τα συμπτώματα μέρος της διαδικασίας του πένθους (Jozwiak, Preville, & Vasiliadis, 2013).

Από την ανάλυση συσχέτισης βρέθηκε ότι όταν αυξάνει το επίπεδο της γηριατρικής κατάθλιψης του δείγματος, τότε χειροτερεύει το επίπεδο γενικής υγείας (GHQ), η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, η γενική υγεία (SF36), η συνολική φυσική υγεία, η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος, η ψυχική υγεία και η συνολική ψυχική υγεία, ενώ παράλληλα αυξάνεται ο σωματικός πόνος, ο βαθμός επηρεασμού από την απώλεια, ο βαθμός ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής και η ηλικία των ατόμων. Σε ανασκόπηση, οι συναισθηματικές διαταραχές συσχετίστηκαν με όλες τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής και με χαμηλότερη τιμή στην κλίμακα της σωματικής λειτουργικότητας (Οικονόμου, Κοκκώση, Τριανταφύλλου, & Χριστοδούλου, 2001). Επίσης, ηλικιωμένα άτομα με κατάθλιψη είχαν φτωχή συνολική και γενική ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Sivertsen, Bjørkløf, Engedal, Selbæk, & Helvik, 2015). Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι όταν βελτιώνεται η γενική υγεία (GHQ) του δείγματος, τότε βελτιώνεται και η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, η γενική υγεία, η συνολική φυσική υγεία, η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος, η ψυχική υγεία και η συνολική ψυχική υγεία, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται ο σωματικός πόνος, ο βαθμός επηρεασμού από την απώλεια, ο βαθμός ενδιαφέροντος για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής και η ηλικία των ατόμων.

Επιπρόσθετα, όταν αυξάνεται είτε ο βαθμός επηρεασμού από την απώλεια ή το ενδιαφέρον για επίσκεψη σε ψυχολόγο συμβουλευτικής ή η ηλικία τότε μειώνεται η σωματική λειτουργικότητα, ο σωματικός ρόλος, η γενική υγεία, η συνολική φυσική

υγεία, η ζωτικότητα, ο κοινωνικός ρόλος, ο συναισθηματικός ρόλος και η συνολική ψυχική υγεία ενώ παράλληλα αυξάνει ο σωματικός πόνος. Σε έρευνες που χρησιμοποιήθηκε η επισκόπηση υγείας SF-36, η μεγάλη ηλικία συσχετίστηκε με χαμηλή ΣΥΠΖ (Καρανικόλα κ.ά., 2018· Μεχίλι, Καϊτελίδου, Καλοκαιρινού, Γαλάνη, & Διομήδους, 2015· Στασινοπούλου κ.ά., 2019).

Από την διμεταβλητή ανάλυση βρέθηκε ότι οι άνδρες έναντι των γυναικών εμφανίζουν χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης. Τούτο έρχεται σε αντίθεση με τη θέση που υποστηρίζεται στη διεθνή βιβλιογραφία και θέλει τους άνδρες πιο επιρρεπείς στην εκδήλωση κατάθλιψης (King et al, 2019; Seematter-Bagnoud et al, 2010; Soulsby & Bennet, 2017). Παράλληλα εμφάνισαν καλύτερη σωματική λειτουργικότητα, συναισθηματικό ρόλο και συνολική ψυχική υγεία. Ακόμα, τα άτομα που διαμένουν στην επαρχία, έναντι των ατόμων που διαμένουν στην Αττική, εμφάνισαν καλύτερο επίπεδο υγείας, συνολική φυσική υγεία, κοινωνικό ρόλο, ενώ παράλληλα εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο σωματικού πόνου. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με έρευνα στην Κίνα, όπου τα ηλικιωμένα χηρευόμενα άτομα που διέμεναν σε αγροτική περιοχή είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής στη σωματική και ψυχική υγεία σε σύγκριση με παντρεμένους συνομηλίκους τους (Zhou & Hearst, 2016). Σε ελληνική έρευνα η διαμονή σε αγροτική περιοχή έδειξε καλύτερη βαθμολογία στις διαστάσεις της ψυχικής υγείας. Οι διαστάσεις της σωματικής υγείας βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από άτομα που διέμεναν σε αστική περιοχή (Γούλα κ.ά., 2018).

Επιπλέον, τα άτομα που διαμένουν μόνα έναντι των ατόμων που διαμένουν με άλλους, εμφάνισαν χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης, καλύτερο επίπεδο γενικής υγείας, σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο, σωματικό πόνο, γενική υγεία, συνολική φυσική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνικό ρόλο, συναισθηματικό ρόλο και συνολική ψυχική υγεία. Το χαμηλότερο επίπεδο κατάθλιψης ξαφνιάζει. Θα περίμενε κάποιος ότι η μοναχική διαβίωση θα αύξανε τις πιθανότητες για κατάθλιψη. Τούτο έδειξαν και έρευνες, αν και στη δεύτερη η μοναχική διαμονή συνδέθηκε με κατάθλιψη στους Ισπανόφωνους, αλλά όχι στους μη Ισπανόφωνους (Oh et al, 2014; Russell & Taylor, 2009). Πρόσφατη μελέτη έδειξε ότι πρόσφατα χηρευόμενοι άνδρες που έμεναν μόνοι τους εμφάνισαν έντονα καταθλιπτικά συμπτώματα (Nakagomi, Koichiro, Hanazato, Kondo, & Kawachi, 2020). Το να μένει κάποιος μόνος του, τον αναγκάζει σε ανάληψη όλων των ευθυνών και των υποχρεώσεων. Όμως, τον προτρέπει να δραστηριοποιείται και δημιουργεί αίσθηση αυτάρκειας και αυτοπεποίθησης συμβάλλοντας στην

βελτίωση της υγείας του και της ποιότητας ζωής του. Επίσης, σημαντικό εύρημα της έρευνας ήταν ότι το χρονικό διάστημα από την απώλεια του/της συζύγου δεν αλλάζει την ποιότητα ζωής, το επίπεδο κατάθλιψης και το γενικό επίπεδο υγείας. Για όσους έχει παρέλθει αρκετό χρονικό διάστημα από τον θάνατο του/της συζύγου δικαιολογείται. Όπως έχει αναφερθεί, ο χρόνος, ίσως, επιδρά θεραπευτικά και δίνει τη δυνατότητα για καλύτερη προσαρμογή στην κατάσταση της χηρείας (Nseir & Larkey, 2013; Spahni et al, 2015; Zhou & Hearst, 2016).

Τέλος, ο τρόπος διαμονής και η μόρφωση των ερωτώμενων δεν βρέθηκε να διαφοροποιούν την πρόθεση επίσκεψης σε ψυχολόγο συμβουλευτικής. Τούτο δεν είναι ιδιαίτερα αναμενόμενο. Ενδεχομένως, οι κάτοικοι αγροτικών περιοχών και εκείνοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο να μην είναι τόσο εξοικειωμένοι με την έννοια της ψυχολογικής υποστήριξης από επαγγελματία. Αυτό δείχνουν και έρευνες, στις οποίες η διαμονή σε αγροτική περιοχή και το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο συνδέθηκαν με μειωμένη χρήση υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Η υψηλού επιπέδου μόρφωση φαίνεται να σχετίζεται με λιγότερη προκατάληψη και πιο εύκολη κάλυψη της δαπάνης της ψυχοθεραπείας (Briffault., Sapinho, Villamaux, & Kovess, 2007; Park, Jeon, Kim, Kim, & Roh, 2014).

8. Προτάσεις

Η απώλεια συζύγου συμβαίνει πιο συχνά σε άτομα μεγάλης ηλικίας. Αποτελεί μια έντονα στρεσογόνο εμπειρία. Όπως έγραψε ο Gary Lee «δεν κάνει απλά τους ανθρώπους λυπημένους, αλλάζει τη ζωή τους ριζικά» (Lee, 2014:3). Η γήρανση του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο, προμηνύει την αύξηση των ηλικιωμένων που θα περάσουν στην κατάσταση χηρείας. Καθίστανται, επομένως, αναγκαία ο σχεδιασμός πολιτικών υγείας και η ανεύρεση μεθόδων βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων αυτών.

Η Πολιτεία θα μπορούσε αξιοποιώντας υπάρχοντες θεσμούς (ΚΑΠΗ) και προγράμματα ειδικά για χηρεύοντες ηλικιωμένους, να ενισχύσει την κοινωνική συμμετοχή τους. Η συναναστροφή με ανθρώπους που βιώνουν την ίδια εμπειρία είναι ευεργετική για τους πενθούντες. Εκτός του ότι διευρύνεται το κοινωνικό τους δίκτυο, νιώθουν το αίσθημα του ανήκειν και λαμβάνουν κατανόηση και αποδοχή. Επίσης, μπορεί να ενθαρρυνθεί η ενασχόλησή τους με τον εθελοντισμό, καθώς και η συμμετοχή

τους σε εκδηλώσεις και ευχάριστες δραστηριότητες για βελτίωση της καθημερινότητάς τους. Για άτομα με δυσκολία μετακίνησης ή δύσκολης πρόσβασης σε τέτοιες παροχές θα διευκόλυνε η ανάπτυξη περισσότερων προγραμμάτων και εφαρμογών μέσω διαδικτύου εύχρηστες και κατανοητές. Εξάλλου, αρκετοί ηλικιωμένοι γνωρίζουν να χειρίζονται ηλεκτρονικό υπολογιστή. Τέλος, θα πρέπει να κοινωνηθεί η ιδέα πως καλό είναι κάποιος που δυσκολεύεται στη διαχείριση της απώλειας να επισκεφθεί έναν επαγγελματία για υποστήριξη, προκειμένου να ξεπεραστεί η προκατάληψη της επίσκεψης σε ψυχολόγο.

Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με ηλικιωμένους χρειάζονται εκπαίδευση πάνω στο θέμα της απώλειας και της επακόλουθης χηρείας. Για καλύτερη αντιμετώπιση και φροντίδα απαιτείται γνώση των αναγκών και των σωματικών και ψυχικών εκδηλώσεων των τεθλιμμένων. Δεν πρέπει να θεωρείται παθολογικό το φυσιολογικό πένθος, αλλά ούτε να διαφεύγουν της διάγνωσης υποκείμενες διαταραχές.

Τέλος, η οικογένεια, οι φίλοι και η ευρύτερη κοινότητα μπορούν να αποδειχθούν σημαντικά στηρίγματα στη δύσκολη κατάσταση που βιώνει μία χήρα ή ένας χήρος. Αυτό που χρειάζεται είναι κατανόηση και δεκτικότητα στο να ακούσουν πως αισθάνεται ο πενθών. Η προστασία που θεωρείται πως παρέχεται με την μη έκφραση των συναισθημάτων δεν είναι πάντα αποτελεσματική στην προσαρμογή. Δεν μπορούμε να περιμένουμε τα άτομα αυτά να δείξουν συγκεκριμένη συμπεριφορά. Κάθε άνθρωπος βιώνει με διαφορετικό τρόπο κάποια στρεσογόνα γεγονότα, επομένως και την απώλεια συζύγου. Ακόμα, χρειάζεται προσοχή στην παροχή φροντίδας και στήριξης, ώστε να μην νιώθουν βάρος για τους άλλους. Αντίθετα, είναι καλό να ενθαρρύνεται η ενασχόλησή τους με εργασίες και δραστηριότητες, αν αυτό είναι εφικτό. Έτσι, θα αισθάνονται χρήσιμοι και αποδοτικοί, θα ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθησή τους και θα νιώθουν περισσότερη αισιοδοξία.

Ο Γάλλος ποιητής και ιστορικός Alphonse de Lamartine (1790-1869) είχε γράψει: «Κάποιες φορές, όταν ένα άτομο λείπει, όλος ο κόσμος μοιάζει ερημιά». Αξίζει η προσπάθεια όλων, ώστε η υπόλοιπη ζωή των ανθρώπων που έχασαν τον/την σύζυγό τους να μην βιώνεται ως ερημιά.

9. Βιβλιογραφικές αναφορές

9.1 Ξενόγλωσσες

- Anusic, I. & Lucas, R.E. (2014). Do social relationships buffer the effects of widowhood? A prospective study of adaptation to the loss of a spouse. *Journal of Personality*, 82(5), 367-378.
- Bennett, K.M. (2010a). How to achieve resilience as an older widower: turning points or gradual change? *Ageing & Society*, 30(3), 369-382.
- Bennet, K.M. (2010b). “You can’t spend years with someone and just cast them aside”: Augmented identity in older British widows. *Journal of Women & Aging*, 22(3), 204-217.
- Bennett, K.M. (2018). Utilising the ecological model of resilience to understand vulnerability in older widowed. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 211-212.
- Biddle, K.D. Jacobs, H.I.L., Uquillas, F.O., Zide, B.S., Kirn, D.R., Properzi, M.R., Rentz, D.M., Johnson, K.A., Sperling, R.A. & Donovan, N.J. (2020). Associations of widowhood and β -amyloid with cognitive decline in cognitively unimpaired older adults. *JAMA Network Open*, 32(2), e200121.
- Blom, I. (1991). The history of widowhood: a bibliographic overview. *Journal of family history*, 16(2), 191-210.
- Bonnet, C., Gobilon, L. & Laferrere, A. (2010). The effect of widowhood on housing and location choices. *Journal of Housing Economics*, 19(2), 94-108.
- Bookwala, J., Marshall, K.I. & Manning, S.W. (2014). Who needs a friend? Marital status transitions and physical health outcomes in later life. *Health Psychology*, 33(6), 505-515.
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A.-K. & Hallberg, I.R. (2005). Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42(2), 147-158.
- Bourassa, K. J., Knowles, L. M., Sbarra, D. A., & O’Connor, M.-F. (2016). Absent but not gone: Interdependence in couples’ quality of life persists after a partner’s death. *Psychological Science*, 27(2), 270-281.
- Boyle, P.J., Feng, Z. & Raab, G.M. (2011). Does widowhood increase mortality risk? Testing for selection effects by comparing causes of spousal death. *Epidemiology*, 22(1), 1-5.
- Brenn, T. & Ytterstad, E. (2016). Increased risk of death immediately after losing a spouse: cause-specific mortality following widowhood in Norway. *Preventive Medicine*, 89, 251-256.
- Briffault, X., Sapinho, D., Villamaux, M., & Kovess, V. (2007). Factors associated with use of psychotherapy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(2), 165–171.
- Brodbeck, J., Berger, T., Biesold, N., Rockstroh, F. & Znoj, H.J. (2019). Evaluation of a guided internet-based self-help intervention for older adults after spousal bereavement or separation/divorce: a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252, 440-449.
- Brodbeck, J., Berger, T. & Znoj, H.J. (2017). An internet-based self-help intervention for older adults after marital bereavement, separation or divorce: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18 (1), 21.

- Buckley T., Sunari D., Marshall A., Bartrop R., McKinley S. & Tofler G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 129-139.
- Buckley, T., Mihailidou, A.S., Bartrop, R., McKinley, S., Ward, C., Morel-Kopp, M.-C., Spinaze, M. & Tofler, G.H. (2011a). Haemodynamic changes during early bereavement: potential contribution to increased cardiovascular risk. *Heart, Lung, and Circulation*, 20(2), 91-98.
- Buckley, T., Morel-Kopp, M.C., Ward, C., Bartrop, R., McKinley, S., Mihailidou, A.S., Spinaze, M., Chen, W. & Tofler, G. (2011b). Inflammatory and thrombotic changes in early bereavement: a prospective evaluation. *European Journal of Preventive Cardiology*, 19(5), 1145-1152.
- Bui, E., Chad-Friedman, E., Wieman, S., Grasfield, R.H., Rofle, A., Dong, M., Park, E.R. & Denninger, J.W. (2018). Patient and provider perspectives on a mind-body program for grieving older adults. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 35(6), 858-865.
- Burke, W.J., Roccaforte, W.H., Wengel, S.P., Conley, D.M., & Potter, J.F. (1995). The reliability and validity of the Geriatric Depression Rating Scale administered by telephone. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43(6), 674-679.
- Burns, R.A., Browning, C.J. & Kendig, H.L. (2015). Examining the 16-year trajectories of mental health and wellbeing through the transition into widowhood. *International Psychogeriatrics*, 27(12), 1979-1986.
- Carey, I.M., Shah, S.M., DeWilde, S., Harris, T., Victor, C.R. & Cook, D.G. (2014). Increased risk of acute cardiovascular events after partner bereavement: a matched cohort study. *JAMA Internal Medicine*, 174(4), 598-605.
- Carr, D. (2018). Mental health of older widows and widowers: which coping strategies are most protective? *Aging & Mental Health*, 24(2), 291-299.
- Carr, D., Sonnega, J., Nesse, R.M. & House, J.S. (2014). Do special occasions trigger psychological distress among older bereaved spouses? An empirical assessment of clinical wisdom. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 113-122.
- Check J. & Schutt R.K. (2012). Survey research. In: J. Check, R. K. Schutt. (Eds), *Research methods in education* (pp. 159-185). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Chen, Z., Ying, J., Ingles, J., Zhang, D., Rajdhandari-Thapa, J., Wang, R., Emerson, K.G. & Feng, Z. (2020). Gender differential impact of bereavement on health outcomes: evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study, 2011-2015. *BMC Psychiatry*, 20(1), 514.
- Choi, K.H. & Vasunilashorn, S. (2014). Widowhood, age heterogamy, and health: the role of selection, marital quality, and health behaviors. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 123-134.
- Choi, N.G., Ha, J.-H. (2011). Relationship between spouse/partner support and depressive symptoms in older adults: gender difference. *Aging & Mental Health*, 15(3), 307-317.
- Cowan, A. (2000). Review of widowhood in Medieval and Early Modern Europe, (review no, 165) <https://reviews.history.ac.uk/review/165>.
- Damianakis, T. & Marzialli, E. (2012). Older adults' response to the loss of a spouse: the function of spirituality in understanding the grieving process. *Aging & Mental Health*, 16(1), 57-66.

- Davies, N., Crowe, M. & Whitehead, L. (2016). Establishing routines to cope with loneliness associated with widowhood: a narrative analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(8), 532-539.
- DiGiacomo, M., Lewis, J., Nolan, M.T., Phillips, J. & Davidson, P.M. (2013). Health transitions in recently widowed older women: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*, 13(1), 143.
- DiGiacomo, M., Lewis, J., Phillips, J., Nolan, M. & Davidson, P.M. (2015). The business of death: a qualitative study of financial concerns of widowed older women. *BMC Women's Health*, 15(1), 36.
- Elwert, F. & Christakis, N.A. (2008). The effect of widowhood on mortality by the causes of death of both spouses. *American Journal of Public Health*, 98(11), 2092-2098.
- Espinosa, J. & Evans, W.N. (2008). Heightened mortality after the death of a spouse: marriage protection or marriage selection? *Journal of Health Economics*, 27(5), 1326-1342.
- Fagundes, C., Brown, R.L., Chen, M.A., Murdock, K.W., Saucedo, L., LeRoy, A., Wu, E.L., Garcini, L.M., Shahane, A.D., Baameur, F. & Heijnen, C. (2019). Grief, depressive symptoms, and inflammation in the spousally bereaved. *Psychoneuroendocrinology*, 100, 190-197.
- Fiske, A., Kasl-Godley, J. E., & Gatz, M. (1998). Mood Disorders in Late Life. *Comprehensive Clinical Psychology*, 7, 193-229.
- Forbes, H.J., Wong, A.Y.S., Morton, C., Bhaskaran, K., Smeeth, L., Richards, M., Schmidt, S.A.J., Langan, S.M. & Warren-Gash, C. (2019). Partner bereavement and detection of dementia: a UK-based cohort study using routine health data. *Journal of Alzheimer's disease*, 72(2), 653-662.
- Fried, E.I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A.O., Epskamp, S., Tuerlinckx, F., Carr, D. & Stroebe, M. (2015). From loss to loneliness: the relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 256-265.
- Galatzer-Levy, I.R. & Bonnano, G.A. (2012). Beyond normality in the study of bereavement: Heterogeneity in depression outcomes following loss in older adults. *Social Science & Medicine*, 74(12), 1987-1994.
- Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiozidou, E., Mala, D. & Garyfallos, A. (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(4), 371-378.
- Gatz, M., Fiske, A., Fox, L. S., Kaskie, B., Kasl-Godley, J. E., McCallum, T. J., & Wetherell, J. L. (1998). Empirically validated psychological treatments for older adults. *Journal of Mental Health and Aging*, 4(1), 9-46.
- Gavalas, V. (2016). Of widows and widowers: ageing and widowhood in modern Greece. *Journal of Regional Socio-Economic Issues*, 6(2), 5-18.
- Gerritsen, L., Wang, H.-X., Reynolds, C.A., Fratiglioni, L., Gatz, M. & Pedersen, N.L. (2017). Influence of negative life events and widowhood on risk for dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 766-778.
- Ghesquiere, A., Shear, M.K. & Duan, N. (2013). Outcomes of bereavement care among widowed older adults with complicated grief and depression. *Journal of Primary Care and Community Health*, 4(4), 256-264.

- Girgus, J.S., Yang, K. & Ferri, C.V. (2017). The gender difference in depression: are elderly woman at greater risk for depression than elderly men? *Geriatrics*, 2(4), 35.
- Glei, D.A., Goldman, N., Liu, I.-W. & Weinstein, M. (2013). Sex differences in trajectories of depressive symptoms among older Taiwanese: the contribution of selected stressors and social factors. *Aging & Mental Health*, 17(6), 773-783.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O. & Rutter, C., (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197
- Ha, J.-H. (2010). The effects of positive and negative support from children on widowed older adults' psychological adjustment: a longitudinal analysis. *Gerontologist*, 50(4), 471-481.
- Holm, A.L., Berland, A.K., & Severinsson, E. (2019). Factors that influence the health of older widows and widowers- A systematic review of quantitative research. *Nursing Open*, 6(2), 591-611.
- Hunter, V. (1989). The Athenian widow and her kin. *Journal of family history*, 14(4), 291-311.
- Isherwood, L.M., King, D.S. & Luszcz, M.A. (2017). Widowhood in the fourth age: support exchange, relationships and social participation. *Aging & Society*, 37(1), 188-212.
- Jadhav, A. & Weir, D. (2018). Widowhood and depression in a cross-national perspective: evidence from the United States, Europe, Korea, and China. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 73(8), e143-e153.
- Jamadar, C., Melkeri, S.P. & Holkar, A. (2015). Quality of life among widows. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(1), 56-68.
- Jiang, D., Hou, Y., Hao, J., Zhou, J., Jiang, J. & Wang, Q. (2020). Association between personal social capital and loneliness among widowed older people. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5799.
- Jozwiak, N., Preville, M., & Vasiliadis, H.-M. (2013). Bereavement-related depression in the older adult population: A distinct disorder? *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 1083–1089.
- Karimi, M. & Brazier, J. (2016). Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference? *Pharmacoeconomics*, 34(7), 645-649.
- Kennaugh, R., Byles, J. & Tavenor, M. (2016). Beyond widowhood: Do prior discovered themes that describe the experiences of older Australian widowed women persist over time? *Women & Health*, 56(7), 827-842.
- Khanfer, R., Lord, J.M. & Phillips, A.C. (2011). Neutrophil function and cortisol:DHEAS ratio in bereaved older adults. *Brain, Behavior, and Immunity*, 25(6), 1182-1186.
- King, B.M., Carr, D.C. & Taylor, M.G. (2019). Depressive symptoms and the buffering effect of resilience on widowhood by gender. *Gerontologist*, 59(6), 1122-1130.
- Kristiansen, C.B., Kjaer, J.N., Hjorth, P., Andersen, K. & Prina, A.M. (2019a). Prevalence of common mental disorders in widowhood: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 1016-1023.
- Kristiansen, C.B., Kjaer, J.N., Hjorth, P., Andersen, K. & Prina, A.M. (2019b). The association of time since spousal loss and depression in widowhood: a systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 781-792.

- Lee, G.R. (2014). Current research on widowhood: devastation and human resilience. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 2-3.
- Lee, M.-A. & Carr, D. (2007). Does the context of spousal loss affect the physical functioning of older widowed persons? A longitudinal analysis. *Research on Aging*, 29(5), 457-487.
- Lee, Y., Chi, I. & Palinkas, L.A. (2019). Widowhood, leisure activity engagement, and cognitive function among older adults. *Aging & Mental Health*, 23(6), 771-780.
- LeRoy, A.S., Knee, C.R., Derrick, J.L. & Fagundes, C.P. (2019). Implications for reward processing in differential responses to loss: impacts on attachment hierarchy reorganization. *Personality and Social Psychology Review*, 23(4), 391-405.
- Li, C.-S., Lee, J.H., Liu, C.-C., Chan, Y.-L., Wen, C., Chiu, M.-L., Tsai, M.K., Tsai, S.P., Wai, J.P.M., Tsao, C.K., Wu, X. & Wen, C.P. (2016). Physical activity to overcome the adversity of widowhood. Benefits beyond physical health. *Medicine*, 95(32), e4413.
- Lin, I.-F., Brown, S.L., Wright, M.R. & Hammersmith, A.M. (2019). Depressive symptoms following later-life marital dissolution and subsequent repartnering. *Journal of Health and Social Behavior*, 60(2), 153-168.
- Liu, H., Zhang, Z., Choi, S.-W. & Langa, K.M. (2020). Marital status and dementia: evidence from the Health and Retirement Study. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 75(8), 1783-1795.
- Lloyd-Sherlock, P., Corso, B. & Minicuci, N. (2015). Widowhood, socio-economic status, health and wellbeing in low and middle-income countries. *The Journal of development studies*, 51(10), 1374-1388.
- Lopez Doblas, J. & Diaz Conde, M del P. (2018). Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 53(3), 128-133.
- Lopez, J., Camilli, C. & Noriega, C. (2015). Posttraumatic growth in widowed and non-widowed older adults: religiosity and sense of coherence. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1612-1628.
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2018). Long-term Care, Ageing and Gender in the Greek crisis. GreeSE – Hellenic Observatory Papers on Greece and Southeast Europe 128, Hellenic Observatory, LSE.
- McGinn, T. (1999). Widows, orphans, and social history. *Journal of Roman archaeology*, 12, 617-632.
- Megari, K. (2013). Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychology Research*, 1(3), e27
- Merz, E.-M. & Gierveld, J.J. (2016). Childhood memories, family ties, sibling support and loneliness in ever-widowed older adults: quantitative and qualitative results. *Ageing & Society*, 36(3), 534-561.
- Moller, J., Bjorkenstam, E., Ljung, R. & Yngwe, M.A. (2011). Widowhood and the risk of psychiatric care, psychotropic medication and all-cause mortality: a cohort study of 658,022 elderly people in Sweden. *Aging & Mental Health*, 15(2), 259-266.
- Monserud, M.A. & Markides, K.S. (2017). Changes in depressive symptoms during widowhood among older Mexican Americans: the role of financial strain, social support, and church attendance. *Aging & Mental Health*, 21(6), 586-594.

- Moon, J.R., Glymour, M.M., Vable, A.M., Liu, S.Y. & Subramanian, S.V. (2014). Short-and long-term associations between widowhood and mortality in the United States: longitudinal analyses. *Journal of Public Health (Oxf)*, 36(3), 382-389.
- Moss, M.S. & Moss, S.Z. (2014). Widowhood in old age: viewed in a family context. *Journal of Aging Studies*, 29, 98-106.
- Mougias, A., Politis, A., Mougias, M., Beratis, I., Skapinakis, P., Armata, C. & Mavreas, V. (2017). Assessing depression in Greek dementia patients: Which scale to use? *Psychiatriki*, 28(3), 203-210.
- Naef, R., Ward, R., Mahrer-Imhof, B. & Grande, G. (2013). Characteristics of the bereavement experience of older persons after spousal loss: an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 50(8), 1108-1121.
- Nakagomi, A., Koichiro, S., Hanazato, M., Kondo, K., & Kawachi, I. (2020). Does community-level social capital mitigate the impact of widowhood & living alone on depressive symptoms? A prospective, multi-level study. *Social Science & Medicine*, 113140.
- Nseir, S. & Larkey, L.K. (2013). Interventions for spousal bereavement in the older adult: an evidence review. *Death Studies*, 37(6), 495-512.
- Oh, D.H., Park, J.H., Lee, H.Y., Kim, S.A., Choi, B.Y. & Nam, J.H. (2014). Association between living arrangements and depressive symptoms among older women and men in South Korea. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(1), 133-141.
- Onrust, S.A. & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging & Mental Health*, 10(4), 327-334.
- Park, S.J., Jeon, H.J., Kim, J.Y., Kim, S., & Roh, S. (2014). Sociodemographic factors associated with the use of mental health services in depressed adults: results from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES). *BMC Health Services Research*, 14(1), 645.
- Perrig-Chiello P. (2019) Widowhood. In: Gu, D., Dupre, M. (eds) Encyclopedia of Gerontology and Population Aging. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-69892-2_330-1
- Pfaff, M.K., Zarotney, J.R. & Monk, T.H. (2014). Can a function-based therapy for spousally bereaved seniors accrue benefits in both functional and emotional domains? *Death Studies*, 38(6), 381-386.
- Recksiedler, C. & Stawski, R.S. (2019). Marital transitions and depressive symptoms among older adults: examining educational differences. *Gerontology*, 65(4), 407-418.
- Roelfs, D.J., Shor, E., Curreli, M., Clemow, L., Burg, M.M. & Schwartz, J.E. (2012). Widowhood and mortality: a meta-analysis and meta-regression. *Demography*, 49(2), 575-606.
- Rudaz, M., Ledermann, T. & Grzywacz, J.G. (2020). The role of private religious practices, spiritual mindfulness, and years since loss on perceived growth in widowed adults. *Journal of Religious and Health*, 59(6), 2819-2832.
- Russell, D. & Taylor, J. (2009). Living alone and depressive symptoms: the influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(1), 95-104.

Ryckebosch-Dayez, A.-S., Zech, E., Mac Cord, J. & Taverne, C. (2016). Daily life stressors and coping strategies during widowhood: a diary study after one year of bereavement. *Death Studies*, 40(8), 461-478.

Sasson, I. & Umberson, D.J. (2014). Widowhood and depression: new light on gender differences, selection, and psychological adjustment. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 135-145.

Schmidt, S.A.J., Vestergaard, M., Pedersen, H.S., Schønheyder, H.C., Thomas, S.L., Smeeth, L., Mansfield, K.E., Sørensen, H.T., Forbes, H.J. & Langan, S.M. (2017). Partner bereavement and risk of herpes zoster: results from two population-based case-control studies in Denmark and the United Kingdom. *Clinical Infectious Diseases*, 64(5), 572-579.

Seematter-Bagnoud, L., Karmaniola, A. & Santos-Eggimann, B. (2010). Adverse life events among community-dwelling persons aged 65-70 years: gender differences in occurrence and perceived psychological consequences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(1), 9-16.

Shah, S.M., Carey, I.M., DeWilde, S., Harris, T., Victor, C.R. & Cook, D.G. (2016). The mental health and mortality impact of death of a partner with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(8), 929-937.

Shah, S.M., Carey, I.M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C.R. & Cook, D.G. (2012). Do good health and marital circumstances protect older people from the increased risk of death after bereavement? *American Journal of Epidemiology*, 176(8), 689-698.

Shah, S.M., Carey, I.M., Harris, T., DeWilde, S., Victor, C.R. & Cook, D.G. (2013). Impact of partner bereavement on quality of cardiovascular disease management. *Circulation*, 128(25), 2745-2753.

Shin, S.H., Kim, G. & Park, S. (2018). Widowhood status as a risk factor for cognitive decline among older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(7), 778-787.

Siflinger, B. (2017). The effect of widowhood on mental health- an analysis of anticipation patterns surrounding the death of a spouse. *Health Economics*, 26(12), 1505-1523.

Sikorski, C., Lupp, M., Heser, K., Ernst, A., Lange, C., Werle, J., Bickel, H., Mosch, E., Wiese, B., Prokein, J., Fuchs, A., Pentzek, M., König, H.-H., Brettschneider, C., Scherer, M., Maier, W., Weyerer, S., Riedel-Heller, S.G. & AgeCode Study Group. (2014). The role of spousal loss in the development of depressive symptoms in the elderly- implications for diagnostic systems, *Journal of Affective Disorders*, 161, 97-103.

Singleton R.A. & Straits B.C. (2009). *Approaches to social research*. New York: Oxford University Press.

Sivertsen, H., Bjørkløf, G. H., Engedal, K., Selbæk, G., & Helvik, A.-S. (2015). Depression and quality of life in older persons: A review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40(5-6), 311-339.

Soulsby, L.K. & Bennett, K.M. (2017). Widowhood in late life. *Encyclopedia of Geropsychology*, 2468-2475.

Sovariova Soosova, M. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), 484-493.

Spahni, S., Morselli, D., Perrig-Chiello, P. & Bennett, K.M. (2015). Patterns of psychological adaptation to spousal bereavement in old age. *Gerontology*, 61(5), 456-468.

- Stahl, S.T. & Schulz, R. (2014). Changes in routine health behaviors following late-life bereavement: a systematic review. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(4), 736-755.
- Subramanian, S.V., Elwert, F. & Christakis, N. (2008). Widowhood and mortality among the elderly: the modifying role of neighborhood concentration of widowed individuals. *Social Science & Medicine*, 66(4), 873-884.
- Sullivan, A.R. & Fenelon, A. (2014). Patterns of widowhood mortality. *The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69B(1), 53-62.
- Sun, P., Smith, A.S., Lei, K., Liu, Y. & Wang, Z. (2014). Breaking bonds in male prairie vole: long-term effects on emotional and social behavior, physiology, and neurochemistry. *Behavioural Brain Research*, 265, 22-31.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Theofilou, P. (2013). Quality of life: definition and measurement. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou D. & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of exercise*, 6(2), 13-28.
- Tothova, V., Bartlova, S., Dolak, F., Kaas, J., Kimmer, D., Manhalova, J., Martinek, L. & Olisarova, V. (2014). Quality of life in patients with chronic diseases. *Neuroendocrinology Letters*, 35(Suppl. 1), 11-18.
- Trias-Llimos, S., Muszynska, M.M., Camara, A.D. & Janssen, F. (2017). Smoking cessation among European older adults: the contributions of marital and employment transitions by gender. *European Journal of Ageing*, 14(2), 189-198.
- Utz, R.L., Caserta, M. & Lund, D. (2012). Grief, depressive symptoms, and physical health among recently bereaved spouses. *Gerontologist*, 52(4), 460-471.
- Vable, A.M., Subramanian, S.V., Rist, P.M. & Glymour, M.M. (2015). Does the "widowhood effect" precede spousal bereavement? Results from a nationally representative sample of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 283-292.
- Vala, C.H., Lorentzon, M., Sundh, V., Johansson, H., Lewerin, C., Sten, S., Karlsson, M., Ohlsson, C., Johansson, B., Kanis, J.A. & Mellstrom, D. (2020). Increased risk for hip fracture after death of a spouse- further support for bereavement frailty? *Osteoporosis International*, 31(3), 485-492.
- Van Boekel, L.C., Cloin, J.C.M., & Luijkx, K.G. (2021). Community-dwelling and recently widowed older adults: Effects of spousal loss on psychological well-being, perceived quality of life, and health-care costs. *The International Journal of Aging and Human Development*, 92(1), 65-82.
- Van de Velde, S., Bracke, P. & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71(2), 305-213.
- Van den Berg, G.J., Lindeboom, M. & Portrait, F. (2011). Conjugal bereavement effects on health and mortality at advanced ages. *Journal of Health Economics*, 30(4), 774-794.

- Van Velsen, L., Cabrita, M., den Akker, H., Brandl, L., Isaac, J., Suarez, M., Gouveia, A., de Sousa, R.D., Rodrigues, A.M., Canhao, H., Evans, N., Blok, M., Alcobia, C. & Brodbeck, J. (2020). LEAVES (optimizing the mental health and resilience of older adults that have lost their spouse via blended, online therapy): proposal for an online service development and evaluation. *JMIR Research Protocols*, 9(9), e19344.
- Vasilopoulos, A., Marinou, S., Rammou, M., Sotiropoulou, P., Roupas, Z. & Siamaga, E. (2018). A research on anxiety and depression of the elderly in the community. *Hellenic Journal of Nursing Science*, 11(3), 59-66.
- Ware, J.E.Jr. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
- Watson, L.C., Lewis, C.L., Kistler, C.E., Amick, H.R., & Boustani, M. (2004). Can we trust depression screening instruments in healthy “old-old” adults? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(3), 278–285.
- Wong, A.Y.S., Frøslev, T., Dearing, L., Forbes, H.J., Mulick, A., Mansfield, K.E., Silverwood, R.J., Kjaersgaard, A., Sørensen, H.T., Smeeth, L., Lewin, A., Schmidt, S.A.J. & Langan, S.M. (2020a). The association between partner bereavement and melanoma: cohort studies in the U.K. and Denmark. *The British Journal of Dermatology*, 183(4), 673-683.
- Wong, A.Y.S., Frøslev, T., Forbes, H.J., Kjaersgaard, A., Mulick, A., Mansfield, K., Silverwood, R.J., Sørensen, H.T., Smeeth, L., Schmidt, S.A.J., & Langan, S.M. (2020b). Partner bereavement and risk of psoriasis and atopic eczema: cohort studies in the U.K. and Denmark. *The British Journal of Dermatology*, 183(2), 321-331.
- Zhang, Z., Li, L.W., Xu, H. & Liu, J. (2019). Does widowhood affect cognitive function among Chinese older adults? *SSM Population Health*, 7, 100329.
- Zhou, J. & Hearst, N. (2016). Health-related quality of life of among elders in rural China: the effect of widowhood. *Quality of Life Research*, 25(12), 3087-3095.

9.2. Ελληνικές

- Γούλα, Α., Πιερράκος, Γ., Λατσού, Δ., Βάθη, Α., Λιβάνη, Ε., Ξαγοράκη, Μ. & Λούκας, Θ. (2018). Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(5), 623-632.
- Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ. & Αλεξιάς, Γ. (2008). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Από την θεωρία στην πράξη. *Info Respiratory & Internal Medicine*, 49, 31-41.
- Διαλέτη, Α., Πλακωτός Γ. & Πούπου, Α. (2015). Καθημερινότητα, ταυτότητες και τα όρια του επιτρεπτού: ιδιωτικός και δημόσιος βίος. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Διαλέτη, Α., Πλακωτός, Γ., Πούπου, Α. 2015. *Ιστορία της Βενετίας και της βενετικής αυτοκρατορίας, 11ος-18ος αι.* [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 6. Ανακτήθηκε 8 Ιανουαρίου, 2021 από: <http://hdl.handle.net/11419/1860>.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. Δημογραφικά χαρακτηριστικά/2011. Διαθέσιμα στον σύνδεσμο: <https://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/2011>.

Καρανικόλα, Ε.Κ., Δημόπουλος, Ε.Χ., Νιάκας, Δ.Α. & Αλετράς, Β.Ο. (2018). Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(2), 220-229.

Μεχίλι, Ε.-Α., Καϊτελίδου, Δ., Καλοκαιρινού, Α., Γαλάνης, Π. & Διομήδους, Μ. (2015). Διερεύνηση της συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων με την ποιότητα ζωής των κατοίκων της Αττικής στην περίοδο της οικονομικής κρίσης. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 8(3), 29-41.

Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε. & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 239-253.

Σιούτη, Ζ. & Κουγιουμτζής, Γ. (2019). Διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Στο Γ. Κουγιουμτζής (Επιμ.), *Ψυχολογία και συμβουλευτική ύστερης ενήλικης ζωής-τρίτης ηλικίας*, Αθήνα: Εκδόσεις Γρηγόρη.

Στασινοπούλου, Φ., Χλέτσος, Μ., Μάλλη, Φ. & Μέντης, Ε. (2019). Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 11(3), 1-13.

Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής, Μ. (2001). Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(3), 218-229.

10. Παραρτήματα

10.1. Πίνακας 1 Στατιστικής Ανάλυσης

Πίνακας 1

Multiple Comparisons							
Bonferroni							
	(I) 11. Χρόνια που έχουν περάσει από τον θάνατο του/της συζύγου σας:	(J) 11. Χρόνια που έχουν περάσει από τον θάνατο του/της συζύγου σας:	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
Dependent Variable						Lower Bound	Upper Bound
Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψη (GDS)	1-5	6-10	2,97199	2,37959	1,000	-3,9108	9,8548
		11-15	4,67787	2,37959	,530	-2,2050	11,5607
		16-20	-,38095	2,80230	1,000	-8,4865	7,7246
		>20	-3,38095	2,46570	1,000	-	3,7510
	10,5129						
	6-10	1-5	-2,97199	2,37959	1,000	-9,8548	3,9108
		11-15	1,70588	2,50169	1,000	-5,5301	8,9419
		16-20	-3,35294	2,90671	1,000	-	5,0546
						11,7604	
	>20	-6,35294	2,58374	,162	-	1,1204	
					13,8263		
	11-15	1-5	-4,67787	2,37959	,530	-	2,2050
						11,5607	
		6-10	-1,70588	2,50169	1,000	-8,9419	5,5301
		16-20	-5,05882	2,90671	,859	-	3,3487
					13,4663		
	>20	-8,05882*	2,58374	,026	-	-,5855	
					15,5322		
	16-20	1-5	,38095	2,80230	1,000	-7,7246	8,4865
		6-10	3,35294	2,90671	1,000	-5,0546	11,7604
		11-15	5,05882	2,90671	,859	-3,3487	13,4663
		>20	-3,00000	2,97761	1,000	-	5,6126
					11,6126		
	>20	1-5	3,38095	2,46570	1,000	-3,7510	10,5129
		6-10	6,35294	2,58374	,162	-1,1204	13,8263
		11-15	8,05882*	2,58374	,026	-,5855	15,5322

Κλίμακα Γενικής Υγείας (GHQ)	1-5	6-10	2,89916	2,79856	1,000	-5,1955	10,9939		
		11-15	6,66387	2,79856	,198	-1,4308	14,7586		
		16-20	1,42857	3,29571	1,000	-8,1041	10,9612		
		>20	-4,57143	2,89984	1,000	-	3,8162		
		12,9591							
	6-10	1-5	-2,89916	2,79856	1,000	-	5,1955		
			10,9939						
			11-15	3,76471	2,94217	1,000	-4,7454	12,2748	
			16-20	-1,47059	3,41849	1,000	-	8,4172	
		11,3584							
		>20	-7,47059	3,03866	,163	-	1,3186		
		16,2598							
		11-15	1-5	-6,66387	2,79856	,198	-	1,4308	
				14,7586					
				6-10	-3,76471	2,94217	1,000	-	4,7454
	12,2748								
	16-20		-5,23529	3,41849	1,000	-	4,6525		
	15,1231								
		>20	-	3,03866	,004	-	-2,4461		
		11,23529*							
20,0245									
16-20		1-5	-1,42857	3,29571	1,000	-	8,1041		
			10,9612						
	6-10		1,47059	3,41849	1,000	-8,4172	11,3584		
	11-15		5,23529	3,41849	1,000	-4,6525	15,1231		
	>20	-6,00000	3,50188	,908	-	4,1290			
16,1290									
>20	1-5	4,57143	2,89984	1,000	-3,8162	12,9591			
		6-10	7,47059	3,03866	,163	-1,3186	16,2598		
		11-15	11,23529*	3,03866	,004	2,4461	20,0245		
		16-20	6,00000	3,50188	,908	-4,1290	16,1290		
Σωματικός Ρόλος	1-5	6-10	-10,75630	9,27617	1,000	-	16,0746		
		37,5872							
		11-15	-14,57983	9,27617	1,000	-	12,2510		
		41,4107							
		16-20	3,71429	10,92401	1,000	-	35,3114		
27,8829									
>20		18,38095	9,61185	,597	-9,4208	46,1827			
6-10	1-5	10,75630	9,27617	1,000	-	37,5872			
		16,0746							

		11-15	-3,82353	9,75217	1,000	-	24,3841
							32,0312
		16-20	14,47059	11,33100	1,000	-	47,2449
							18,3038
		>20	29,13725 ⁺	10,07200	,050	,0045	58,2700
11-15		1-5	14,57983	9,27617	1,000	-	41,4107
							12,2510
		6-10	3,82353	9,75217	1,000	-	32,0312
							24,3841
		16-20	18,29412	11,33100	1,000	-	51,0685
							14,4802
		>20	32,96078 ⁺	10,07200	,016	3,8280	62,0935
16-20		1-5	-3,71429	10,92401	1,000	-	27,8829
							35,3114
		6-10	-14,47059	11,33100	1,000	-	18,3038
							47,2449
		11-15	-18,29412	11,33100	1,000	-	14,4802
							51,0685
		>20	14,66667	11,60741	1,000	-	48,2405
							18,9072
>20		1-5	-18,38095	9,61185	,597	-	9,4208
							46,1827
		6-10	-	10,07200	,050	-	-,0045
			29,13725 ⁺				58,2700
		11-15	-	10,07200	,016	-	-3,8280
			32,96078 ⁺				62,0935
		16-20	-14,66667	11,60741	1,000	-	18,9072
							48,2405
Συνολική φυσική υγεία	1-5	6-10	-11,12378	8,36385	1,000	-	13,0682
							35,3158
		11-15	-10,19941	8,36385	1,000	-	13,9926
							34,3914
		16-20	,19274	9,84962	1,000	-	28,6823
							28,2968
		>20	14,43084	8,66651	1,000	-	39,4983
							10,6366
6-10		1-5	11,12378	8,36385	1,000	-	35,3158
							13,0682
		11-15	,92437	8,79304	1,000	-	26,3578
							24,5090
		16-20	11,31653	10,21658	1,000	-	40,8675
							18,2344

		>20	25,55462	9,08141	,062	-,7129	51,8221
11-15	1-5		10,19941	8,36385	1,000	-	34,3914
						13,9926	
	6-10		-,92437	8,79304	1,000	-	24,5090
						26,3578	
	16-20		10,39216	10,21658	1,000	-	39,9431
						19,1588	
	>20		24,63025	9,08141	,083	-1,6373	50,8978
16-20	1-5		-,19274	9,84962	1,000	-	28,2968
						28,6823	
	6-10		-11,31653	10,21658	1,000	-	18,2344
						40,8675	
	11-15		-10,39216	10,21658	1,000	-	19,1588
						39,9431	
	>20		14,23810	10,46581	1,000	-	44,5099
						16,0337	
>20	1-5		-14,43084	8,66651	1,000	-	10,6386
						39,4983	
	6-10		-25,55462	9,08141	,062	-	,7129
						51,8221	
	11-15		-24,63025	9,08141	,083	-	1,6373
						50,8978	
	16-20		-14,23810	10,46581	1,000	-	16,0337
						44,5099	
Ζωπικότητα	1-5	6-10	-9,22619	7,12776	1,000	-	11,3905
						29,8429	
		11-15	-9,63796	7,12776	1,000	-	10,9787
						30,2547	
		16-20	-4,97619	8,39396	1,000	-	19,3029
						29,2553	
		>20	11,77381	7,38570	1,000	-9,5890	33,1366
6-10	1-5		9,22619	7,12776	1,000	-	29,8429
						11,3905	
		11-15	-,41176	7,49352	1,000	-	21,2629
						22,0884	
		16-20	4,25000	8,70869	1,000	-	29,4337
						20,9337	
		>20	21,00000	7,73928	,083	-1,3855	43,3855
11-15	1-5		9,63796	7,12776	1,000	-	30,2547
						10,9787	
		6-10	,41176	7,49352	1,000	-	22,0884
						21,2629	

		16-20	4,66176	8,70669	1,000	-	29,8454
							20,5219
		>20	21,41176	7,73928	,071	-,9737	43,7972
16-20		1-5	4,97619	8,39396	1,000	-	29,2553
							19,3029
		6-10	-4,25000	8,70669	1,000	-	20,9337
							29,4337
		11-15	-4,66176	8,70669	1,000	-	20,5219
							29,8454
		>20	16,75000	8,91908	,643	-9,0480	42,5480
>20		1-5	-11,77381	7,38570	1,000	-	9,5890
							33,1366
		6-10	-21,00000	7,73928	,083	-	1,3855
							43,3855
		11-15	-21,41176	7,73928	,071	-	,9737
							43,7972
		16-20	-16,75000	8,91908	,643	-	9,0480
							42,5480
Συναισθηματικός ρόλος	1-5	6-10	-14,37908	13,16627	1,000	-	23,7037
							52,4619
		11-15	-16,33987	13,16627	1,000	-	21,7429
							54,4226
		16-20	11,11111	15,50516	1,000	-	55,9590
							33,7368
		>20	26,66667	13,64272	,544	-	66,1276
							12,7942
	6-10	1-5	14,37908	13,16627	1,000	-	52,4619
							23,7037
		11-15	-1,96078	13,84190	1,000	-	38,0762
							41,9978
		16-20	25,49020	16,08283	1,000	-	72,0090
							21,0286
		>20	41,04575	14,29585	,053	-,3043	82,3958
	11-15	1-5	16,33987	13,16627	1,000	-	54,4226
							21,7429
		6-10	1,96078	13,84190	1,000	-	41,9978
							38,0762
		16-20	27,45098	16,08283	,920	-	73,9698
							19,0678
		>20	43,00654	14,29585	,036	1,6565	84,3566
	16-20	1-5	-11,11111	15,50516	1,000	-	33,7368
							55,9590

		6-10	-25,49020	16,08283	1,000	-	21,0286
							72,0090
		11-15	-27,45098	16,08283	,920	-	19,0678
							73,9698
		>20	15,55556	16,47515	1,000	-	63,2091
							32,0980
Συνολική ψυχική υγεία	>20	1-5	-26,66667	13,64272	,544	-	12,7942
							66,1276
		6-10	-41,04575	14,29585	,053	-	,3043
							82,3958
	11-15		-	14,29585	,036	-	-1,6565
			43,00654 [†]				84,3566
	16-20		-15,55556	16,47515	1,000	-	32,0980
							63,2091
Συνολική ψυχική υγεία	1-5	6-10	-7,86315	5,99889	1,000	-	9,4883
							25,2146
		11-15	-8,78331	5,99889	1,000	-	8,5682
							26,1348
	16-20		5,22551	7,06454	1,000	-	25,6594
							15,2083
	>20		12,02313	6,21597	,569	-5,9583	30,0025
	6-10	1-5	7,86315	5,99889	1,000	-9,4883	25,2146
		11-15	-,92017	6,30672	1,000	-	17,3217
							19,1620
	16-20		13,08886	7,32775	,781	-8,1065	34,2838
	>20		19,88627 [†]	6,51355	,031	1,0462	38,7264
	11-15	1-5	8,78331	5,99889	1,000	-8,5682	26,1348
		6-10	,92017	6,30672	1,000	-	19,1620
							17,3217
	16-20		14,00882	7,32775	,597	-7,1863	35,2040
	>20		20,80644 [†]	6,51355	,021	1,9663	39,6466
	16-20	1-5	-5,22551	7,06454	1,000	-	15,2083
							25,6594
		6-10	-13,08886	7,32775	,781	-	8,1065
							34,2838
		11-15	-14,00882	7,32775	,597	-	7,1863
							35,2040
		>20	6,79762	7,50650	1,000	-	28,5098
							14,9145

>20	1-5	-12,02313	6,21597	,569	-	5,9563
					30,0025	
	6-10	-	6,51355	,031	-	-1,0462
		19,88627*			38,7264	
	11-15	-	6,51355	,021	-	-1,9663
		20,80644*			39,6466	
	16-20	-6,79762	7,50650	1,000	-	14,9145
					28,5098	

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

10.2. Ενημερωτικό Σημείωμα

Ενημερωτικό σημείωμα

Ονομάζομαι Μαρία Θεοδωροπούλου και είμαι μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο. Στο πλαίσιο συγγραφής της διπλωματικής μου εργασίας διεξάγω έρευνα για την επίδραση που έχει η απώλεια συζύγου στην υγεία και στην ποιότητα ζωής των απόμων τρίτης ηλικίας. Γι' αυτόν τον λόγο, σας παρακαλώ να αφιερώσετε λίγο από τον χρόνο σας, προκειμένου να συμπληρώσετε τα παρακάτω ερωτηματολόγια.

Τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα. Θα τηρηθεί απόλυτη εμπιστευτικότητα ως προς τις απαντήσεις σας και τούτες θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της συγκεκριμένης μελέτης.

Προσπαθήστε να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις και να επιλέξετε εκείνες που ταιριάζουν καλύτερα σε εσάς.

Ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή και τη συνεργασία σας!

10.3. Ερωτηματολόγιο SF - 36

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ SF-36

- Γενικά, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:
(κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για εσάς)
Εξαιρετική 1
Πολύ καλή 2
Καλή 3
Μέτρια 4
Κακή 5
- Σε σύγκριση με έναν χρόνο πριν, πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας τώρα;
(κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για εσάς)
Πολύ καλύτερη τώρα απ' ότι έναν χρόνο πριν..... 1
Κάπως καλύτερη τώρα απ' ότι έναν χρόνο πριν..... 2
Περίπου η ίδια με έναν χρόνο πριν..... 3
Κάπως χειρότερη τώρα απ' ότι έναν χρόνο πριν..... 4
Πολύ χειρότερη τώρα απ' ότι έναν χρόνο πριν..... 5
- Παρακάτω αναφέρονται μια σειρά από δραστηριότητες που μπορούν να εκτελεστούν κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Η τωρινή κατάσταση της υγείας σας, σας περιορίζει σε αυτές τις δραστηριότητες. Εάν ναι, πόσο;
(βάλτε X ή ✓ σε ένα τετράγωνο σε κάθε σειρά)

ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ	Ναι, με περιορίζει πολύ	Ναι, με περιορίζει λίγο	Όχι, δεν με περιορίζει καθόλου
Έντονες δραστηριότητες, όπως τρέξιμο, άρση <u>βαρέων</u> αντικειμένων			
Μέτριας έντασης δραστηριότητες, όπως μετακίνηση ενός τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας			
Άρση ή μεταφορά αγαθών από την αγορά (ψώνια)			
Ανέβασμα σειρών από σκαλοπάτια			

Ανέβασμα μιας σειράς από σκαλοπάτια			
Γονάτισμα ή σκύψιμο, λύγισμα του σώματος			
Περπάτημα 1,5 χιλιομέτρου περίπου			
Περπάτημα μερικών εκατοντάδων μέτρων			
Περπάτημα εκατό μέτρων			
Μπάνιο, ένδυση			

4. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα της κατάστασης της σωματικής σας υγείας;

(βάλτε X ή ✓ στο ΝΑΙ ή στο ΟΧΙ σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μειώσατε τον χρόνο που ξοδεύετε συνήθως στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε		
Περιορίσατε το είδος της δουλειάς ή άλλων δραστηριοτήτων σας		
Δυσκολευτήκατε στο να εκτελέσετε την εργασία σας ή άλλες δραστηριότητες (π.χ. καταβάλατε μεγαλύτερη προσπάθεια)		

5. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες είχατε κάποιο από τα παρακάτω προβλήματα στη δουλειά σας ή σε άλλη συνηθισμένη καθημερινή δραστηριότητα, ως αποτέλεσμα οποιοουδήποτε συναισθηματικού προβλήματος (π.χ. επειδή νιώσατε μελαγχολία ή άγχος);

(βάλτε X ή ✓ στο ΝΑΙ ή στο ΟΧΙ σε κάθε σειρά)

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Μειώσατε τον χρόνο που ξοδεύετε συνήθως στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες		
Καταφέρατε λιγότερα από όσα θα θέλατε		
Κάνατε τη δουλειά σας ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως		

6. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες σε ποιο βαθμό επηρέασε η κατάσταση της σωματικής υγείας σας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα τις συνηθισμένες κοινωνικές σας δραστηριότητες με την οικογένεια, τους φίλους, τους γείτονες σας ή άλλες κοινωνικές ομάδες;

(κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για εσάς)

Καθόλου	1
Ελάχιστα	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

7. Πόσο σωματικό πόνο νιώσατε τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

(κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για εσάς)

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

8. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσο επηρέασε ο πόνος τη συνηθισμένη εργασία σας (τόσο την εργασία έξω από το σπίτι, όσο και μέσα σε αυτό);

(κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για εσάς)

Καθόλου	1
Λίγο	2
Μέτρια	3
Αρκετά	4
Πάρα πολύ	5

9. Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθανθήκατε και στο πως ήταν η διάθεσή σας τις τελευταίες 4 εβδομάδες. Για κάθε ερώτηση, δώστε εκείνη την απάντηση που πλησιάζει περισσότερο σε ό,τι αισθανθήκατε. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα...

(βάλτε X ή ✓ σε ένα τετράγωνο σε κάθε σειρά)

	Συνεχώς	Τον περισσότερο καιρό	Σημαντικό χρονικό διάστημα	Μερικές φορές	Λίγες φορές	Καθόλου
Αισθανθήκατε γεμάτος/η ζωντάνια;						
Είχατε πολύ εκνευρισμό;						
Νιώσατε τόσο άσχημα ψυχολογικά που δεν μπορούσε να σας φτιάξει το κέφι;						
Αισθανθήκατε ηρεμία και γαλήνη;						
Είχατε πολλή ζωντάνια/ενεργητικότητα;						
Νιώσατε κακοκεφιά και μελαγχολία;						
Αισθανθήκατε εξαντλημένος/η;						
Αισθανθήκατε ευτυχισμένος/η;						
Αισθανθήκατε κουρασμένος/η;						

10. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες, για πόσο χρονικό διάστημα η κατάσταση της σωματικής υγείας σας ή κάποια συναισθηματικά προβλήματα επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες (π.χ. επίσκεψη σε φίλους, συγγενείς κ.τ.λ.)

(κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που ισχύει για εσάς)

Συνέχεια 1
 Τον περισσότερο καιρό 2
 Μερικές φορές 3
 Λίγες φορές 4
 Καθόλου 5

11. Πόσο ΑΛΗΘΕΙΣ ή ΨΕΥΔΕΙΣ είναι στη δική σας περίπτωση οι παρακάτω προτάσεις;

(βάλτε Χ ή ✓ σε ένα τετράγωνο σε κάθε σειρά)

	Εντελώς αλήθεια	Κυρίως αλήθεια	Δεν γνωρίζω	Κυρίως ψέμα	Εντελώς ψέμα
Φαίνεται ότι αρρωσταίνω λίγο πιο εύκολα από άλλους ανθρώπους					
Είμαι τόσο υγιής όσο όλοι οι γνωστοί μου					
Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει					
Η υγεία μου είναι εξαιρετική					

10.4. Ερωτηματολόγιο GHQ - 30

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ GHQ-30

Οδηγίες: Σημειώστε με ☒ ή ☐ το πλαίσιο που περιγράφει καλύτερα την απάντησή σας.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

1. Τα καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε οτιδήποτε κάνετε;

Καλύτερα απ' ότι συνήθως	☐	Το ίδιο όπως συνήθως	☐	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐
-----------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

2. Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές, επειδή ήσασταν ανήσυχος/η;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

3. Έχετε περάσει ανήσυχες και ταραγμένες νύχτες;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

4. Έχετε καταφέρει να είστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Το ίδιο όπως συνήθως	☐	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐
--------------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

5. Βγαίνετε από το σπίτι σας όπως συνήθως;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Το ίδιο όπως συνήθως	☐	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐
--------------------------------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

6. Τα καταφέρνετε τόσο καλά όσο θα τα κατάφερναν οι περισσότεροι άνθρωποι αν ήταν στη θέση σας;

Καλύτερα από τους περισσότερους	☐	Περίπου το ίδιο	☐	Μάλλον όχι τόσο καλά	☐	Πολύ χειρότερα	☐
------------------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	----------------	--------------------------

7. Έχετε αισθανθεί πως, σε γενικές γραμμές, τα καταφέρνετε καλά;

Καλύτερα απ' ότι συνήθως	☐	Περίπου το ίδιο	☐	Χειρότερα απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως	☐
-----------------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------

8. Είστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείτε τις δουλειές σας;

Περισσότερο ικανοποιημένος/η	☐	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	☐	Λιγότερο ικανοποιημένος/η	☐	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η	☐
---------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------

9. Μπορείτε να νιώσετε ζεστασιά και στοργή γι' αυτούς που είναι κοντά σας;

Καλύτερα απ' ότι συνήθως	☐	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	☐	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐
-----------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

- 10. Βρίσκετε ότι σας είναι εύκολο να τα πάτε καλά με τους άλλους ανθρώπους;**
- | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Καλύτερα απ' ότι
συνήθως | ☐ | Περίπου το ίδιο
όπως συνήθως | ☐ | Λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ | Πολύ λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
- 11. Έχετε ξοδέψει αρκετό χρόνο για κουβεντολίδι με άλλους ανθρώπους;**
- | | | | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Περισσότερο χρόνο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Περίπου τον ίδιο
όπως συνήθως | ☐ | Λιγότερο χρόνο απ'
ότι συνήθως | ☐ | Πολύ λιγότερο χρόνο απ'
ότι συνήθως | ☐ |
|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
- 12. Έχετε αισθανθεί πως παίζετε χρήσιμο ρόλο σε όσα γίνονται γύρω σας;**
- | | | | | | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Περισσότερο χρήσι-
μο απ' ότι συνήθως | ☐ | Το ίδιο χρήσιμο
όπως συνήθως | ☐ | Λιγότερο χρήσιμο απ'
ότι συνήθως | ☐ | Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ'
ότι συνήθως | ☐ |
|--|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
- 13. Έχετε αισθανθεί ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;**
- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Περισσότερο απ'
ότι συνήθως | ☐ | Το ίδιο όπως
συνήθως | ☐ | Λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ | Πολύ λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
- 14. Έχετε αισθανθεί πως βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;**
- | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Καθόλου | ☐ | Όχι περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Μάλλον περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Πολύ περισσότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
- 15. Έχετε αισθανθεί ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;**
- | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Καθόλου | ☐ | Όχι περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Μάλλον περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Πολύ περισσότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
- 16. Βρίσκετε πως η ζωή είναι ένας συνεχής αγώνας;**
- | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Καθόλου | ☐ | Όχι περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Μάλλον περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Πολύ περισσότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
- 17. Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σας;**
- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Περισσότερο απ'
ότι συνήθως | ☐ | Το ίδιο όπως
συνήθως | ☐ | Λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ | Πολύ λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
- 18. Παίρνετε τα πράγματα βαριά;**
- | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Καθόλου | ☐ | Όχι περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Μάλλον περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Πολύ περισσότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
- 19. Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;**
- | | | | | | | | |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| Καθόλου | ☐ | Όχι περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Μάλλον περισσότερο
απ' ότι συνήθως | ☐ | Πολύ περισσότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|---------|--------------------------|------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
- 20. Τα καταφέρνετε να δείτε και να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;**
- | | | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Περισσότερο απ'
ότι συνήθως | ☐ | Το ίδιο όπως
συνήθως | ☐ | Λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ | Πολύ λιγότερο απ' ότι
συνήθως | ☐ |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|

21. Αισθάνεσθε πως δεν αντέχετε άλλο;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

22. Αισθάνεσθε δυστυχισμένος/η και μελαγχολικός/ή;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

23. Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

24. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

25. Έχετε αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

26. Αισθάνεσθε αισιόδοξος/η για το μέλλον σας;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	☐	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐
-----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------

27. Σε γενικές γραμμές αισθάνεσθε ευτυχισμένος/η;

Περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	☐	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	☐
-----------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-------------------------------	--------------------------

28. Αισθάνεσθε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

29. Έχετε αισθανθεί πως δεν αξίζει κανείς να ζει;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

30. Βρήκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα, επειδή τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;

Καθόλου	☐	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	☐
---------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	----------------------------------	--------------------------

10.5. Ερωτηματολόγιο GDS

GERIATRIC DEPRESSION SCALE-GDS

Οδηγίες: Σημειώστε ένα **X** ή ένα **✓** στο **ΝΑΙ** ή στο **ΟΧΙ**, ανάλογα με το ποια απάντηση σας ταιριάζει καλύτερα.

A/A	ΕΡΩΤΗΣΗ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
1.	Σε γενικές γραμμές, είστε ικανοποιημένος/η από τη ζωή σας;		
2.	Έχετε εγκαταλείψει πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;		
3.	Αισθάνεστε πως η ζωή σας είναι άδεια;		
4.	Νιώθετε συχνά ανία; / Βαριέστε συχνά;		
5.	Είστε αισιόδοξος/η για το μέλλον;		
6.	Βασανίζεσθε από σκέψεις που δεν μπορείτε να βγάλετε από το μυαλό σας;		
7.	Είστε σε καλή διάθεση τον περισσότερο καιρό;		
8.	Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;		
9.	Αισθάνεστε ευτυχισμένος/η τον περισσότερο καιρό;		
10.	Νιώθετε συχνά αβοήθητος/η;		
11.	Είστε συχνά ανήσυχος/η και νευρικός/ή;		
12.	Προτιμάτε να μένετε σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε καινούργια πράγματα;		
13.	Ανησυχείτε συχνά για το μέλλον;		
14.	Θεωρείτε πως έχετε μεγαλύτερο πρόβλημα με τη μνήμη σας από τους περισσότερους ανθρώπους;		
15.	Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο που είστε ζωντανός/ή τώρα;		
16.	Αισθάνεστε συχνά απογοητευμένος/η και κακόκεφος/η;		
17.	Νιώθετε ότι δεν είστε χρήσιμος/η στην κατάσταση που βρίσκεστε τώρα;		
18.	Στενοχωριέστε πολύ για το παρελθόν;		
19.	Θεωρείτε πως η ζωή είναι πολλή ενδιαφέρουσα/ συναρπαστική;		
20.	Είναι δύσκολο για εσάς να ξεκινήσετε νέα σχέδια/ πράγματα;		
21.	Νιώθετε γεμάτος/η ενέργεια;		
22.	Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;		
23.	Πιστεύετε πως οι περισσότεροι άνθρωποι βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση από τη δική σας;		
24.	Αναστατώνεστε συχνά για ασήμαντα πράγματα;		
25.	Νιώθετε συχνά ότι θέλετε να κλάψετε;		
26.	Δυσκολεύεστε στο να συγκεντρωθείτε;		
27.	Σηκώνεστε με ευχαρίστηση το πρωί;		
28.	Προτιμάτε να αποφεύγετε τις κοινωνικές συναναστροφές;		
29.	Είναι εύκολο για εσάς να παίρνετε αποφάσεις;		
30.	Η σκέψη σας είναι καθαρή όπως παλαιότερα;		

10.6. Ερωτηματολόγιο Δημογραφικών Στοιχείων

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ

Οδηγίες: Σημειώστε με ☒ ή ☐ το πλαίσιο της απάντησης που ισχύει για εσάς.

1. Φύλο:

- ☐ Άνδρας
- ☐ Γυναίκα

2. Ηλικία:

3. Τόπος διαμονής:

- ☐ Αττική
- ☐ Επαρχία

4. Μορφωτικό επίπεδο (σημειώστε το ανώτερο που έχετε):

- ☐ Δεν πήγα σχολείο
- ☐ Δεν πήγα σχολείο, αλλά ξέρω να διαβάζω και να γράφω
- ☐ Δημοτικό σχολείο
- ☐ Γυμνάσιο
- ☐ Λύκειο
- ☐ Πανεπιστήμιο/ ΤΕΙ
- ☐ Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό δίπλωμα

5. Τι δουλειά κάνετε/κάνατε;

- ☐ Δεν εργάζομαι/εργαζόμουν
- ☐ Οικιακά
- ☐ Αγρότης/Αγρότισσα
- ☐ Δημόσιος Υπάλληλος
- ☐ Ιδιωτικός Υπάλληλος
- ☐ Ελεύθερος Επαγγελματίας

6. Τώρα μένετε:

- ☐ Μόνος/η
- ☐ Με σύντροφο
- ☐ Με τα παιδιά μου
- ☐ Με τον/την αδελφό/αδελφή μου
- ☐ Με άλλους συγγενείς
- ☐ Με φροντιστή
- ☐ Σε μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων

7. Έχετε παιδιά;

- ☐ Ναι Πόσα;
- ☐ Όχι

8. Λαμβάνετε σύνταξη;
- ☐ Ναι
 - ☐ Όχι
9. Αν ναι, με τη σύνταξη τα βγάζετε πέρα οικονομικά;
- ☐ Ναι
 - ☐ Με δυσκολία
 - ☐ Όχι
10. Έχετε κάποια συχνή ενασχόληση; (μπορείτε να επιλέξετε περισσότερες από μία)
- ☐ Φροντίδα εγγονιών/ συγγενών
 - ☐ Εκκλησία
 - ☐ Καφενείο
 - ☐ Πλέξιμο/Κέντημα
 - ☐ Μουσική/Χορός
 - ☐ Διάβασμα βιβλίων
 - ☐ Κινηματογράφος/Θέατρο
 - ☐ Αθλητισμός
 - ☐ Κηπουρική/Περιβόλι
 - ☐ Κτηνοτροφικές/Γεωργικές εργασίες
 - ☐ Βόλτες/Εκδρομές/Ταξίδια
 - ☐ Εθελοντική εργασία
 - ☐ Δεν έχω
11. Χρόνια που έχουν περάσει από τον θάνατο του/της συζύγου σας:
- ☐ 1-5
 - ☐ 6-10
 - ☐ 11-15
 - ☐ 16-20
 - ☐ > 20
12. Πόσο επηρεασμένος/η αισθάνεσθε τώρα από αυτήν την απώλεια;
- ☐ Καθόλου
 - ☐ Ελάχιστα
 - ☐ Μέτρια
 - ☐ Αρκετά
 - ☐ Πάρα πολύ
13. Πιστεύετε ότι το να επισκεφθείτε έναν ψυχολόγο συμβουλευτικής, θα σας βοηθούσε να αισθανθείτε καλύτερα;
- ☐ Καθόλου
 - ☐ Ελάχιστα
 - ☐ Μέτρια
 - ☐ Αρκετά
 - ☐ Πάρα πολύ