



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**

**ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

**Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Μπεφάνη Σωτηρία**

**Εξεταστική Επιτροπή: Γείτονα Μαίρη (επιβλέπουσα καθηγήτρια)**

**Σουλιώτης Κυριάκος**

**Σπυριδάκης Μάνος**

**Μάϊος 2019**



## Ευχαριστίες

Την πρώτη θέση στις ευχαριστίες μου κατέχει δικαιωματικά η καθηγήτρια κ. Μαίρη Γείτονα, η οποία με την συμβουλευτική της υποστήριξη και τις καθοριστικές υποδείξεις της, συνέβαλε ουσιαστικά στην ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Επιπλέον, ευχαριστώ ιδιαίτερα και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής κ. Κυριάκο Σουλιώτη και κ. Μάνο Σπυριδάκη για την εμπιστοσύνη και τη θετική υποστήριξή τους.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ ανήκει σε όλους τους καθηγητές και επιστημονικούς συνεργάτες του μεταπτυχιακού προγράμματος που παρακολούθησα, καθώς με βοήθησαν να κατανοήσω καλύτερα τους θεσμούς και τις πολιτικές υγείας.

Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω, ολόψυχα, τις θερμές μου ευχαριστίες σε όλους του ηλικιωμένους ανθρώπους που συμμετείχαν στην έρευνα και την υπομονή που έδειξαν κατά τη διεξαγωγή αυτής.

## Πίνακας περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	3
Περίληψη .....	9
Abstract.....	11
Εισαγωγή.....	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	16
1.1. Εννοιολογική Προσέγγιση .....	16
1.2. Επίδραση της ανθεκτικότητας σε τομείς της ζωής.....	19
1.3. Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ανθεκτικού ατόμου .....	21
1.4. Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό εσωτερικής ποιότητας .....	24
1.5. Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό δυναμικής διεργασίας .....	26
1.6. Παράγοντες κινδύνου ανθεκτικότητας .....	27
1.7. Προστατευτικοί παράγοντες ανθεκτικότητας.....	30
1.8. Η ανθεκτικότητα με νεότερα επιστημονικά δεδομένα.....	36
1.9. Ψυχική ανθεκτικότητα και κλίμακες μέτρησης.....	41
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ .....	47
2.1. Ορισμός της τρίτης ηλικίας.....	47
2.2. Γήρανση και Ψυχική Ανθεκτικότητα.....	49
2.3. Επίπεδα Ανθεκτικότητας στην τρίτη ηλικία .....	51
2.4. Βιολογικές και ψυχικές αλλαγές στην Τρίτη ηλικία .....	54
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	58
3.1. Εννοιολογική προσέγγιση.....	58
3.2. Ποιότητα Ζωής στην τρίτη ηλικία .....	61
3.3. Ψυχική Υγεία και ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία.....	64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	67

4.1. Σκοπός Έρευνας .....	67
4.2. Μέθοδος Έρευνας.....	67
Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα Έρευνας .....	70
5.1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος.....	70
5.2. Ψυχική Ανθεκτικότητα.....	71
5.3. Ποιότητα Ζωής.....	74
5.5. Συγκρίσεις Αποτελεσμάτων .....	80
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	100
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	103
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄ .....	122
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄ .....	123

## Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1: Ανθεκτικότητα και κλίμακες μέτρησης .....	51
Πίνακας 2: Βασικά χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας στην ενήλικη ζωή.....	53
Πίνακας 3: Διαστάσεις της Ποιότητας ζωής .....	61
Πίνακας 4: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά .....	70
Πίνακας 5: Ψυχική Ανθεκτικότητα .....	71
Πίνακας 6: Ποιότητα Ζωής.....	74
Πίνακας 7: Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες .....	77
Πίνακας 8: Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος .....	77
Πίνακας 9: Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος .....	78
Πίνακας 10: Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας.....	78
Πίνακας 11: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με φύλο.....	80
Πίνακας 12: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με ηλικία .....	81
Πίνακας 13: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με επίπεδο εκπαίδευσης.....	82
Πίνακας 14: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με οικογενειακή κατάσταση.....	83
Πίνακας 15: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με ύπαρξη παιδιών.....	84
Πίνακας 16: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με τόπο διαμονής .....	84
Πίνακας 17: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με σύνταξη .....	85
Πίνακας 18: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με φύλο .....	86
Πίνακας 19: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με ηλικία .....	86
Πίνακας 20: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με επίπεδο εκπαίδευσης.....	87
Πίνακας 21: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με οικογενειακή κατάσταση .....	88
Πίνακας 22: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με ύπαρξη παιδιών.....	89
Πίνακας 23: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με τόπο διαμονής .....	89

Πίνακας 24: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με σύνταξη.....	90
Πίνακας 25: Σύγκριση κατάθλιψης με φύλο .....	91
Πίνακας 26: Σύγκριση κατάθλιψης με ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης .....	91
Πίνακας 27: Σύγκριση κατάθλιψης με οικογενειακή κατάσταση .....	91
Πίνακας 28: Σύγκριση κατάθλιψης με ύπαρξη παιδιών .....	92
Πίνακας 29: Σύγκριση κατάθλιψης με τόπο διαμονής.....	92
Πίνακας 30: Σύγκριση κατάθλιψης με σύνταξη .....	92
Πίνακας 31: Σύγκριση άγχος με φύλο .....	93
Πίνακας 32: Σύγκριση άγχος με ηλικία.....	93
Πίνακας 33: Σύγκριση άγχος με οικογενειακή κατάσταση .....	93
Πίνακας 34: Σύγκριση άγχος με παιδιά .....	94
Πίνακας 35: Σύγκριση άγχος με τόπο διαμονής.....	94
Πίνακας 36: Σύγκριση άγχος με σύνταξη .....	94
Πίνακας 37: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας και Ποιότητα Ζωή .....	96
Πίνακας 38: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας, Ποιότητας Ζωής και Αγχώδης διαταραχής .....	98

## Περιεχόμενα Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1: Ψυχική Ανθεκτικότητα .....	31
Διάγραμμα 2: Επίπεδα ανθεκτικότητας .....	35
Διάγραμμα 3: Φάσεις ανθεκτικότητας και χαρακτηριστικά .....	35
Διάγραμμα 4: Συσχέτιση ανθεκτικότητας και αγχογόνων καταστάσεων .....	37
Διάγραμμα 5: Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική ανθεκτικότητα .....	39
Διάγραμμα 6: Ανθεκτικότητα ανάλογα με το φύλο σε ενήλικο πληθυσμό .....	52
Διάγραμμα 7: Στοιχεία κοινωνικής συμμετοχής που υποστηρίζουν την ανθεκτικότητα .....	54
Διάγραμμα 8: Διαστάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας .....	73
Διάγραμμα 9: Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής .....	76
Διάγραμμα 10: Κατάθλιψη & Άγχος .....	79



## Περίληψη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ποιότητα ζωής έχει οριστεί ως το αίσθηση ευημερίας ενός ατόμου που προέρχεται από την ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια στους τομείς της ζωής που είναι σημαντικοί γι' αυτόν. Η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας αναφέρεται στην επιτυχή προσαρμογή που εκτυλίσσεται μέσα σε ένα πλαίσιο σημαντικών και συνήθως εξουθενωτικών αντιξοότητων της ζωής. Η ικανότητα προσαρμογής στη ζωή μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ποιότητας ζωής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στη πόλη της Κορίνθου.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Η έρευνα διεξήχθη σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) της πόλης Κορίνθου. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε ήταν η συνέντευξη σε ηλικιωμένους. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτελέσαν 150 ηλικιωμένα άτομα. Το ερωτηματολόγιο της έρευνας δεν ήταν αυτοσυμπληρούμενο και περιλάμβανε 3 ενότητες: α) κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, β) κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC), γ) ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (EGY 28), γ) Ερωτηματολόγιο Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (GAD-2). Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα S.P.S.S. 25.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 65,3% του δείγματος ήταν άνδρες, με μέση ηλικία 74,1 ετών. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είχαν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα (70,9) και καλή ποιότητα ζωής (1,72). 6 στους 10 ηλικιωμένους δεν παρουσιάζουν αγχώδη διαταραχή. Επίσης, οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τις γυναίκες ως προς τη ψυχική ανθεκτικότητα ( $p = 0.027$ ). Όσο αυξάνει η ηλικία των ηλικιωμένων αυξάνει και η εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο. Όλες οι διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας συσχετίστηκαν θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης. Σχετικά με την ποιότητα ζωής οι γυναίκες φάνηκε να έχουν υψηλότερες τιμές στη συνολική ποιότητα ζωής. Όσο αυξάνει η ηλικία μειώνεται η συνολική ποιότητα ζωής. Αντίθετα, όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει η συνολική ποιότητα ζωής. Οι άγαμοι και τα άτομα σε χηρεία φαίνεται να έχουν

χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους έγγαμους και τους διαζευγμένους. Ακόμη, οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε χωριό έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε πόλη. Σημαντικό είναι το εύρημα ότι όσο αυξάνει η ψυχική ανθεκτικότητα των ηλικιωμένων, αυξάνει την καλή ποιότητα ζωής και το αντίστροφο. Επιπλέον, όσο αυξάνει η ψυχική ανθεκτικότητα και η καλή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μειώνεται η κατάθλιψη και το άγχος αυτών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αναγνωρίζουν ολοένα και περισσότερο τη δυνατότητα προώθησης της ψυχικής ανθεκτικότητας ως μέσου που επιτρέπει στους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις δυσκολίες. Η βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας συνδέεται με την καλύτερη υγεία και ευημερία, επομένως μέτρα για τη γενική βελτίωση της υγείας και της ευημερίας όλων των ηλικιωμένων θα βελτιώσουν επίσης την ψυχική ανθεκτικότητα.

## **Abstract**

**INTRODUCTION:** Quality of life is defined as a person's sense of well-being that comes from satisfaction or dissatisfaction in the areas of life that are important to him. The concept of mental resilience refers to successful adaptation that unfolds within a context of significant and usually debilitating adversities of life. The ability to adapt to life can play an important role in maintaining quality of life.

**AIM:** The purpose of this thesis is to investigate the role of mental resilience in the quality of life of older people in the city of Corinth.

**METHODOLOGY:** The survey was carried out in the Center for the Open Protection of the Elderly (KAPI) of the city of Corinth. The methodology followed was the sampling of convenience. The final sample of the survey was 150 elderly people. The research questionnaire was self-completed and included 3 sections: a) sociodemographic features, b) Connor-Davidson Resistance Scale (CD-RISC), c) General Health Questionnaire (GAS 28), c) General Anxiety Disorder Questionnaire (GAD-2). The statistical treatment of the results was carried out using the statistical program S.P.S.S. 25.

**RESULTS:** 65.3% of the sample were men, with a mean age of 74.1 years. The majority of the elderly had high mental resilience (70.9) and good quality of life (1.72). 6 out of 10 elderly have no anxiety disorder. Also, men showed higher values than women in terms of mental resilience ( $p = 0.027$ ). As the age of older people increases, trust in personal instinct increases. All dimensions of mental resilience were positively correlated with the level of education. In terms of quality of life, women seemed to have higher values in overall quality of life. As the age increases, the overall quality of life is reduced. On the contrary, the higher the level of education increases the overall quality of life. Unmarried and widowed people appear to have a worse quality of life than married and divorced. Moreover, the elderly living in a village have a better quality of life than the elderly who live in a city. It is important to finding that as the mental resilience of the elderly increases, it increases the quality of life and conversely. Moreover, as the mental resilience and

the good quality of life of the elderly increases, decreases their depression and anxiety.

**CONCLUSION:** Policy makers increasingly recognize the possibility of promoting mental resilience as a means for the elderly to cope better with the difficulties. Improving mental resilience is linked to better health and well-being, so measures to improve the overall health and well-being of all older people will also improve mental resilience.

## Εισαγωγή

Οι καλύτερες συνθήκες διαβίωσης και εργασίας, η υψηλότερη ποιότητα της ζωής και της φροντίδας υγείας και το υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής προστασίας οδηγούν στο γεγονός ότι λιγότεροι άνθρωποι πεθαίνουν πρόωρα κατά τη διάρκεια της παιδικής και επαγγελματικής ζωής. Περισσότεροι άνθρωποι έχουν τώρα την ευκαιρία να ζήσουν περισσότερα χρόνια από ό,τι στο παρελθόν και η γήρανση γίνεται μια άμεση εμπειρία για έναν συνεχώς αυξανόμενο αριθμό ανθρώπων. Ταυτόχρονα, ο τρόπος ζωής, οι δυνατότητες και οι προσδοκίες των ηλικιωμένων αλλάζουν μαζί με το αυξανόμενο προσδόκιμο ζωής. Οι άνθρωποι ζουν πιο υγιεινά και πιο ενεργά.

Έτσι, η βελτίωση της ποιότητας ζωής (ΠΖ) έχει γίνει παγκόσμια προτεραιότητα για τις πολιτικές, ιδίως στο πλαίσιο του ηλικιωμένου πληθυσμού (ΠΟΥ, 2002). Η ποιότητα της ζωής είναι υποκειμενική και πολυδιάστατη έννοια, η οποία έχει οριστεί ως "δυναμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ των εξωτερικών συνθηκών ενός ατόμου και οι εσωτερικές αντιλήψεις αυτών των συνθηκών (Browne, 1994). Είναι μια ευρεία έννοια που ενσωματώνει με ένα πολύπλοκο τρόπο τη σωματική υγεία των ατόμων, τη ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τις σχέσεις τους με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος.

Ο ΠΟΥ αναφέρει τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία είναι 60 ετών και άνω (ΠΟΥ, 1997). Η έννοια περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα πτυχών στην ανθρώπινη ζωή, που αποτελείται από σωματική, ψυχική, κοινωνική, πνευματική λειτουργία περιβαλλοντικές και υλικές συντεταγμένες (Fitzpatrick 1992, Farquhar , 1995). Στο παρελθόν, λόγω της οικονομικής κατάστασης και των διαφόρων δυσκολιών, οι άνθρωποι δεν ανησυχούσαν για θέματα υγείας και την ποιότητα ζωής τους. Στην εποχή μας, με την ανάπτυξη της κοινωνίας και της οικονομίας, οι άνθρωποι ανησυχούν περισσότερο για την αξιολόγηση της ΠΖ. Η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιέχει τόσο αντικειμενικές όσο και υποκειμενικές διαστάσεις (Guzman 2012, Organ, 1999). Παρόλο που έχουν γίνει προσπάθειες για να αξιολογήσει της ΠΖ των ηλικιωμένων μέσω αντικειμενικών μετρήσεων, έχει

αναγνωριστεί ότι η ατομική υποκειμενική αίσθηση και η αυτοεκτίμηση της ΠΖ είναι επίσης σημαντικά για την ατζέντα της δημόσιας πολιτικής (Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2013). Πολλές μελέτες έχουν ακόμη αναγνωρίσει τη σημασία των υποκειμενικών αξιολογήσεων για τη ΠΖ (United States and International profiles, 2016). Επομένως, η υποκειμενική ποιότητα ζωής έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε μελέτες γήρανσης (Qin, 2007, Department of Economic and Social Affairs Population Division, 2006).

Για τους ηλικιωμένους, το QOL είναι μάλλον μια αφηρημένη έννοια και περιλαμβάνει πολύπλοκους παράγοντες. Η καλύτερη σωματική υγεία και οι λιγότερες ασθένειες που έχουν, τόσο υψηλότερη θεωρούν την ΠΖ. Αυτό μπορεί να επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες θεωρώντας όπως σωματική ψυχική υγεία, επικοινωνία και κοινωνική κατάσταση, οικονομική κατάσταση, θρησκεία, συνθήκες διαβίωσης, περιβάλλον και άλλους παράγοντες (Nilsson et al., 2006).

Σχετικά με την ψυχική ανθεκτικότητα των ηλικιωμένων οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί είναι πενιχρές (Thorp & Blazer, 2012). Ωστόσο, αρκετές μελέτες αξίζουν να αναφερθούν. Μία μελέτη διαπίστωσε ότι τα ποσοστά θνησιμότητας μειώθηκαν κατά 6% μεταξύ των ηλικιωμένων που ήταν πιο ανθεκτικοί, μη απομονωμένοι και λιγότερο ανήσυχτοι από τους συνομηλικούς τους (Shen & Zeng, 2010). Δύο μελέτες έδειξαν ότι η ανθεκτικότητα επηρεάζει την καλή ψυχική υγεία (Nygren, et al., 2005, και Mehta, et al., 2008) και μια μελέτη διαπίστωσε ότι η ανθεκτικότητα παρεμποδίζει τις επιπτώσεις της κακής υγείας (Windle, Woods, & Markland, 2010). Η ανθεκτικότητα συχνά παρατηρήθηκε υπό συνθήκες κοινωνικής στήριξης και άφθονους κοινωνικοοικονομικούς πόρους (Kwong, Du, & Xu, 2015).

Επίσης, μελέτες σε σχέση με την ανθεκτικότητα έχουν διαπιστώσει ότι η αισιοδοξία, τα ισχυρά κοινωνικά δίκτυα, η αυτοπεποίθηση της επιτυχημένης γήρανσης, η συναισθηματική υγεία, η γνωστική επιτυχία και η απουσία της κατάθλιψης επιφέρουν υψηλή ανθεκτικότητα. Συγκρίνοντας νέους ενήλικες (ηλικίας κάτω των 26 ετών) με ηλικιωμένους (άνω των 64 ετών), οι Gooding et al., (2012) διαπίστωσαν ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας ήταν πιο ανθεκτικοί από τους νέους ενήλικες, ιδίως όσον αφορά την επίλυση προβλημάτων και την ικανότητα να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους. Αυτό δεν πρέπει να προκαλεί έκπληξη, δεδομένου ότι οι

περισσότεροι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας είχαν πολυετή εμπειρία στην επίλυση προβλημάτων και τον έλεγχο των συναισθημάτων τους.

Με βάση τις έρευνες και τις ανασκοπήσεις της βιβλιογραφίας τους, οι Aldwin και Igarashi (2015) διαπίστωσαν ότι ενώ η ουσία της ανθεκτικότητας υποδηλώνει την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται με ευελιξία, η ανθεκτικότητα πρέπει να θεωρείται ως ατομικό χαρακτηριστικό, ως διαδικασία και ως τελικό αποτέλεσμα. Αυτό όμως εξαρτάται από την υποκείμενη άποψη του ατόμου και την κοινωνική υποστήριξη. Και στη μετα-ανάλυση 60 μελετών για την ανθεκτικότητα και την ψυχική υγεία οι Hu, Zhang, and Wang (2015) συμφώνησαν ότι η ανθεκτικότητα είναι τόσο διαδικασία όσο και αποτέλεσμα, καθώς κινητοποιεί την ικανότητα του ατόμου να αγωνίζεται με τις αντιξοότητες και να οδηγεί σε θετικά αποτελέσματα. Στην παραπάνω ανάλυση συνδέθηκε θετικά η καλή ψυχική υγεία, όπως η θετική επίδραση και η ικανοποίηση της ζωής. Οι αρνητικές συσχετίσεις βρέθηκαν να συσχετίζονται με την κατάθλιψη, το άγχος και την απαισιοδοξία.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο κύρια μέρη: το γενικό μέρος, το οποίο περιγράφει ένα θεωρητικό πλαίσιο και το ερευνητικό μέρος, στο οποίο παρουσιάζεται η έρευνα. Το γενικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Συγκεκριμένα, στο κεφάλαιο 1 αναπτύσσεται η θεωρία της ψυχικής ανθεκτικότητας. Στο κεφάλαιο 2 γίνεται αναφορά στη τρίτη ηλικία και την ανθεκτικότητα. Στο κεφάλαιο 3 περιγράφεται η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία. Στο ερευνητικό μέρος παρουσιάζεται η πρωτογενής μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) της Κορίνθου. Στο κεφάλαιο 4 περιγράφεται ο σκοπός της μελέτης και τίθενται οι ερευνητικές υποθέσεις, καθώς επίσης και το μεθοδολογικό πλαίσιο της εργασίας. Στο κεφάλαιο 5 αναλύονται τα αποτελέσματα της μελέτης. Τέλος, αναφέρεται η συζήτηση και τα συμπεράσματα της έρευνας και πραγματοποιείται σύγκριση με άλλες παρόμοιες μελέτες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

### 1.1. Εννοιολογική Προσέγγιση

Με τον όρο ψυχική ανθεκτικότητα ορίζουμε την ικανότητα του ατόμου να ξεπερνά τις αντιξοότητες, τις στρεσογόνες καταστάσεις, τις κρίσεις και να συνεχίζει με την εξέλιξή του. Αποτελεί μια διαδικασία με την οποία το άτομο καλείται να χειριστεί τυχόν αποδιοργανωτικούς, στρεσογόνους ή προκλητικούς παράγοντες που συντρέχουν σε μια περίοδο της ζωής του, με ένα τρόπο ο οποίος μπορεί να προσδώσει στο άτομο πρόσθετες δεξιότητες προστασίας και διαχείρισης τέτοιων καταστάσεων (Richardson,2017). Είναι ουσιαστικά μια διαδικασία αυτοεξέλιξης και αυτοδιόρθωσης της ανθρώπινης προσωπικότητας και ικανότητα ανάκαμψης.

Η Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία (American Psychological Association / APA) ορίζει την ανθεκτικότητα ως " τη διαδικασία προσαρμογής ενάντια στις αντιξοότητες, στο τραύμα, σε τραγωδία, σε απειλές ή σημαντικές πηγές άγχους "ή" ως την αναπήδηση "από τις δύσκολες εμπειρίες ( APA,2015). Ο ορισμός της APA προσδιορίζει το σταθερό χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, την ελαστικότητα αλλιώς ευελιξία ως προς την προσαρμογή και το οποίο υποδηλώνει την ικανότητα του ανθρώπου να δημιουργεί αλλά και αν επιδεικνύει ανθεκτικότητα ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό του υπόβαθρο, τις προσωπικές εμπειρίες, ή τα κοινωνικά περιβάλλοντα.

Η ανθεκτικότητα έχει άμεση σχέση με την αυτοαποτελεσματικότητα και την αυτοδιόρθωση. Η αυτοαποτελεσματικότητα είναι ουσιαστικά η αντίληψη που έχει το άτομο για τις ικανότητές του να αντιμετωπίζει συγκεκριμένες καταστάσεις και επηρεάζει τη σκέψη, τα κίνητρα, τη συναισθηματική διέγερση και την απόδοσή του, ενώ διαφέρει στο πώς τα άτομα αισθάνονται, σκέφτονται και ενεργούν (Schwarzer, 1992). Έχει να κάνει με κρίσεις, σχετικά με το πόσο καλά μπορεί κάποιος να οργανώσει και να εκτελέσει προγράμματα δράσης που του είναι απαραίτητα, προκειμένου να αντιμετωπίσει πιθανές καταστάσεις που περιέχουν πολλά αμφίσημα, απρόβλεπτα και συχνά αγχωτικά στοιχεία. Η αντίληψη του ατόμου για την αυτοαποτελεσματικότητά του μπορεί να επηρεάσει την επιλογή των



δραστηριοτήτων του, το πόση προσπάθεια θα επενδύσει και το χρονικό διάστημα που θα επιμείνει, παρά τις δυσκολίες (Bandura,1997). Η υψηλή γενική αυτοαποτελεσματικότητα μπορεί να λειτουργήσει ως αποτελεσματική ασπίδα ενάντια σε αντίξοα – και πιθανόν τραυματικά για το «εγώ» - γεγονότα και συνθήκες (Chen, et al., 2001). Η γενική αυτοαποτελεσματικότητα έχει, επίσης, αποτυπωθεί εννοιολογικά ως ένα γνώρισμα, ως μια σταθερή γνώση, που τα άτομα έχουν και φέρουν μαζί τους, αντικατοπτρίζοντας την προσδοκία ότι διαθέτουν την ικανότητα να επιτελέσουν επιτυχημένα εργασίες σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών. Τα άτομα με υψηλή γενική αυτοαποτελεσματικότητα προβλέπουν ότι είναι πιθανόν να επιτύχουν στην επιτέλεση εργασιών και συμφωνούν κατά πολύ με δηλώσεις όπως: όταν ξεκινώ κάτι, συνήθως μπορώ να το ολοκληρώσω (Gardner & Pierce, 1998).

Η έννοια της ανθεκτικότητας προέκυψε πρώτα από μελέτες που έγιναν στη δεκαετία του 1970 στους τομείς της ψυχοπαθολογίας, του τραυματικού στρες και της φτώχειας. Μελετώντας τα αποτελέσματα των «παραγόντων κινδύνου» στην ανάπτυξη των παιδιών (δηλ. παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα κακής ή αρνητικής εξέλιξης), οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι ορισμένα παιδιά που εκτέθηκαν σε σοβαρές και / ή χρόνιες ασθένειες δεν παρουσίασαν αρνητικά αναπτυξιακά αποτελέσματα. Οι περισσότερες μελέτες ανθεκτικότητας έχουν επικεντρωθεί σε παιδιά, εφήβους, και στρατιωτικούς βετεράνους που είχαν παρατεταμένη έκθεση σε τραύμα, σε δύσκολα κοινωνικοδημογραφικά περιβάλλοντα ή σε άλλους χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες. Η εστίαση στους διάφορους αυτούς πληθυσμούς έχει ήταν κατά κύριο λόγο σε κίνδυνο αυτοκτονίας (Smith & Hollinger-Smith,2015).

Στη δεκαετία του 1980, όσοι είχαν μια καλή προσαρμογή, παρά τους πολλαπλούς κινδύνους που αντιμετώπιζαν, θεωρούνταν «άτρωτοι» (invulnerable). Αυτός ο όρος ήταν παραπλανητικός, επειδή υπονοούσε ότι η αποφυγή του κινδύνου ήταν απόλυτη και αμετάβλητη. Όμως, με την πάροδο του χρόνου και καθώς περισσότερες έρευνες προσπάθησαν να προσεγγίσουν το ζήτημα, κατέστη σαφές πως η θετική προσαρμογή ενός ατόμου, παρά την έκθεση σε δυσκολίες και κινδύνους, περιελάμβανε μια αναπτυξιακή πορεία στην οποία ενσωματώνονταν νέα

θετικά και αρνητικά στοιχεία από την καθημερινή ζωή του (Masten & Garmezy, 1985).

Αυτά τα απροσδόκητα ευρήματα έθεσαν τα θεμέλια για δεκαετίες περαιτέρω έρευνας σε διάφορους τομείς (π.χ. ψυχολογία, εκπαίδευση, δημόσια υγεία) για να εξετάσουν αυτούς τους παράγοντες και διαδικασίες που επέτρεψαν στα παιδιά και τους νέους όχι μόνο να επιβιώσουν αλλά να αναπτυχθούν παρά τον κίνδυνο (Garmezy, 1971; Rutter, 1979; Werner & Smith 1982).

Πρόσφατα, οι Esquivel, et al.(2011), όρισαν την ανθεκτικότητα από μια συστημική άποψη, ως την περίπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ των χαρακτηριστικών του παιδιού και εξωτερικών υποστηρικτικών δυνάμεων (οικογένεια, σχολείο, κοινότητα). Με βάση αυτή την αλληλεπίδραση και με τη βοήθεια εσωτερικών μηχανισμών μπορούν να απομονωθούν οι επιδράσεις των δυσμενών καταστάσεων που θέτουν τα παιδιά σε κίνδυνο αρνητικών αποτελεσμάτων. Η Masten (2011) παρουσιάζει την ανθεκτικότητα ως την ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να αντισταθεί ή και να ανακάμψει από σημαντικές απειλές πίσω στην σταθερότητά του, τη βιωσιμότητά του και την ανάπτυξή του.

Παρόλο το συνεχές και αναπτυσσόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον, υπάρχει έλλειψη συναίνεσης πάνω σε έναν λειτουργικό ορισμό της ανθεκτικότητας, πιθανότατα γιατί επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του παιδιού, της οικογένειας και της ευρύτερης κοινότητάς του (Herrman, et al., 2011; Naglieri & LeBuffe, 2005). Εμφανίζεται ως μια επαγωγική έννοια που εμπρικλείει ανθρώπινες κρίσεις σχετικά με επιθυμητά και ανεπιθύμητα αποτελέσματα, καθώς και ορισμούς της απειλής ή του κινδύνου (Luthar, et al., 2000; Masten, 2001). Μέσα όμως από τους διάφορους ορισμούς αναφαίνεται ότι: α) αυτοί οι παράγοντες και τα συστήματα συμβάλλουν σε μια αλληλεπιδραστική δυναμική διαδικασία που αυξάνει την ανθεκτικότητα σχετικά με τη δυσκολία και β) η ανθεκτικότητα μπορεί να είναι συγκεκριμένη ανά πλαίσιο και χρονική στιγμή και να μην είναι παρούσα σε όλα τα πεδία της ζωής (Masten, 2001). Υπάρχουν πολλές και ποικίλες πηγές και πορείες προς την ανθεκτικότητα, που συχνά αλληλεπιδρούν, συμπεριλαμβανομένων και των βιολογικών, ψυχολογικών γνωρισμάτων, αλλά και των γνωρισμάτων διάθεσης, της κοινωνικής υποστήριξης και άλλων γνωρισμάτων

των κοινωνικών συστημάτων, όπως είναι η οικογένεια, το σχολείο, οι παρέες, η ευρύτερη κοινότητα και κοινωνία (Luthar, et al., 2000).

Οφείλουμε εδώ να επισημάνουμε ότι μεταξύ των όρων «resilience» και «resiliency», οι οποίοι αποδίδονται και οι δύο στα ελληνικά ως «ανθεκτικότητα», υπάρχουν κάποιες διαφοροποιήσεις. Ο πρώτος όρος (resilience) ορίζεται ως αλληλεπιδραστικός και βασισμένος στις περιβαλλοντικές επιδράσεις, ενώ ο έτερος (resiliency) αφορά προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου. Ειδικοί προτείνουν πως ο όρος «resilience» πρέπει να χρησιμοποιείται αποκλειστικά όταν γίνεται αναφορά στη διατήρηση μιας θετικής προσαρμογής κάτω από δύσκολες συνθήκες της ζωής, ενώ ο όρος «resiliency» για τις περιπτώσεις υποδήλωσης ενός γνωρίσματος προσωπικότητας, φωτίζοντας έτσι περισσότερο τις διαδικασίες που βρίσκονται πίσω από την ανθεκτικότητα και μπορούν να οδηγήσουν τον σχεδιασμό κατάλληλων παρεμβάσεων (Luthar, et al., 2000).

## 1.2. Επίδραση της ανθεκτικότητας σε τομείς της ζωής

Η επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε διάφορους κλάδους της ζωής του ατόμου είναι εμφανής, ειδικά στον σύγχρονο άνθρωπο ο οποίος προσεγγίζει τον εαυτό του μέσα από το πρίσμα της εξέλιξης του εαυτού. Στην περιοχή του επιχειρηματικού γίνεσθαι, η ανθεκτικότητα μετράται από την ικανότητα του οργανισμού να αντέχει τις επιπτώσεις οποιουδήποτε γεγονότος το οποίο δύναται να διακόψει ή να διαταράξει τη ροή της καθημερινής πρακτικής. Η ψυχική ανθεκτικότητα βέβαια παρουσιάζεται μέσα από διαφοροποιημένες τυπολογίες, ανάλογες του περιβαλλοντικού προφίλ, αλλά και πάλι κατά κύριο λόγο παρουσιάζεται ως η δυναμική εκείνη κίνηση και ικανότητα αναπήδησης της προσωπικότητας και του ψυχισμού από κάποια μορφή διαταραχής ή αγχογόνου κατάστασης (Richardson et al., 1990).

Στους τομείς της μηχανικής και της φυσικής, η ανθεκτικότητα περιγράφεται ως η ικανότητα ενός υλικού να απορροφά ενέργεια, να αντισταθεί σε ζημιές και να ανακάμπτει γρήγορα. Ο όρος ανθεκτικότητα προέρχεται από τη λατινική γλώσσα

(resiliens) και χρησιμοποιήθηκε αρχικά για να αναφερθεί η ελαστικότητα μιας ουσίας (Joseph,1994). Στο Webster's New Twentieth Century Dictionary of English Language (1958), η ανθεκτικότητα ορίζεται ως η ικανότητα αναπήδησης ή η αναπροσαρμογή της δύναμης του πνεύματος. Αν και η ανθεκτικότητα παραμένει μια οικεία λέξη στην καθημερινή αγγλική γλώσσα, εντούτοις, ο όρος ανθεκτικότητα φέρει διαφορετικές έννοιες σε διαφορετικά πλαίσια.

Η ευελιξία και η ανθεκτικότητα αποτελούν έννοιες ταυτόσημες και ως μονόπλευρη έννοια ουσιαστικά, θεωρείται παγκοσμίως ως δύναμη ή περιουσιακό στοιχείο του ψυχισμού του ατόμου, μια επιθυμητή και συμφέρουσα ποιότητα της ψυχής του, ένα χαρακτηριστικό ή μια διαδικασία που ενδέχεται να επηρεάσει θετικά τις πτυχές της απόδοσης, της επίτευξης, της υγείας και της ευημερίας ενός ατόμου (Bartley, et al., 2010). Οι Martin και Marsh (2009), για παράδειγμα, αναφέρονται στην προσέγγισή τους ως προς την ακαδημαϊκή ανθεκτικότητα, ως εγγενώς προσανατολισμένη στο ενεργητικό πεδίο της προσωπικότητας του ατόμου, η οποία είναι βασισμένη στη δύναμη και τη φιλοδοξία, στην προσέγγιση και στην ανταπόκριση των μαθητών στις ακαδημαϊκές αντιξοότητες και στα οφέλη της ακαδημαϊκής ανθεκτικότητας, αποδεικνύονται από μελέτες που αναφέρουν ανθεκτικότητα (McLafferty, et al., 2012), οι οποίες αναφέρουν μια θετική σχέση μεταξύ ακαδημαϊκής αντοχής και ακαδημαϊκών επιδόσεων (Fallon, 2010), που υποδεικνύουν τη δυνατότητα ενίσχυσης της ανθεκτικότητας μέσω παρεμβάσεων (Gardynik, 2008) και αναφέρουν τα θετικά αποτελέσματα των εκπαιδευτικών παρεμβάσεων που ενσωματώνουν πτυχές της ακαδημαϊκής αντοχής, ενώ πρότειναν ότι όλοι οι μαθητές, σε κάποιο σημείο της ζωής τους, θα βιώσουν κακή απόδοση, πρόκληση ή πίεση (Martin & Marsh, 2008). Αναφορικά με το έργο του Torham και Moller (2011), μαζί με τα αυξανόμενα αριθμητικά στοιχεία αυτοκτονιών μεταξύ των πανεπιστημιακών φοιτητών, δηλώνουν ότι οι φοιτητές έχουν αυξημένη ευαισθησία στις ψυχικές ασθένειες και στην αντιμετώπιση του ακαδημαϊκού στρες και της αλλαγής ή των πολλών και μαζικών ίσως αλλαγών που βιώνουν στο νέο τους περιβάλλον.

### 1.3. Βασικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα του ανθεκτικού ατόμου

Η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει απασχολήσει την επιστημονική κοινότητα τα τελευταία πενήντα χρόνια, αλλά παρά τον μεγάλο όγκο μελετών σχετικά με αυτό το θέμα, οι επιστήμονες δεν έχουν συμφωνήσει για την απόδοση ενός καθολικού ορισμού της έννοιας αυτής (Dugan & Coles, 1989; Glantz & Johnson, 1999).

Στην πραγματικότητα, οι μελετητές προσεγγίζουν την έννοια της ανθεκτικότητας με πολλούς τρόπους (Carle & Chassin, 2004). Οι Richardson και συν. (1990) ισχυρίστηκαν ότι η ευελιξία που μπορεί να έχει το άτομο στη διαχείριση των δυσχερειών είναι ουσιαστικά η διαδικασία αντιμετώπισης σε αγχωτικά ή προκλητικά γεγονότα της ζωής με τρόπο που παρέχει στο άτομο πρόσθετες δεξιότητες προστασίας και αντιμετώπισης από ό, τι πριν από την ίδια αυτή την εμφάνιση της δυσκολίας. Ομοίως, ο Higgins (1994) χαρακτήρισε την ελαστικότητα αυτή ως "τη διαδικασία αυτοκαθορισμού ή ανάπτυξης", ενώ ο Wolins (1993) ορίζει την ελαστικότητα ως "ικανότητα αναπήδησης (υπερπήδησης) και αντοχής στις δυσκολίες και να ανασκευαστεί το άτομο και η ψυχική του ισορροπία.

Η ανθεκτικότητα, ως ένα ιδιαίτερο γνώρισμα του ατόμου δεν αφορά μόνο στην περίπτωση που το άτομο καλείται να ξεπεράσει αντίξοες συνθήκες. Αντίθετα, αφορά στη λειτουργία βασικών προσαρμοστικών συστημάτων του ατόμου. Αν αυτά τα συστήματα λειτουργούν κανονικά, τότε η ανάπτυξη του ατόμου δεν διακόπτεται παρά τις όποιες δυσκολίες καλείται να αντιμετωπίσει. Ωστόσο, αν αυτά τα συστήματα δεν λειτουργήσουν κανονικά, τότε ο κίνδυνος για αναπτυξιακά προβλήματα είναι μεγάλος, ιδιαίτερα αν οι περιβαλλοντικοί κίνδυνοι είναι παρατεταμένοι (Masten, 2001).

Κάθε άτομο διαθέτει κάποιο βαθμό ανθεκτικότητας, ο οποίος και συνδέεται άμεσα με προστατευτικούς παράγοντες. Οι προστατευτικοί αυτοί παράγοντες αποτελούν ειδικές ικανότητες και δεξιότητες που εντοπίζονται τόσο στο ίδιο το άτομο και τότε μιλάμε για ατομικές προστατευτικές πηγές όσο και το περιβάλλον του και εννοούμε

τους εξωτερικούς προστατευτικούς παράγοντες οι οποίοι και αντισταθμίζουν τους παράγοντες επικινδυνότητας. Έτσι η ανθεκτικότητα θεωρείται ως ένα τελικό προϊόν των θωρακιστικών διαδικασιών που δεν εξαλείφουν τους κινδύνους και το άγχος, αλλά επιτρέπουν στο άτομο να τα αντιμετωπίσει αποτελεσματικά (Werner,2000).

Η ανθεκτικότητα εξηγείται συνήθως και μελετάται στο πλαίσιο της προσέγγισης κατασκευής δύο διαστάσεων, αρνητικής και θετικής προσέγγισης. Συγκεκριμένα αφορά τόσο στην έκθεση του ατόμου σε αντιξοότητες όσο και στα θετικά αποτελέσματα της προσαρμογής του στην αντιξοότητα αυτής (Luther & Cicchetti, 2000). Ενώ εξετάζεται η δομή της ανθεκτικότητας σε διάφορες μελέτες και επιστημονικά άρθρα, φαίνεται ότι υπάρχει ελάχιστη συναίνεση ως προς τον τρόπο με τον οποίο οι ερευνητές καθορίζουν την έννοια αυτή. Σχετικά δε με τα θετικά αποτελέσματα που μπορεί να έχει αυτή η προσαρμογή στις δύσκολες καταστάσεις φαίνεται ότι υπάρχει σημαντική συμφωνία στην επιστημονική κοινότητα. Η ανθεκτικότητα ορίζεται επίσης ως μια ολοκληρωμένη συμπεριφορά η οποία εκδηλώνεται μέσα από την ικανότητα ή την επιτυχία της εκπλήρωσης συγκεκριμένων καθηκόντων σε ένα συγκεκριμένο στάδιο ζωής (Luthar & Cicchetti, 2000). Όσον αφορά το σχολικό περιβάλλον, οι μελετητές συχνά χρησιμοποιούν το σχολείο ως σημείο μελέτης μιας κρατικής ή και ιδιωτικής δομής, στις οποίες διενεργούνται θετικές εξελίξεις σε ότι αφορά στην προσαρμογή και ευελιξία του ατόμου σε επιβαρυντικές για τον ψυχισμό καταστάσεις (Jew, et al., 1999).

Ο Masten (1994) υποστήριξε ότι η ανθεκτικότητα αναφέρεται σε άτομα που σχηματίζουν ομάδες υψηλού κινδύνου οι οποίες είχαν καλύτερα αποτελέσματα από ότι αναμενόταν, σε άτομα που δείχνουν καλή προσαρμογή παρά τις αγχωτικές (κοινές) εμπειρίες (όταν η ανθεκτικότητα είναι ακραία, ή όταν η ανθεκτικότητα αναφέρεται στα πρότυπα της ανάκαμψης) και σε ομάδες ατόμων που διάγουν ανάκτηση μετά από κάποιο τραύμα. Ο Garmezy (1993) υποστήριξε ότι η μελέτη της ανθεκτικότητας έχει επικεντρωθεί απαντώντας σε δύο σημαντικά ερωτήματα. Δηλαδή ποια είναι τα χαρακτηριστικά και οι παράγοντες κινδύνου των παιδιών, των οικογενειών και του περιβάλλοντος που προδιαθέτουν τα παιδιά στη δυσλειτουργία μετά την έκθεση σε κάποια αντιξοότητα και ποια είναι τα

χαρακτηριστικά και οι προστατευτικοί παράγοντες εκείνοι που τους προστατεύουν από αυτές τις αντιξοότητες.

Προσεγγίζοντας την έννοια της ανθεκτικότητας στα παιδιά, οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι υπάρχουν μερικά βασικά χαρακτηριστικά τα οποία χαρακτηρίζουν τα παιδιά με υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα. Αυτά αφορούν στην ικανότητα κοινωνικής προσαρμογής η οποία προδίδεται από τη δυνατότητα απόκτησης θετικών απαντήσεων από άλλους, δημιουργώντας θετικές σχέσεις τόσο με ενήλικες όσο και με συμμαθητές των παιδιών αυτών και τη δεξιότητα που μπορεί να έχουν στην επίλυση των προβλημάτων και στο σχεδιασμό εκείνο ο οποίος διευκολύνει τον εαυτό τους να ελέγχει και να επινοεί την επιδίωξη βοήθειας από άλλους. Επίσης σημαντικό χαρακτηριστικό ανθεκτικότητας θεωρείται η αυτονομία, η οποία προσδιορίζεται από την αίσθηση της ταυτότητας του ατόμου και η ικανότητά του να ενεργεί ανεξάρτητα και να ασκεί κάποιο έλεγχο στο περιβάλλον του, και τέλος άλλο ένα χαρακτηριστικό ανθεκτικότητας για τα παιδιά, μπορεί να θεωρηθεί η δυνατότητα να προσεγγίζει στόχους στη ζωή του και να δημιουργεί προϋποθέσεις για το μέλλον του, ενώ οι στόχοι αυτοί μπορεί να αφορούν σε εκπαιδευτικές φιλοδοξίες, στην επιμονή, στην ελπίδα και στην αίσθηση γενικά του φωτεινού/λαμπρού μέλλοντος (Bernard,1995).

Οι Werner και Smith (1992), εξήγησαν η ανθεκτικότητα έχει ανακαλυφθεί για να περιγράψει ένα άτομο που έχει ένα καλό ιστορικό θετικής προσαρμογής ενάντια στο άγχος ή την αναταραχή των αλλαγών. Οι διαχρονικές μελέτες τους διαπίστωσαν ότι ένα υψηλό ποσοστό παιδιών από ένα περιβάλλον σε κίνδυνο, που χρειάζονται παρέμβαση, εξακολουθεί να γίνεται υγιής, ικανός ενήλικας. Ισχυρίστηκαν δε ότι ένα ανθεκτικό παιδί είναι ένα παιδί που αγαπά καλά, λειτουργεί καλά, παίζει καλά και περιμένει και υπομένει καλά. Είναι ένα παιδί δηλαδή που έχει δεξιότητες, υπομονή, στόχευση και λειτουργικότητα (Werner & Smith, 1992).

Παρά τις διαφορές στην ορολογία, ο Masten (1994) υποστήριξε ότι η ανθεκτικότητα πρέπει να γίνει κατανοητή ως διαδικασία και εξήγησε ότι η ανθεκτικότητα πρέπει να θεωρείται ως μια αλληλεπίδραση μεταξύ ορισμένων χαρακτηριστικών του ατόμου και του ευρύτερου περιβάλλοντος, μια ισορροπία μεταξύ άγχους και ικανότητας αντιμετώπισης και μια δυναμική και αναπτυξιακή διαδικασία που είναι

σημαντική στις μεταβάσεις της ζωής. Η συζήτηση ως προς το αν η ανθεκτικότητα είναι μια έμφυτη ποιοτική ή δυναμική διαδικασία είναι εμφανής στη βιβλιογραφία. Το επόμενο τμήμα παρέχει ένα πλαίσιο για το πώς προσεγγίσθηκε αυτή η έρευνα στην έρευνα ευελιξίας (Masten, 1994).

#### 1.4. Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό εσωτερικής ποιότητας

Κατά τη διάρκεια μελετών τις τελευταίας εικοσαετίας για την ανθεκτικότητα, οι ερευνητές τείνουν να θεωρούν και να επισημαίνουν τα άτομα που υπερέβησαν τις δυσμενείς συνθήκες τους ως ανθεκτικά, άτρωτα ή αήττητα (Werner & Smith, 1992). Τέτοιες ετικέτες υπονοούν ότι αυτά τα άτομα είχαν στην κατοχή τους ένα σπάνιο και αξιόλογο σύνολο ιδιοτήτων που τους επέτρεψαν να ανακάμψουν από τις αντιξοότητες που ήρθαν στο δρόμο τους, σχεδόν σαν αυτά τα τυχερά άτομα να είχαν ένα είδος μαγικού πεδίου δυνάμεων που να τους προστατεύει από κάθε βλάβη. Ωστόσο, όλο και περισσότερο, οι ερευνητές κατέληξαν στη συναίνεση, ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι μια αξιοσημείωτη, έμφυτη ποιότητα, αλλά μάλλον μια αναπτυξιακή διαδικασία που ενσωματώνει τις κανονιστικές αυτοεπιδιορθούμενες τάσεις των ατόμων (Masten, 2001).

Ο Garmezy (1993) επισήμανε ότι η χρήση του όρου είναι μη ορθή επειδή υποδηλώνει ότι οι άνθρωποι είναι ανίκανοι να τραυματιστούν ή να τραυματιστούν. Ο Masten (2001) αναφέρθηκε στη διαδικασία ανθεκτικότητας ως "συνηθισμένη μαγεία", απλώς και μόνο επειδή η πλειοψηφία των ατόμων που υφίστανται σοβαρές αντιξοότητες "αξιοσημείωτα" καταφέρνουν να επιτύχουν κανονιστικά αναπτυξιακά αποτελέσματα (Masten, 2001). Η έρευνα για την ανθεκτικότητα καταλήγει στο συμπέρασμα ότι κάθε άτομο έχει μια εγγενή ικανότητα για ανθεκτικότητα, μια αυτοεπιπεδούμενη τάση που λειτουργεί καλύτερα όταν οι άνθρωποι έχουν συνθήκες οικοδόμησης ευελιξίας στη ζωή τους (Benard, 1995). Βασίζεται στην πεποίθηση ότι όλοι οι άνθρωποι έχουν μια εγγενή αναπτυξιακή σοφία και επιδιώκουν να περιγράψουν καλύτερα πώς μπορούν οι εκπαιδευτικοί να αξιοποιήσουν αυτή τη σοφία. Επίσης επισημαίνει ότι είμαστε όλοι γεννημένοι με μια εγγενή ικανότητα για ανθεκτικότητα, με την οποία είμαστε σε θέση να



αναπτύξουμε κοινωνικές ικανότητες, δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, κριτική συνείδηση, αυτονομία και αίσθηση του σκοπού (Benard, 1995).

Γενικά οι ερευνητές, βλέπουν όλο και περισσότερο την ανθεκτικότητα όχι ως καθορισμένο χαρακτηριστικό, αλλά ως μεταβλητό σύνολο διαδικασιών που μπορούν να αναπτυχθούν και να καλλιεργηθούν (Masten, 2001, Pardon, et al., 1999), ενώ τονίζουν τις αλληλεπιδραστικές διεργασίες, μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος και μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και προστασίας, ως τις βάσεις της ανάπτυξης ανθεκτικότητας. Ακολούθως, η θεωρία των οικολογικών συστημάτων, που διατυπώθηκε από τους Bronfenbrenner (1989), Garabino (1995) και Garmezy (1991), λειτούργησε ως ένας τρόπος για να εξεταστεί η αλληλεπίδραση μεταξύ ατόμων και του περιβάλλοντος τους και ο σχετικός αντίκτυπος στην ανάπτυξη του ατόμου.

Το τριαδικό μοντέλο ανθεκτικότητας του Garmezy (1991), παρείχε ένα ευρέως αποδεκτό οικολογικό πλαίσιο για την κατανόηση της διαδικασίας της ανθεκτικότητας. Πολλοί επιστήμονες χρησιμοποιούν αυτό το πλαίσιο για να μελετήσουν την ανθεκτικότητα (Gordon & Song, 1994, Morales & Trotman, 2004, Werner & Smith, 1982). Το τριαδικό αυτό μοντέλο, περιγράφει τις δυναμικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων κινδύνου και προστασίας σε τρία επίπεδα (άτομο, οικογένεια και περιβάλλον). Το μοντέλο υπογραμμίζει επίσης ότι η ανθεκτικότητα είναι μια διαδικασία που δίνει τη δυνατότητα στα άτομα να διαμορφώσουν το περιβάλλον τους και να διαμορφωθούν από αυτά με τη σειρά τους. Ομοίως, το αλληλεπιδραστικό μοντέλο ανάπτυξης των Cicchetti και Lynch (1993) υπογράμμισε πως ορισμένα περιβάλλοντα (π.χ. πολιτισμός, γειτονιά, οικογένεια) αλληλεπιδρούν μεταξύ τους με την πάροδο του χρόνου για να διαμορφώσουν την ανάπτυξη και την προσαρμογή. Αυτά τα οικολογικά μοντέλα υπογραμμίζουν τη διασταύρωση των ποικίλων επιρροών στην ανάπτυξη κάποιου και τον τρόπο με τον οποίο οι παράγοντες κινδύνου και προστασίας μπορούν να αλληλεπιδρούν για να ενισχύσουν ή να εμποδίσουν την ανθεκτικότητα ενός ατόμου (Cicchetti & Lynch, 1993).

### 1.5. Η ανθεκτικότητα ως χαρακτηριστικό δυναμικής διεργασίας

Η έννοια της ανθεκτικότητας ως δυναμική διαδικασία, είναι η κατανόηση ότι η ανθεκτικότητα μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί με την πάροδο του χρόνου, ανάλογα με τις αλληλεπιδράσεις που συμβαίνουν μεταξύ ενός ατόμου και του περιβάλλοντος και μεταξύ των παραγόντων κινδύνου και προστασίας στην ζωή ενός ατόμου (Borman & Rachuba, 2001; Werner & Smith, 1992). Ως εκ τούτου, ένα άτομο μπορεί να είναι ελαστικό σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές - και όχι σε άλλες - ανάλογα με τις συνθήκες και τη σχετική ισχύ των προστατευτικών παραγόντων σε σχέση με τους παράγοντες κινδύνου στη συγκεκριμένη στιγμή (Winfield, 1991). Είναι ενδιαφέρον, ότι ο όρος ανθεκτικότητα υιοθετήθηκε αντί των προηγούμενων όρων, διότι μεταδόθηκε με μεγαλύτερη ακρίβεια στη δυναμική διαδικασία (Wolin & Wolin, 1993). Ο Masten (1994) συνέβαλε στην ιδέα ότι η ανθεκτικότητα είναι ένα πρότυπο με την πάροδο του χρόνου, που χαρακτηρίζεται από καλή τελική προσαρμογή παρά τον κίνδυνο, το έντονο άγχος ή τις χρόνιες αντιξοότητες.

Προτρέποντας τους μελετητές να κοιτάξουν πέρα από το ατομικό επίπεδο ανθεκτικότητας, η Seccombe (2002) υποστήριξε ότι: η ευρέως διαδεδομένη άποψη της ανθεκτικότητας, ως ατομική διάθεση, οικογενειακό χαρακτηριστικό ή κοινοτικό φαινόμενο είναι ανεπαρκής. Η ανθεκτικότητα, αυτό το χαρακτηριστικό ευελιξίας του ατόμου, δεν μπορεί να κατανοηθεί ή να βελτιωθεί με σημαντικούς τρόπους με απλή εστίαση σε αυτούς τους επιμέρους παράγοντες. Αντ' αυτού, πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στις διαρθρωτικές ελλείψεις της κοινωνίας μας και να είναι κοινωνικές πολιτικές που χρειάζονται οι οικογένειες για να γίνουν ισχυρότερες, πιο ικανές και να λειτουργήσουν καλύτερα σε αντίξοες καταστάσεις (Seccombe, 2002).

Μέσα από τη μελέτη της αναπτυξιακής ψυχολογίας (Werner (1982), τεσσάρων δεκαετιών, των παιδιών στο νησί Kauai της Χαβάης, αυτή η μελέτη η οποία αποτελεί την τρίτη σημαντική μελέτη σε βιβλιογραφία ανθεκτικότητας, καταγράφηκαν σημαντικά αποτελέσματα. Από τα 698 παιδιά που μελετήθηκαν, το ένα τρίτο είχε τέσσερις περισσότερους παράγοντες κινδύνου στη ζωή τους και χαρακτηρίστηκε ως "υψηλός κίνδυνος" (Werner & Smith, 1982). Σημαντικό εύρημα, ωστόσο, ήταν ότι το ένα τρίτο των παιδιών "υψηλού κινδύνου" (72 από τα 201) επέδειξαν καλά

αποτελέσματα από την εφηβεία τους, δηλαδή καλό επίπεδο ανθεκτικότητας. Επιπλέον, οι μέχρι τότε οι συμμετέχοντες είχαν εισέλθει κοντά στην ηλικία των 30 ετών, ενώ τα δύο τρίτα εκείνων που είχαν παρουσιάσει προβλήματα κατά την εφηβεία οδηγούσαν στην εκτίμηση μιας επιτυχούς ενήλικης ζωής (Werner & Smith, 1982). Κατά τη διάρκεια αυτών των τεσσάρων δεκαετιών, οι ερευνητές διερεύνησαν τους προστατευτικούς παράγοντες στη ζωή των ανθεκτικών ατόμων που οδηγούν σε καλή ανάπτυξη και ευελιξία. Οι ερευνητές προσδιόρισαν ότι οι προστατευτικοί παράγοντες ήταν τόσο εσωτερικοί όσο και εξωτερικοί του ατόμου και περιλάμβαναν παράγοντες διάθεσης, συναισθηματικούς δεσμούς εντός της οικογένειας και εξωτερικούς περιβαλλοντικούς υποστηρικτές. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες περιλαμβάνουν το μέγεθος της οικογένειας (τέσσερα ή λιγότερα παιδιά) και την πρόσβαση στο νοικοκυριό και στο πεδίο των φροντιστών αυτών. Ιδιαίτερη προσοχή δόθηκε στα παιδιά κατά τη βρεφική ηλικία, στη συνεκτική δομή και στους κανόνες κατά την εφηβεία του παιδιού, στην οικογενειακή συνοχή καθώς και στο ανεπίσημο και διαγενεακό δίκτυο φίλων και συγγενών. Όλα τα ανθεκτικά παιδιά υψηλού κινδύνου στη μελέτη αυτή θα μπορούσαν να υποδείξουν τουλάχιστον έναν δάσκαλο, που υπήρξε γι'αυτά, μια σημαντική πηγή υποστήριξης (Werner & Smith, 1982). Αυτές οι σημασιολογικές μελέτες συνεχίζουν να στηρίζουν το επιχειρήμα ότι πολλοί παράγοντες μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα να ευδοκιμήσουν ενάντια στις αντιξοότητες. Επιπλέον, τα ευρήματα από αυτές τις μελέτες προσφέρουν ελπίδα και απόδειξη ότι παρά τις τραυματικές και αγχωτικές εμπειρίες ζωής, τα άτομα μπορούν να είναι ανθεκτικά. Από αυτές τις βασικές μελέτες προέκυψαν σημαντικοί όροι που συνεχίζουν να πλαισιώνουν τη σύνθετη και δυναμική έρευνα που διεξάγεται στον τομέα της ανθεκτικότητας.

#### 1.6. Παράγοντες κινδύνου ανθεκτικότητας

Οι παράγοντες κινδύνου ορίζονται ως η οποιαδήποτε επίδραση η οποία μπορεί αν αυξάνει την πιθανότητα εκδήλωσης, διέλευσης σε πιο σοβαρή κατάσταση ή συντήρησης μιας προβληματικής κατάστασης (Kirby & Fraser, 1997). Οι παράγοντες κινδύνου είναι εκείνα τα χαρακτηριστικά που πιστεύεται ότι παρουσιάζει μια ομάδα ανθρώπων, με μεγαλύτερη πιθανότητα ανεπιθύμητου αποτελέσματος

(Masten, 1994). Παραδοσιακά, οι μελετητές έχουν προσεγγίσει τη μελέτη των παραγόντων κινδύνου με έναν από τους δύο τρόπους: 1) έχουν εξετάσει τους συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνου ή συγκεκριμένο προηγούμενο που προσπάθησαν να συνδεθούν με μελλοντικά αποτελέσματα ή 2) έχουν μελετήσει τον συσσωρευτικό κίνδυνο, στον οποίο γίνεται προσπάθεια να καθοριστούν οι επιπτώσεις των κινδύνων που στην προκειμένη περίπτωση αφορούν την ψυχική ανθεκτικότητα. Η οικολογική θεωρία της ανθεκτικότητας συνέχισε να επηρεάζει το σχεδιασμό σύγχρονων ερευνητικών μελετών (Bronfenbrenner, et al., 1984). Η προσέγγιση αυτή, βλέπει το παιδί να αναπτύσσεται μέσα σε ένα σύνθετο σύστημα σχέσεων που επηρεάζονται από πολλαπλά επίπεδα του περιβάλλοντος χώρου. Το περιβάλλον ορίζεται ως μια σειρά από ένθετες δομές που αποτελούνται από το μικροσύστημα (το άμεσο περιβάλλον του παιδιού), το μεσοσύστημα (αλληλεπιδράσεις μεταξύ παραγόντων μικροσυστημάτων), το εξωσύστημα (παράγοντες στην ευρύτερη κοινότητα) και το μακροσύστημα (που αποτελείται από αξίες, νόμους, τελωνεία κ.λπ.). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι εγγύτεροι παράγοντες κινδύνου - εκείνοι που βρίσκονται πιο κοντά στο άτομο, όπως οι γονείς που είναι καταχρηστικοί, είναι πιο επικίνδυνοι και περιθωριακοί. Ωστόσο, υπάρχει μια κριτική ότι υπάρχουν ελλείψεις στην ερευνητική μεθοδολογία, υποθέτοντας ότι αυτοί οι μακροοικονομικοί παράγοντες, μπορεί στην πραγματικότητα να έχουν μεγαλύτερη επιρροή στην ανάπτυξη ενός ατόμου (Bronfenbrenner, et al., 1984).

Οι μελετητές υποστήριξαν επίσης, ότι ο κίνδυνος αρνητικής αντίδρασης σε στρεσογόνα γεγονότα πρέπει να θεωρείται ως μια δυναμική διαδικασία και ότι η ανταπόκριση στον κίνδυνο ποικίλλει μεταξύ των ατόμων και των συνθηκών ζωής τους (Cowan, et al., 1996). Πιο συγκεκριμένα, οι άνθρωποι που μπορεί να αντιδρούν θετικά σε ένα σημείο της ζωής τους δεν σημαίνει ότι θα καταφέρουν να κάνουν το ίδιο και μπροστά σε άλλο ίδιο ή παρόμοιο γεγονός (Rutter, 1979). Επιπλέον, η έννοια του κινδύνου περιλαμβάνει μια έννοια αθροιστικού στρες (Garmezy, 1993; Masten, 1994) και το άγχος έχει διαφοροποιηθεί από τον κίνδυνο ως υποκειμενική αντίδραση ενός ατόμου σε γεγονότα της ζωής που απαιτούν προσαρμογή. Με άλλα λόγια, τα γεγονότα της ζωής θεωρούνται ως αγχωτικά όταν ένα άτομο καθορίζει το γεγονός και έτσι μπορεί να το αντιληφθεί ως απειλή (Lazarus & Folkman, 1984).

Ωστόσο, η διαδικασία καθορισμού και εξέτασης των παραγόντων κινδύνου έχει αποδειχθεί πρόκληση για όσους μελετούν την ανθεκτικότητα. Πολλοί υποστηρίζουν ότι ένα πιθανό πρόβλημα με την ερευνητική διαδικασία σχετικά με την ανθεκτικότητα, είναι ότι οι ερευνητές υποθέτουν ότι όλοι οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις ίδιες αντιλήψεις για τον κίνδυνο και την ανθεκτικότητα (Luther, et al., 2000). Από την πλευρά του επιχειρήματος αυτού, οι μαθητές με σημαντικούς παράγοντες κινδύνου μπορούν να αποκλειστούν από την έρευνα ανθεκτικότητας επειδή μπορεί να μην παρουσιάζουν δυσκολία ή αντικοινωνική συμπεριφορά που συνήθως αποδίδεται σε εκείνους τους προαναφερθέντες παράγοντες κινδύνου. Σε μια μελέτη για τα θύματα παιδικής κακοποίησης, οι ερευνητές πρότειναν ότι τα ήσυχα, παιδιά και εκείνα δηλαδή που έχουν αποσυρθεί από την ένταση και δεν εμφανίζουν προκλητικές συμπεριφορές, θα μπορούσαν να διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο με τους πιο φωνητικούς συνομηλίκους τους (Fleming et al., 1997). Ωστόσο, όλοι αυτοί οι ερευνητές υποστήριξαν, ότι ενώ η κατασκευή και παρουσία των παραγόντων κινδύνου, παρουσιάζει τις προκλήσεις της, κι έτσι η έρευνα ανθεκτικότητας είναι τόσο ελπιδοφόρα όσο και ευεργετική για τον τομέα της ψυχολογίας και όχι μόνο. Η ακριβής περιγραφή της φύσης του κινδύνου είναι ζωτικής σημασίας για την κατανόησή του και το πώς επηρεάζει τους ανθρώπους, αλλά και σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας της ανθεκτικότητας και του τρόπου ανάπτυξης των παρεμβάσεων και της επίδρασης αυτής στον πραγματικό κόσμο. Επειδή οι κίνδυνοι είναι πολύπλευροι στη φύση, προκύπτει κατ' ανάγκη ότι η ανθεκτικότητα είναι επίσης πολύπλευρη (Condly, 2006).

Μια βασική διάκριση αφορά τόσο (α) τους ατομικούς παράγοντες και τα εγγενή γνωρίσματα επικινδυνότητας που αναφέρονται σε βιολογικά και προδιαθεσιακά (π.χ., γενετικές ατέλειες, νευρολογικές βλάβες, «δύσκολη» ιδιοσυγκρασία) ή ψυχολογικά χαρακτηριστικά (π.χ. χαμηλό επίπεδο νοητικών ικανοτήτων, ελλιπής αυτοαποτελεσματικότητα ή χαμηλός αυτοέλεγχος) όσο και (β) τις επαπειλητικές συνθήκες του πλαισίου ή του περιβάλλοντος που εντοπίζονται στην οικογένεια, στο σχολικό περιβάλλον και στην κοινότητα (π.χ., φτώχεια, γονική ψυχοπαθολογία, γονική παραμέληση ή κακοποίηση, συζυγικές συγκρούσεις, πλημμελής γονική συμπεριφορά, προβληματικές σχέσεις με τους συνομηλίκους, έλλειψη κοινωνικών

υποστηρικτικών δικτύων), καθώς και τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής (Fraser & Galinsky, 1997). Αξίζει εδώ να επισημανθεί ότι η έκθεση σε αυτούς τους πολλαπλούς κινδύνους αυξάνει την τρωτότητα ενός ατόμου και το κάνει εξαιρετικά ευάλωτο. Με άλλα λόγια, η τρωτότητα είναι όρος που αναφέρεται σε παράγοντες που εντείνουν την αντίδραση στον κίνδυνο, αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κάποιας μορφής ψυχοπαθολογίας, ειδικά για τα παιδιά που είναι ευάλωτα σ' αυτήν, και επομένως προκύπτει ως παράγωγο αλληλεπίδρασης (Wenar & Kerig, 2008).

### 1.7. Προστατευτικοί παράγοντες ανθεκτικότητας

Η μελέτη προστατευτικών παραγόντων περιλαμβάνει μια μεταβολή των μοντέλων έρευνας που κατευθύνει την προσοχή του ερευνητή από τους παράγοντες κινδύνου, στη διαδικασία του πώς οι άνθρωποι διαπραγματεύονται επιτυχώς τον κίνδυνο (Jessor, 1993). Ένας προστατευτικός παράγοντας περιγράφει γενικά τις περιστάσεις και τις δυνάμεις εκείνες που μετριάζουν τις επιπτώσεις των κινδύνων και ενισχύουν την προσαρμογή του ατόμου μετά από ένα ψυχοφθόρο γεγονός (Masten, 1994).

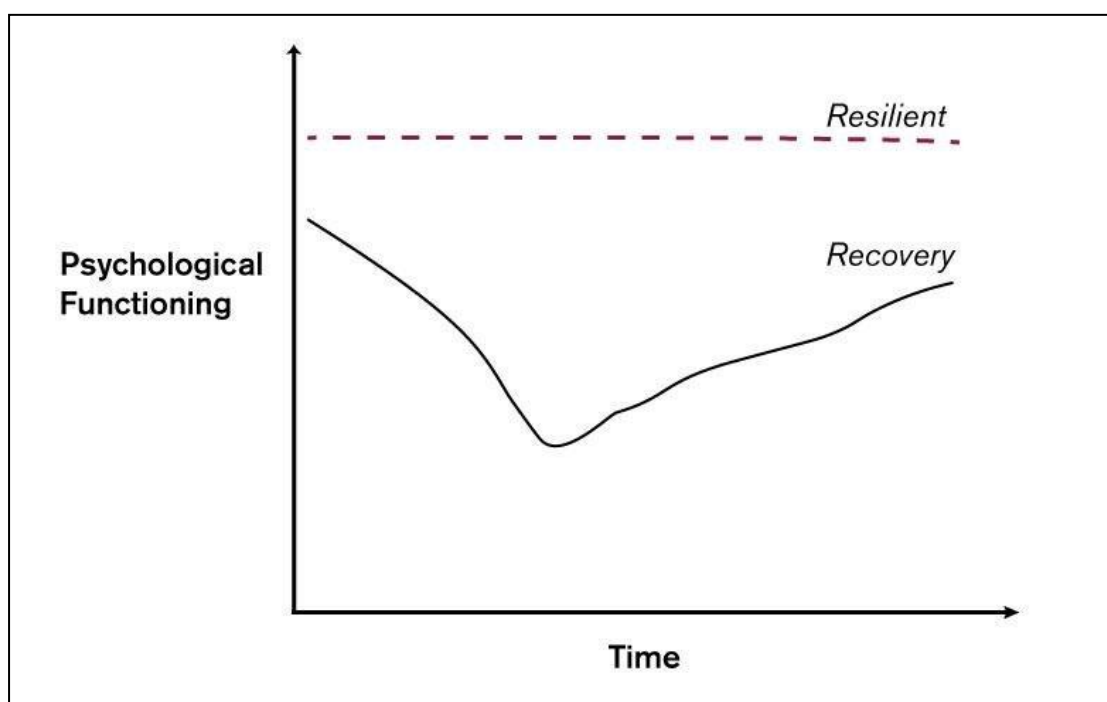
Ένας λόγος για τον οποίο η έρευνα της ανθεκτικότητας εξακολουθεί να είναι αρκετά δύσκολη, είναι η πρόκληση και η δυσκολία στην απομόνωση των παραγόντων κινδύνου και εκείνων των αντίστοιχων της προστασίας, που μελετώνται σε διαφορετικούς πληθυσμούς, σε διαφορετικά πλαίσια, χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθοδολογίες.

Στους ατομικούς προστατευτικούς παράγοντες συγκαταλέγονται πηγές προσωπικές, γνωστικές, συναισθηματικές, συμπεριφοράς, όπως οι κοινωνικές δεξιότητες, η θετική αυτοεκτίμηση, η αυτονομία, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων, η αυτοαποπελεσματικότητα (Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1987). Στους κυριότερους περιβαλλοντικούς προστατευτικούς παράγοντες περιλαμβάνονται η οικογένεια και οι υγιείς και ασφαλείς σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα σε αυτή, το σχολείο και οι θετικές σχέσεις με εκπαιδευτικούς και συμμαθητές, καθώς και οι σχέσεις στην

κοινότητα (Luthar & Zigler, 1991; Rutter, 1987; Wright & Masten, 2005). Οι παράγοντες επικινδυνότητας νοούνται με πολλούς τρόπους συμπεριλαμβανομένων ενδοπροσωπικών, διαπροσωπικών ή άλλων συναφών δυσκολιών, όπως άγχος, κακοποίηση, παραμέληση, φτώχεια κ.α.

Σημαντικός προστατευτικός παράγοντας για το άτομο είναι επίσης η επάρκεια, η οποία μετράται βάσει των αναπτυξιακών επιτευγμάτων, μεταβάλλεται με τον χρόνο κι έτσι ένα άτομο μπορεί να επιδείξει ανθεκτικότητα σε κάποια περίοδο της ζωής του όχι όμως και σε κάποια επόμενη. Οι Masten και Coatsworth (1998) την ορίζουν πιο σφαιρικά ως «την εκδηλούμενη επάρκεια του ατόμου στις σημαντικές προκλήσεις, απειλές και απαιτήσεις που θέτει το περιβάλλον για προσαρμογή ή ανάπτυξη», (διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1: Ψυχική Ανθεκτικότητα**



Πηγή: Arizona State University. <https://medicalxpress.com/news/2018-08-youre-re-evaluates-resilience-adults.html>

Πολλές μελέτες συνεχίζουν να μετρούν την ανθεκτικότητα ή τους προστατευτικούς παράγοντες, αξιολογώντας έναν «κίνδυνο» ή φαινομενικά τραυματισμένο

πληθυσμό όσον αφορά την ικανότητά του να αποφεύγει το πρόβλημα για το οποίο πιστεύεται ότι βρίσκεται σε κίνδυνο. Πρόσφατες μελέτες περιλαμβάνουν τις μελέτες των Hagen, και συν (2005) σχετικά με τους προστατευτικούς παράγοντες σε παιδιά, που θεωρήθηκαν ότι κινδυνεύουν λόγω της φυλάκισης των μητέρων τους, στην έρευνα των Carle και Chassin (2004) για την ανθεκτικότητα συμπεριφοράς των παιδιών αλκοολικών γονέων και των Hines και συν. (2005) σχετικά με την ακαδημαϊκή ανθεκτικότητα της νεολαίας. Οι ερευνητές εξήγησαν ότι οι προστατευτικοί παράγοντες - τόσο οι εσωτερικοί όσο και οι εξωτερικοί - μπορούν να παρεμποδίσουν, να καθυστερήσουν, να υπερνικήσουν ή ακόμη και να αποτρέψουν τον κίνδυνο (Werner, 1982). Οι προστατευτικοί παράγοντες, ωστόσο, εξακολουθούν να είναι ένας όρος που καθορίζεται ευρέως, έχοντας πολλές προεκτάσεις και βέβαια η φύση της αλληλεπίδρασης των παραγόντων κινδύνου αλλά και των προστατευτικών παραγόντων εξακολουθεί να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα (Kirby & Fraser, 1997).

Ο Masten (1994) υποστήριξε ότι οι κίνδυνοι και οι προστατευτικοί παράγοντες είναι πολικές αντιθέσεις, στις οποίες η ικανότητα μειώνεται όσο αυξάνεται το άγχος. Ωστόσο, οι επιστήμονες ισχυρίστηκαν ότι οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες αλληλεπιδρούν ώστε να παράγουν ένα αποτέλεσμα και όταν το στρες είναι χαμηλό, οι προστατευτικοί παράγοντες έχουν μικρότερη επιρροή. Επίσης υποστήριξε ότι ακριβώς όπως οι κίνδυνοι έχουν προσδιοριστεί ως αθροιστικοί, οι προστατευτικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν το ίδιο σωρευτικό αποτέλεσμα στις ζωές του ατόμου. Όσο περισσότεροι δηλαδή προστατευτικοί παράγοντες υπάρχουν στη ζωή ενός παιδιού, τόσο πιο πιθανό είναι να παρουσιάσει αυτό το παιδί ψυχική ανθεκτικότητα (Kirby & Fraser, 1997; Masten, 1994).

Ένας παράγοντας θεωρείται προστατευτικός, αν στην πράξη υποβαθμίζει έναν αντίστοιχο παράγοντα κινδύνου. Οι προστατευτικοί παράγοντες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν με τέσσερις τρόπους: 1) σε εκείνους που μειώνουν τον αντίκτυπο στον κίνδυνο ή μειώνουν την έκθεση του ατόμου σε κίνδυνο, 2) σε εκείνους που μειώνουν τις αρνητικές αλυσιδωτές αντιδράσεις που ακολουθούν κακά γεγονότα ή εμπειρίες, 3) στην αυτοπεποίθηση και την αυτο-αποτελεσματικότητα και 4) σε εκείνες τις διαδικασίες που ενθαρρύνουν τις θετικές



σχέσεις και τις νέες ευκαιρίες που παρέχουν τους απαραίτητους πόρους ή μια ανακατεύθυνση στη ζωή. Ωστόσο, οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι προστατευτικοί παράγοντες έχουν μεγαλύτερη αξία από τους παράγοντες κινδύνου (Knight, 2007). Η αυτοαποτελεσματικότητα, ως ατομικός προστατευτικός παράγοντας, μπορεί να συνεισφέρει στην καλύτερη ψυχική υγεία και στη θετικότερη κοινωνική συμπεριφορά από το ρόλο του ρυθμιστή ενάντια στις επιπτώσεις των αρνητικών συνθηκών που εμφανίζονται στο άτομο (Leontoroulou, 2013).

Για να φωτίσουν την ισχύ προστατευτικών παραγόντων, μια πρόσφατη μελέτη διαπίστωσε ότι οι εσωτερικοί και εξωτερικοί προστατευτικοί παράγοντες φαίνεται να έχουν βελτιωμένους παράγοντες κινδύνου για παιδιά ηλικίας 11-15 ετών όπως αυτά που επιβίωσαν από το τσουνάμι στην Ινδονησία (Ratrin Hestyanti, 2006). Επίσης οι Esquivel, και συν. (2011) υπογράμμισαν την αξία των προστατευτικών παραγόντων, ειδικότερα στο σχολικό περιβάλλον, αναφέροντας ότι οι προστατευτικοί παράγοντες προσφέρουν ελπίδα στην διαπαιδαγώγηση της ψυχής και του πνεύματος των νέων μαθητών και έτσι τα σχολεία μπορούν να επιτύχουν στην αποστολή τους, να προετοιμάσουν τους μαθητές για υγιή και παραγωγική ζωή στην μετέπειτα ενήλική ζωή τους.

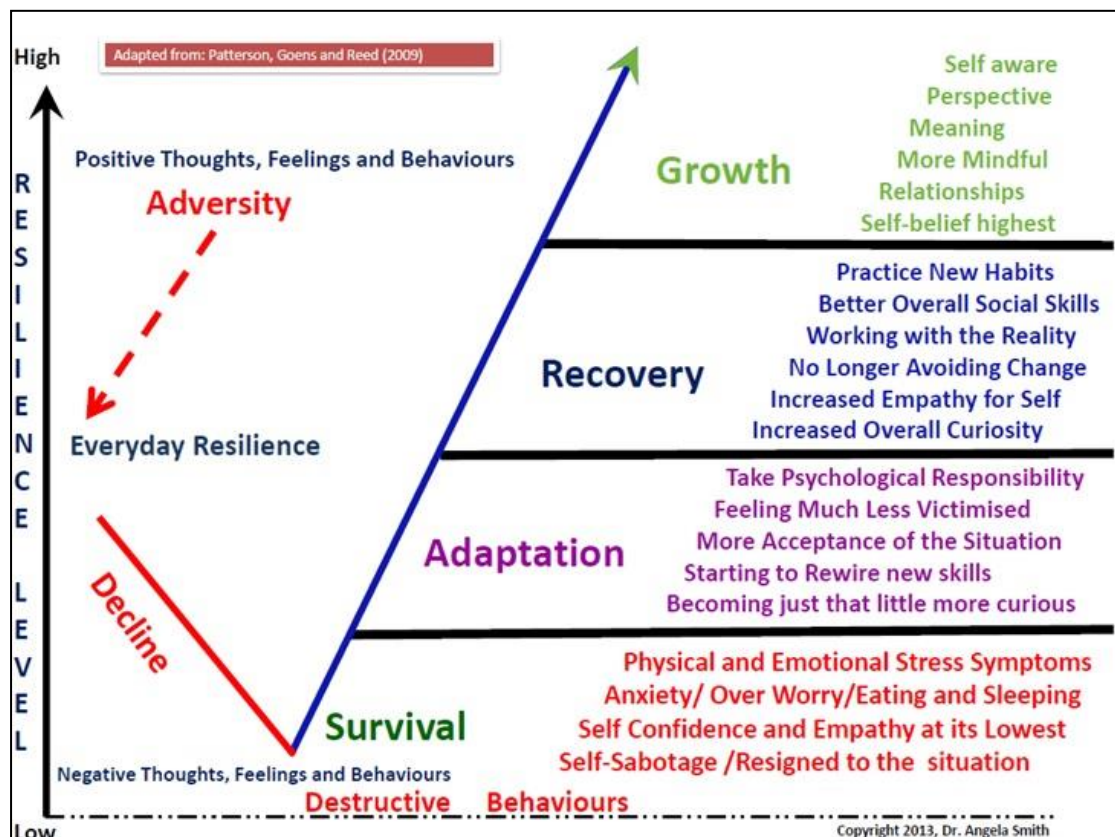
Τα σχολεία φαίνεται ότι αποτελούν μια ιδανική στέγη τόσο για τη μελέτη της ανθεκτικότητας όσο και για την ενεργοποίηση διαδικασιών που θα την ενισχύουν. Οι έρευνες για την ανθεκτικότητα στα σχολεία υποδηλώνουν το γεγονός ότι παρά τα εμπόδια στην εκμάθηση των μαθητών με υψηλό βαθμό κινδύνου, εξακολουθούν να επιδεικνύουν επίπεδα επιτυχίας. Η ανθεκτικότητα βασίζεται στον ορισμό προστατευτικών παραγόντων μέσα στην οικογένεια, στο σχολείο και στην κοινότητα και υπάρχουν για να προσδιορίσουν το επιτυχημένο παιδί ή τον έφηβο, το ανθεκτικό παιδί, το σχολείο και την κοινότητα που διαβιών τα παιδιά και οι οποίοι είναι εκείνοι που θα προβούν στις αναλόγως παρεμβάσεις στήριξης της ψυχικής τους δύναμης (Luther & Seigel, 1991; Masten, et al., 1990, Padron, et al., 1999). Η μια έκκληση για δράση πρέπει να επικεντρωθεί, να κατανοήσει και να ενισχύσει την ανάπτυξη της ανθεκτικότητας, φαίνεται δε να προέρχεται όχι μόνο από τους κοινωνικούς επιστήμονες αλλά και από τους εκπαιδευτικούς, που αρχίζουν να κατανοούν την ανάγκη τα σχολεία να είναι ιδρύματα και φορείς που προωθούν την

ευελιξία και την ανθεκτικότητα της ψυχής και του πνεύματος για όλους όσους εργάζονται και μαθαίνουν σε αυτά. Αναμφίβολα, ο πιο συχνά αναφερόμενος προστατευτικός παράγοντας που είναι εμφανής στην έρευνα ανθεκτικότητας στα σχολεία είναι ένα φροντιστικό και υποστηρικτικό σχολικό περιβάλλον (Luther & Seigel, 1991).

Παρόλο που έχει σημειωθεί μεγάλη πρόοδος στον τομέα της έρευνας ανθεκτικότητας, εν τούτοις δεν υπάρχει ακόμα οριστικός αριθμός παραγόντων που συνιστούν κινδύνους ή προστατευτικούς παράγοντες (Hoge, et al, 2007). Αυτές θα μπορούσαν να είναι οποιεσδήποτε μεταβλητές, οι οποίες δείχνουν ότι αυξάνουν ή μειώνουν την πιθανότητα μιας ποικιλίας θετικών ή αρνητικών αποτελεσμάτων. Οι παράγοντες κινδύνου συχνά ορίζονται ως περιβαλλοντικοί παράγοντες που προέρχονται από την παιδική ηλικία και είναι μερικές φορές οι αντίθετοι παράγοντες προστασίας (π.χ. ισχυρές κοινωνικές δεξιότητες έναντι κακών κοινωνικών δεξιοτήτων, ασφαλής προσκόλληση έναντι ανασφαλούς προσκόλλησης). Ωστόσο, οι επιστήμονες θεωρούν ότι η υπογραμμισμένη ανθεκτικότητα είναι περισσότερο από την «πλευρά» των παραγόντων κινδύνου.

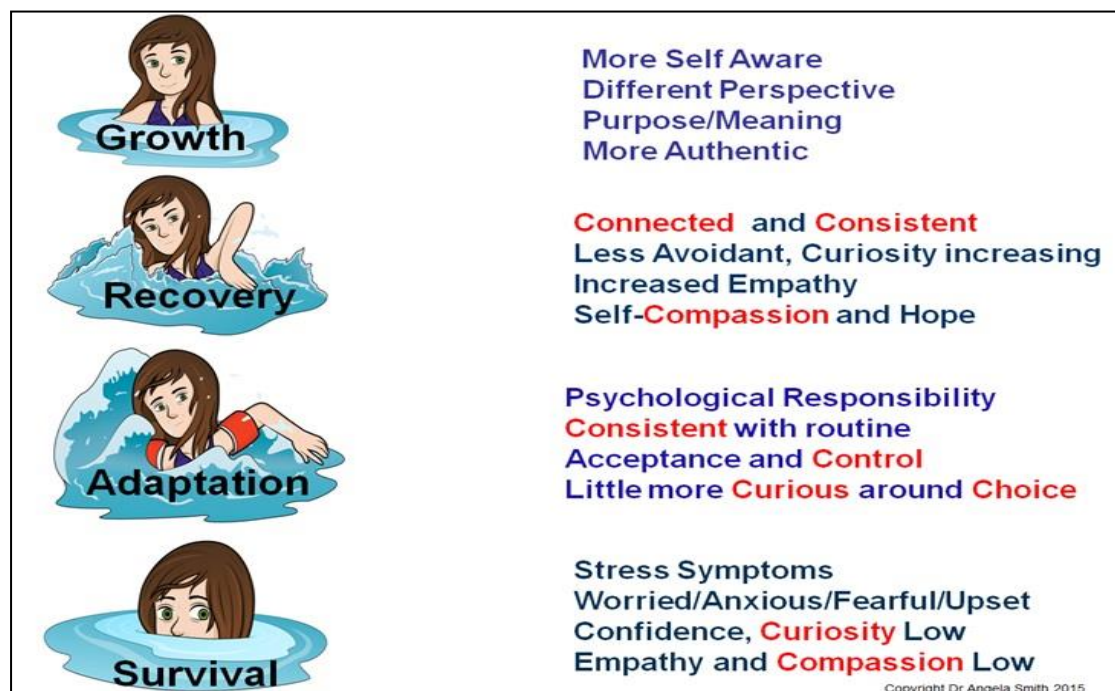
Η έρευνα για την ανθεκτικότητα έχει εντοπίσει ένα πλήθος προστατευτικών παραγόντων, με μερικούς από τους σημαντικότερους να είναι ο ασφαλής τρόπος προσκόλλησης και μια σχέση υγείας με έναν ενήλικα κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας, η ιδιοσυγκρασία (McAdam-Crisp, 2006), ο εσωτερικός τόπος ελέγχου (Hemenover 2003; Keltner & Walker, 2003) και βιολογικούς και γενετικούς παράγοντες (Hoge, et al., 2007; Kim-Cohen, 2007; Smolka, et al., 2007) (διάγραμμα 2 και 3). Ωστόσο, τα μέτρα ανθεκτικότητας δεν είχαν αναπτυχθεί μέχρι πρόσφατα, καθιστώντας πολύ δύσκολη τη γενίκευση των αποτελεσμάτων ή τη σύγκριση των μελετών (Fribourg, et al., 2005).

## Διάγραμμα 2: Επίπεδα ανθεκτικότητας



Πηγή: Smith, et al., 2008

## Διάγραμμα 3: Φάσεις ανθεκτικότητας και χαρακτηριστικά



Πηγή: Smith, et al., 2008

Είναι περιττό δε να πούμε ότι ορισμένοι θεωρητικοί έχουν επικρίνει την έννοια της ανθεκτικότητας, επισημαίνοντας τις ελλείψεις της, τόσο τις εννοιολογικές όσο και τις ουσιαστικές. Πιο συγκεκριμένα, ο Rigsby (1994), υποστήριξε την ισχυρή ατομική εικόνα της επιτυχίας, που δίνει την εντύπωση ότι ο καθένας μπορεί να προχωρήσει, ότι υπάρχουν ίσες ευκαιρίες να το πράξει, ότι κάποιος μπορεί πάντα να συγκεντρωθεί και να εστιάσει είτε σε θετικές είτε σε αρνητικές προσεγγίσεις.. Συνεχίζει να υποστηρίζει δε, ότι οι υποθέσεις σχετικά με την επιτυχία μπορούν να οδηγήσουν σε γραμμικές, απλοϊκές προβλέψεις σχετικά με τον κίνδυνο, αφαιρώντας την προσοχή από την αλληλεπίδραση ανθρώπων, πλαισίου και ευκαιριών. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, άλλοι θεωρητικοί βρήκαν τον όρο υπερβολικά αόριστο. Οι Gordon και Song (1994), υποστήριξαν ότι η κύρια δυσκολία στον ορισμό της ανθεκτικότητας μπορεί να είναι ότι δεν είναι ένα ενιαίο κατασκεύασμα. Σαφώς, η έννοια της ανθεκτικότητας μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο και συνεχίζει να εξελίσσεται.

#### 1.8. Η ανθεκτικότητα με νεότερα επιστημονικά δεδομένα

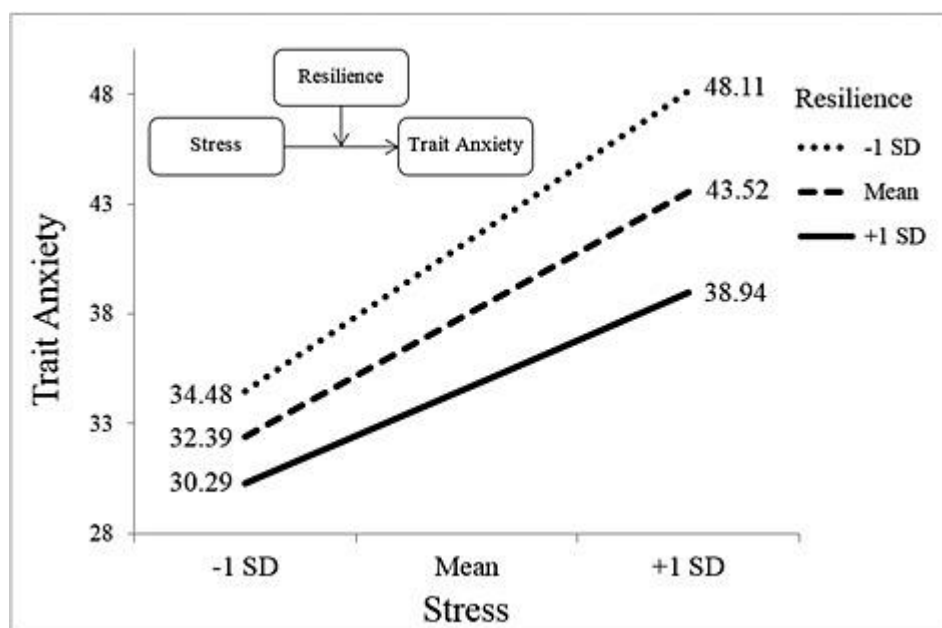
Ο Richardson (2002), εξήγησε ότι ένα νέο κύμα έρευνας έχει αρχίσει να ενσωματώνει τα προσωπικά και περιβαλλοντικά συστατικά της ανθεκτικότητας, εξετάζοντας την ανθεκτικότητα πιο ολιστικά και μέσω διεπιστημονικής προσέγγισης. Κατά συνέπεια, η ανθεκτικότητα εξετάζεται ψυχολογικά, βιολογικά και κοινωνικά και συνεπάγεται την αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών των ατόμων (Almedom & Glandon, 2007; Kim-Cohen, 2007; Smolka et al., 2007). Οι Leckman και Mayes (2007), ισχυρίστηκαν ότι στους αρουραίους και πιθανώς στους ανθρώπους, οι περιβαλλοντικές συνθήκες και η ποσότητα γονιμοποίησης που λαμβάνεται στην πρώιμη ζωή μπορούν να μεταβάλουν θεμελιωδώς την έκφραση των βασικών γονιδίων που εμπλέκονται στο στρες και στους μηχανισμούς ανταπόκρισης και επιβράβευσης που μπορούν να υποστούν την προσκόλληση και τη σύνδεση με το συναίσθημα και την ψυχή.

Πρόσφατες έρευνες για την ανθεκτικότητα, υποστηρίζει ότι οι αλληλεπιδράσεις γονιδίου/γονιδίου και οι αλληλεπιδράσεις γονιδίου/περιβάλλοντος συμβάλλουν επίσης στην προσαρμογή και την ανθεκτικότητα με σύνθετους τρόπους (Hoge, et

al., 2007; Kim-Cohen, 2007; Smolka, et al.,2007). Αν και οι αλληλεπιδράσεις μεταξύ των βιολογικών μηχανισμών και των παραγόντων κινδύνου και προστασίας στο περιβάλλον δεν είναι πλήρως κατανοητές, οι ερευνητές που διερευνούν γενετικές πτυχές της ανθεκτικότητας πιστεύουν ότι μόνο η γενετική δεν μπορεί να καθορίσει πώς ένα άτομο θα ανταποκριθεί στις αντιξοότητες (Kim-Cohen, 2007; Smolka, et al.,2007). Αντ 'αυτού, οι βιολογικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να θεωρηθούν προστατευτικοί παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικοί παράγοντες (Kim-Cohen, 2007).

Αν και είναι δύσκολο να προσδιοριστεί πώς αλληλεπιδρούν οι βιολογικοί, γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες στον προσδιορισμό του επιπέδου ανθεκτικότητας κάθε ατόμου, ωστόσο φαίνεται ότι υπάρχουν νευρολογικά στοιχεία που υποστηρίζουν τα ψυχολογικά δεδομένα, που δείχνουν ότι κάποιοι άνθρωποι μπορεί να είναι σχετικά υψηλοί ή χαμηλοί σε σχέση με την διαχείριση της ανθεκτικότητας (Waugh, et al.,2008), (διάγραμμα 4).

**Διάγραμμα 4: Συσχέτιση ανθεκτικότητας και αγχογόνων καταστάσεων**



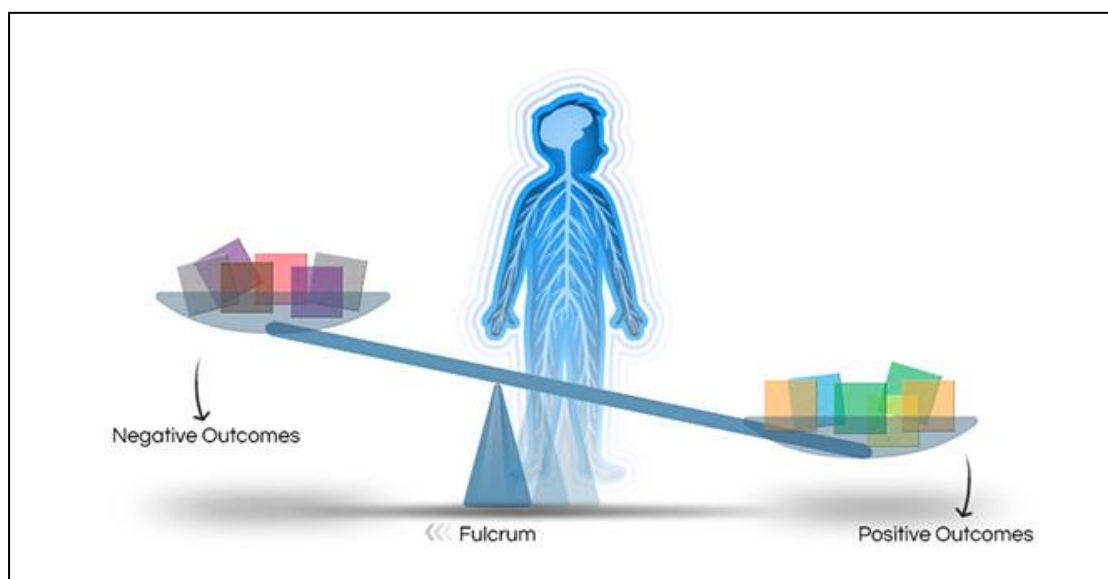
Πηγή: Steinhardt,2008

Ο ίδιοι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι όταν τα άτομα με μεγαλύτερη ανθεκτικότητα έδειχναν ένα σημαντικό σημάδι ανθεκτικότητας και ευελιξίας, υπήρχε μια σημαντική πιθανότητα να βιώσουν ή να αντιληφθούν μια καταστροφική

εικόνα ή μια ουδέτερη εικόνα για το γεγονός, ενώ εμφάνιζαν σοβαρές νευρικές αντιδράσεις, που έδειχναν μια δυσάρεστη συναισθηματική ανταπόκριση εφόσον είχαν προσδιορίσει ως καταστροφική εικόνα το γεγονός αυτό. Οι ανθεκτικοί άνθρωποι δε, επέστρεψαν στις αρχικές καρδιακές και νευρολογικές καταστάσεις νωρίτερα από εκείνους με χαμηλή ανθεκτικότητα όταν εκτέθηκαν σε αγχωτικές καταστάσεις (Tugade & Fredrickson, 2004, Waugh et al., 2008). Αντίθετα, οι συμμετέχοντες με χαμηλή ανθεκτικότητα αντέδρασαν σε απειλές ή ακόμη και σε πιθανότητες απειλών νωρίτερα και για μεγαλύτερες χρονικές περιόδους, όπως φαίνεται από τη νευρική δραστηριότητα σε περιοχές του εγκεφάλου που μελετήθηκαν εργαστηριακά και απεικονιστικά (Waugh et al., 2008).

Λόγω δε των διαφόρων συστημάτων που εμπλέκονται στον προσδιορισμό της ανθεκτικότητας, ο Kim-Cohen (2007) υποστήριξε ότι είναι σημαντικό να μελετηθεί η ανθεκτικότητα σε επίπεδα ανάλυσης που κυμαίνονται από το μοριακό έως το συμπεριφοριστικό και το πολιτισμικό. Είναι δύσκολο να μελετηθούν ταυτόχρονα όλα αυτά τα πλαίσια και οι αλληλεπιδράσεις τους, και ως εκ τούτου η έρευνα σε όλα αυτά τα επίπεδα κρίνεται απαραίτητη για να αυξηθεί η κατανόηση της αντοχής των εκπαιδευτικών απέναντι σε διαδικασίες που θα αναπτύξουν τα παιδιά. Ωστόσο, η γέφυρα μεταξύ της επιστήμης της νευρολογίας και της εκπαίδευσης, βρίσκεται στα αναδυόμενα στάδια ανάπτυξής της, γι' αυτό είναι σημαντικό για τους μελετητές να αξιοποιήσουν το υπάρχον σώμα της έρευνας ανθεκτικότητας, ειδικά μέσα στα σχολικά περιβάλλοντα και να προσδιορίζουν όλους εκείνους τους παράγοντες που δρουν θετικά και αρνητικά σε αυτήν (διάγραμμα 5).

## Διάγραμμα 5: Παράγοντες που επιδρούν στην ψυχική ανθεκτικότητα



Πηγή: Harvard University, Center on the Development Child.  
<https://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/resilience/>

Η συνεχιζόμενη μελέτη για την ανθεκτικότητα, η οποία απασχολεί την επιστημονική κοινότητα, εξαρτάται από το χρόνο, το πλαίσιο και το άτομο ή τον πληθυσμό τον οποίο μελετάται. Ενώ οι ερευνητές που ασχολούνται με την ανθεκτικότητα χρησιμοποιούν ποσοτικές μεθόδους και προσπαθούν να ελέγξουν και να προβλέψουν το φαινόμενο της ανθεκτικότητας, εν τούτοις φαίνεται ότι πολλά μπορούν να χαθούν στην επιδίωξη της ποσότητας και στην μονόπλευρη ποσοτική προσέγγιση αυτής της έννοιας. Ο Kanovsky (2012) δήλωσε ότι τα μεγάλα μεγέθη δειγμάτων σαφώς ενισχύουν τις ποσοτικές μελέτες, προσδίδοντας εγκυρότητα και αξιοπιστία στα ευρήματά των μελετών αυτών. Ωστόσο, οι περιπτώσιολογικές μελέτες και η ποιοτική προσέγγιση της έννοιας, καθώς και άλλες ποιοτικές μέθοδοι, μπορούν να δώσουν βαθύτερες γνώσεις στην περίπλοκη δυναμική των σχέσεων των ατόμων στα οποία διερευνάται το επίπεδο ανθεκτικότητας. Στην πραγματικότητα, στην ανασκόπηση της ποιοτικής συμβολής της έρευνας για την ανθεκτικότητα, ο Unger (2005), ισχυρίστηκε ότι η ποιοτική έρευνα αντιμετωπίζει δύο συγκεκριμένες ελλείψεις που επισημαίνονται από τους ερευνητές ελαστικότητας: αυθαιρεσία στην επιλογή των μεταβλητών αποτελεσμάτων και προκλήσεις που αντιπροσωπεύουν το

κοινωνικοπολιτιστικό πλαίσιο στο οποίο η ανθεκτικότητα εμφανίζεται. Επίσης ο ίδιος μελετητής υποστηρίζει ότι οι ποιοτικές μέθοδοι είναι ιδιαίτερα θετικές και προσεγγίζουν καλύτερα τις σχετικές με την έρευνα ανθεκτικότητας μελέτες, επειδή είναι κατάλληλες για την διερεύνηση ανώνυμων διαδικασιών, μελετούν το φαινόμενο σε πολύ συγκεκριμένα πλαίσια, η αξιοπιστία τους ενισχύεται από το εύρος της περιγραφής αυτού του πλαισίου και επίσης προκαλούν και προσθέτουν δύναμη στις φωνές των μειονοτήτων, οι οποίες αντιπροσωπεύουν μοναδικούς τοπικούς ορισμούς των θετικών αποτελεσμάτων (Unger, 2006).

Όπως διαπιστώνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία, η ανθεκτικότητα βρίσκεται στο κέντρο των νεότερων ερευνητικών αναζητήσεων. Τα διάφορα στρώματα της κοινωνίας και της επαγγελματικής ζωής και τα περιβάλλοντα, μέσα στα οποία μελετάται η ελαστικότητα και η ψυχική ανθεκτικότητα, φιλτράρονται μέσω του φακού του ερευνητή. Οι προσπάθειες πρόβλεψης και ελέγχου της ανθεκτικότητας είναι περίπλοκες, επειδή η διαδικασία κάθε ατόμου είναι μοναδική. Η έρευνα υποδηλώνει ότι το πεδίο ανθεκτικότητας μπορεί να επεκταθεί εάν ειπωθεί μέσω των φωνών που οι ερευνητές θεωρούν ανθεκτικές. Ο Unger (2005) εξήγησε ότι αποφεύγοντας την προκατάληψη, όσον αφορά την κατανόηση της ανθεκτικότητας και την προώθηση των παρεμβάσεων, οι ερευνητές και οι παρεμβαίνοντες, θα πρέπει να είναι περισσότερο συμμετοχικοί και πολιτισμικά ενσωματωμένοι, για να καταγράψουν τις αποχρώσεις του πολιτισμού και του περιβάλλοντος και να αποφύγουν τα λάθη στην εκτίμηση των αποτελεσμάτων τους.

Πρέπει να επισημανθεί ότι αρκετοί ερευνητές που εμπλέκονται στη μελέτη της ανθεκτικότητας, χρησιμοποιούν τόσο ποσοτικές όσο και ποιοτικές ερευνητικές μεθόδους, ωστόσο αυτές οι μέθοδοι εφαρμόζονται συνήθως ανεξάρτητα και μεμονωμένα, χωρίς συνδυαστική τάση. Ίσως η χρήση σχεδιασμού και του συνδυασμού μεικτών μεθόδων ερευνητικής προσέγγισης μπορεί να συμβιβάσουν και να αποδώσουν σημαντικά αποτελέσματα (Creswell & Clark, 2011).



## 1.9. Ψυχική ανθεκτικότητα και κλίμακες μέτρησης

Ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών που επιτρέπουν την ακαδημαϊκή επιτυχία και τα οποία διακρίνουν τα άτομα που είναι επιτυχημένα από όσους δεν είναι, αφήνοντας κατά μέρος την πνευματική ικανότητα, παραμένει μια αξιόλογη προσπάθεια για εκπαιδευτική έρευνα και πρακτική. Ένα τέτοιο χαρακτηριστικό είναι η ανθεκτικότητα.

Αποδεχόμενοι την αξία και τη σημαντικότητα της έννοιας της ανθεκτικότητας, βρισκόμαστε αντιμέτωποι με το καθήκον να καταγράψουμε την ουσία του, με ένα αξιόπιστο και έγκυρο μέτρο, το οποίο θα μπορεί να χρησιμοποιηθεί από ερευνητές και να καταγράφει και να αναγνωρίζει, όλες εκείνες τις μεταβλητές που προσδιορίζουν την έννοια της ανθεκτικότητας και τις μεταβολές της. Όπως συμβαίνει με πολλές λανθάνουσες ψυχολογικές κλίμακες, η μέτρηση της ανθεκτικότητας έχει αναπόφευκτα συμπεριλάβει τέτοιες ψυχομετρικές κλίμακες. Παραδείγματα αξιοσημείωτων κλιμάκων ανθεκτικότητας αποτελούν η κλίμακα ανθεκτικότητας Wagnild και Young (1993), η κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (Connor & Davidson, 2003), η κλίμακα ανθεκτικότητας για ενήλικες (Friborg, et al., 2003) και η σύντομη κλίμακα ανθεκτικότητας (Smith et al., 2008).

Κάθε μία από αυτές τις κλίμακες παρουσιάζει ερωτήσεις με δηλώσεις συμπεριφοράς, που έχουν κατασκευαστεί σύμφωνα με χαρακτηριστικά που συνήθως συνδέονται με την ανθεκτικότητα. Αυτές οι κλίμακες περιλαμβάνουν την προσωπική και κοινωνική ικανότητα, την αποδοχή του εαυτού και της ζωής, την αυτοεκτίμηση, τον προσανατολισμό της δράσης, την προσαρμοστικότητα, τις στοχοθετημένες στρατηγικές, την επίλυση προβλημάτων, την κοινωνική στήριξη και την οικογενειακή συνοχή, την προσωπική δομή, την αίσθηση του χιούμορ, την αντοχή και την αισιοδοξία στις βασικές κατηγορίες ανθεκτικότητας των χαρακτηριστικών διάθεσης, της οικογενειακής συνοχής και των εξωτερικών υποστηρικτικών συστημάτων (Hoge et al., 2007). Η δομή των αναδυόμενων παραγόντων αυτών των ερωτημάτων, μπορεί να δώσει περισσότερες πληροφορίες για τα σύνθετα στοιχεία ανθεκτικότητας. Η κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson, για παράδειγμα, έχει αναφερθεί ότι δίνει μια δομή πέντε παραγόντων:

προσωπική ικανότητα, υψηλά πρότυπα και αντοχή. εμπιστοσύνη στα ένστικτα κάποιου, ανοχή στις αρνητικές επιπτώσεις και ενίσχυση της επίδρασης του στρες / άγχους που σχετίζονται με την ανάπτυξη, θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς προσωπικές σχέσεις , προσωπικός έλεγχος και οι πνευματικές επιρροές / πνευματικός προσανατολισμός στο μέλλον, με προσωπική ικανότητα, υψηλά πρότυπα και αντοχή που αναγνωρίζεται ως ο παράγοντας που αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο ποσοστό διακύμανσης (Connor & Davidson, 2003; Lamond, et al., 2009).

Η αναφερθείσα δομή που σχετίζεται με την κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson δεν είναι πλήρως συνεπής (Campbell-Sills & Stein, 2007; Lamond, et al., 2009; Green, et al., 2014) και με τα χαρακτηριστικά ανθεκτικότητας της δέσμευσης, ελέγχου και της πρόκλησης τα οποία χρησιμοποιεί ως χαρακτηριστικά ανθεκτικότητας, επισημαίνει ότι παρά την ανάπτυξη ορισμένων κλιμάκων που αποσκοπούν στη μέτρηση της ανθεκτικότητας, υπάρχει ελάχιστη συναίνεση ως προς το ποια από αυτές τις κλίμακες καταγράφει και ποσοτικοποιεί καλύτερα την ολιστική προσέγγιση της έννοιας της ανθεκτικότητας. Οι Lamond et al. (2009), σημειώνει επίσης την έλλειψη συναίνεσης σχετικά με τον ορισμό της δομής της ανθεκτικότητας και οι Hoge et al. (2007), υποστηρίζουν ότι αυτή η έλλειψη συναίνεσης είναι ενδεικτική μιας εγγενούς δυσκολίας στον καθορισμό της αντίληψης της ανθεκτικότητας.

Ενώ το ενδιαφέρον για το πεδίο διερεύνησης της ανθεκτικότητας συνεχίζεται (π.χ., Ricketts et al., 2015, Edwards et al., 2016), εν τούτοις από συγκεκριμένους ερευνητές, η έρευνα που επικεντρώνεται ειδικά στην ακαδημαϊκή ανθεκτικότητα η οποία φαίνεται ότι είναι περιορισμένη και η πρόοδος που αφορά στη δημιουργία κλιμάκων μέτρησης αυτής δεν διαφαίνεται σύντομα (Martin, et al., 2010; Edwards, et al., 2016; Ricketts, et al., 2015).

Τέτοιοι πρόοδοι, αποτελούν την απαραίτητη προϋπόθεση για τις επόμενες εξελίξεις στον τομέα της διερεύνησης της έννοιας της ανθεκτικότητας και στην κατασκευή κλιμάκων μέτρησης γι' αυτό το σκοπό (Cassidy, 2015). Αν και η αναφορά σε τυποποιημένα, ειδικά για την έννοια αυτή μέτρα είναι σπάνια και δύσκολη, ένα δημοφιλές μέτρο, που συχνά αναφέρεται στη σχετική βιβλιογραφία, και που χρησιμοποιήθηκε για τη μέτρηση της ακαδημαϊκής αντοχής και της ανθεκτικότητας

παρουσιάστηκε από τους Martin και Marsh (2006), στη μελέτη τους για την εξέταση εκπαιδευτικών συσχετισμών ανθεκτικότητας σε παιδιά γυμνασίου. Περιλαμβάνοντας έξι μόνο στοιχεία, αυτό το υποσύνολο ακαδημαϊκής ανθεκτικότητας, ζητά από τους μαθητές να αξιολογήσουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν αποτυχίες, προκλήσεις, αντιξοότητες και πιέσεις σε ένα ακαδημαϊκό περιβάλλον. Τα μεμονωμένα στοιχεία αφορούν συγκεκριμένα τη διανοητική αντοχή, το άγχος της μελέτης, την αναπήδηση πίσω από ένα φτωχό σημάδι, την αντιμετώπιση των σχολικών πιέσεων, την εμπιστοσύνη και την αντιμετώπιση τέτοιων οπισθοδρομήσεων όπως τα κακά σημάδια και τα αρνητικά σχόλια. Παρόλο που αναπτύχθηκε μια σύντομη κλίμακα στάσης για χρήση σε παιδιά σχολείων, η κλίμακα Martin και Marsh παραμένει αναμφισβήτητα το επικρατέστερο μέτρο της ακαδημαϊκής αντοχής που είναι επί του παρόντος διαθέσιμη (Martin & Marsh, 2006).

Αμφισβητώντας την εγκυρότητα των κλιμάκων μέτρησης της ανθεκτικότητας που αποτυπώνουν μόνο τα γενικά χαρακτηριστικά ή τις θετικές στάσεις ή και τη διάθεση και αναφέροντας έναν ορισμό της ανθεκτικότητας που περιλαμβάνει μια αναφορά σε μια απάντηση ή σε κάποιο συγκεκριμένο γεγονός ή κατάσταση, οι Hoge et al. (2007), υποστηρίζουν ότι η ανθεκτικότητα πρέπει στην πραγματικότητα να μετριέται με την παρατήρηση των ατόμων κατά τη διάρκεια μιας αγχωτικής εμπειρίας και την εκτίμηση του πόσο καλά επιστρέφουν στην κανονική τους λειτουργία, (Hoge et al., 2007). Ο Friedland (2005), τονίζει επίσης τη σημασία των συμπεριφορικών απαντήσεων (εκτός από τα μέτρα συμπεριφοράς) στη μέτρηση της ανθεκτικότητας, ωστόσο η πλειοψηφία των μελετών που εξετάζουν την ακαδημαϊκή ανθεκτικότητα χρησιμοποιούν γενικευμένες κλίμακες απόκρισης συμπεριφοράς, κυρίως με δείγματα μαθητών. Έτσι, υπάρχει μια προφανής έλλειψη κατάλληλα αναπτυγμένων τυποποιημένων κλιμάκων μέτρησης, διαθέσιμων για τη διερεύνηση της ανθεκτικότητας ιδιαίτερα σε δείγματα φοιτητών πανεπιστημίου (Khalaf, 2014).

Αποδεχόμενοι το επιχείρημα ότι η ανθεκτικότητα δεν είναι μια ενιαία έννοια, αλλά υπάρχει ένα πολυδιάστατο κατασκεύασμα συγκεκριμένο για το περιβάλλον που την προσδιορίζει (Waxman, et al., 2003; Riley & Masten, 2005) και ενόψει του συνεχιζόμενου ενδιαφέροντος για τη μελέτη της ανθεκτικότητας (Cassidy, 2015), η

μελέτη της Cassidy (2016), επεδίωξε να αναπτύξει ένα συγκεκριμένο πλαίσιο για την κατασκευή της μέτρησης της ανθεκτικότητας και να αναφέρει τις χαρακτηριστικές ψυχομετρικές αναφορές (Ricketts, et al., 2015; Edwards, et al., 2016) ιδιότητες που σχετίζονται με την αξιολόγηση του μέτρου. Συγκεκριμένα, υπήρξε μια προσπάθεια να απαντήσει στην πρόταση ότι η ανθεκτικότητα σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο γεγονός (Hoge, et al., 2007) και ότι κάθε μέτρο ανθεκτικότητας θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει συμπεριφορικές αντιδράσεις σε αυτό το γεγονός (Friedland, 2005). Η κλίμακα μέτρησης της ανθεκτικότητας σε φοιτητές, τριάντα στοιχείων The Academic Resilience Scale, (ARS-30), είναι ένα συγκεκριμένο μέτρο μέτρησης της ακαδημαϊκής αντοχής και ευελιξίας, που περιλαμβάνει τις γνωστικές-συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις στις αντιξοότητες σε ένα ακαδημαϊκό περιβάλλον. Τα αντικείμενα κλίμακας προέρχονται από θεωρητικά συναφείς τομείς εννοιών, όπως η αυτο-αποτελεσματικότητα και η αυτορυθμιζόμενη μάθηση, και αντικατοπτρίζουν συνήθως τους ορισμούς και τα χαρακτηριστικά διάθεσης που σχετίζονται με την ψυχολογική ανθεκτικότητα (Hoge, et al., 2007).

Σχετικά με τη δομή του παράγοντα ARS-30, δημιουργήθηκαν τρεις παράγοντες: παράγοντας (α), ερμηνευμένος ως επιμονή, παράγοντα (β), που ερμηνεύεται ως αντανάκλαστική και προσαρμοστική βοήθεια-αναζήτηση και παράγοντας (γ), που ερμηνεύεται ως αρνητική επίδραση και συναισθηματική απόκριση. Οι αναδυόμενοι παράγοντες αντιπροσώπευαν συνολικά 42,4% της διακύμανσης των βαθμολογιών ακαδημαϊκής αντοχής και μοιάζουν με παράγοντες που έχουν αναφερθεί προηγουμένως σε μελέτες που εστιάζουν στη μέτρηση της ανθεκτικότητας (Connor & Davidson, 2003; Hoge, et al., 2007; Lamond, et al. 2009), καθώς και τις πτυχές της αυτορρύθμισης και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Ο σημαντικότερος παράγοντας ήταν η επιμονή, που αντιπροσωπεύει το 27% της διακύμανσης. Ακολούθησε η αντανάκλαση και η αναζήτηση προσαρμοστικής βοήθειας, αντιπροσωπεύοντας το 9,1% της διακύμανσης, και τέλος η αρνητική επίπτωση και η συναισθηματική ανταπόκριση αντιπροσωπεύοντας το 5,5% της διακύμανσης. Οι ισχυροί συσχετισμοί μεταξύ των διαστάσεων, όπως αναφέρθηκαν στο ARS-30, σημαίνουν ότι οι βαθμολογίες των διαστάσεων μπορούν να συνδυαστούν για να αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό ενιαίο παγκόσμιο ακαδημαϊκό εύρος μέτρησης της ανθεκτικότητας

(Furr, 2011). Εντούτοις, καθώς οι αναδυόμενοι παράγοντες αντανακλούν προηγουμένως προσδιορισμένες και σημαντικές πτυχές της ανθεκτικότητας και επειδή ο πρωταρχικός σκοπός του ARS-30 είναι να διευκολύνει τις παρεμβάσεις με στόχο την οικοδόμηση της ακαδημαϊκής αντοχής (Cassidy, 2015), προτείνεται να παραμείνει σημαντική αξία, εξαρτώμενη από την επιδιωκόμενη εφαρμογή, χρησιμοποιώντας την πολυδιάστατη κλίμακα. Μια παρόμοια προσέγγιση της διαστασιμότητας έχει προταθεί και για άλλα ψυχομετρικά εργαλεία, όπως ο πολυδιάστατος απολογισμός αυτοσεβασμού, στην οποία όπως αναφέρει ο Furr (2011), αξιολογεί αρκετές συσχετισμένες διαστάσεις αυτοσεβασμού που μπορούν να βαθμολογηθούν χωριστά ή συνδυάζονται για να σχηματίσουν ένα συνολικό σκορ κοινωνικής αυτοεκτίμησης.

Αρκετές μελέτες έχουν αναφέρει σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ ανθεκτικότητας και της αυτο-αποτελεσματικότητας (Hamill, 2003; Martin & Marsh, 2006; Martin & Marsh, 2008). Η σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στις βαθμολογίες ARS-30 και στην ακαδημαϊκή αυτο-αποτελεσματικότητα ( $r = 0,49$ ) που αναφέρθηκαν στη μελέτη της Cassidy (2016), χρησιμεύει για να αποδειχθεί η ταυτόχρονη εγκυρότητα της κλίμακας. Η διακριτική ισχύς της κλίμακας υποστηρίχθηκε από τις σημαντικές μέσες διαφορές και το μέγεθος μεγάλου αποτελέσματος ( $d = 0,98$ ) στις απαντήσεις ASR-30 σε δύο ανεξάρτητες εκδοχές του βινιέτα ακαδημαϊκής δυσκολίας ( $p < 0,001$ ), γεγονός που δεν εξηγείται από τις διαφορές των ομάδων αυτο-αποτελεσματικότητας ( $p > 0,05$ ).

Η κλίμακα ARS-30, αντιπροσωπεύει μια μοναδική και καινοτόμο προσέγγιση για τη μέτρηση της ακαδημαϊκής αντοχής και της ανθεκτικότητας σε επίπεδο φοιτητών. Υποστηρίζεται ότι το μέτρο προσφέρει ισχύ πέρα από αυτό που προσφέρουν τα υπάρχοντα γενικευμένα στάδια μέτρησης της ανθεκτικότητας τα οποία καταγράφουν μόνο τις ιδιότητες και τη διάθεση του κράτους (Hoge, et al., 2007). Επειδή το ARS-30 μετρά τις γνωσιακές συναισθηματικές και συμπεριφορικές αντιδράσεις σε περιπτώσεις ακαδημαϊκών δυσκολιών, που αντιπροσωπεύουν θετικούς παράγοντες που επιτρέπουν την αίσθηση της γνώσης, την πεποίθηση ότι οι προσπάθειες κάποιου μπορούν να κάνουν μια διαφορά και αποτελεσματικές προσεγγίσεις στη μάθηση (Bandura, 2006; Fredrickson, 2001), προτείνεται να

χρησιμοποιηθεί τόσο στην έρευνα όσο και στην πράξη ως διαγνωστικό μέτρο, εντοπίζοντας μη προσαρμοστικές απαντήσεις στις ακαδημαϊκές αντιξοότητες και βοηθώντας στην ενημέρωση των παρεμβάσεων που αποσκοπούν στην ανάπτυξη ανθεκτικότητας στους μαθητές. Οι Martin & Marsh (2009), έχουν ήδη προτείνει ότι οι μαθητές μπορούν να μάθουν να είναι πιο ακαδημαϊκά ανθεκτικοί μέσω της ανάπτυξης θετικών γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφοριστικών προσανατολισμών στη σχολική και ακαδημαϊκή ζωή, τις οποίες προτείνουν πιο αποτελεσματικά με την αύξηση την έκθεση των ατόμων σε παράγοντες προστασίας και ενεργοποίησης. Επίσης οι Edwards et al. (2016), επισημαίνουν πως, δεδομένου ότι δεν είναι δυνατόν να ελεγχθεί ο βαθμός στον οποίο οι μεμονωμένοι σπουδαστές εκτίθενται σε αντιξοότητες, πρέπει να δοθεί έμφαση στις παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βελτίωση της ανθεκτικότητας σε εκείνους που διατρέχουν τον κίνδυνο αρνητικών αποτελεσμάτων που συνδέονται με δυσμενείς εμπειρίες. Το ARS-30, προτείνεται, ότι έχει τη δυνατότητα να συμβάλει στον εντοπισμό των περιορισμών στις υπάρχουσες απαντήσεις των φοιτητών στις ακαδημαϊκές αντιξοότητες και μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη παρεμβάσεων που στοχεύουν στην προαγωγή προσαρμοστικών αντιδράσεων και έτσι να παράσχει ένα μέτρο της αποτελεσματικότητας αυτών των παρεμβάσεων όσον αφορά την ανάπτυξη της ακαδημαϊκής αντοχής των σπουδαστών.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

### 2.1. Ορισμός της τρίτης ηλικίας

Το γήρας αποτελεί μία έννοια με χρονολογική έναρξη, συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές. Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατεία ή χειμώνας από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49 (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Τα τέσσερα στάδια ζωής ορίζονται ως εξής:

Η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης.

Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών.

Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης.

Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.

Το γήρας ως φυσική- βιολογική ακολουθία συνδύαζε πάντα ένα μείγμα αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων. Το μυστήριο αλλά και κακό συνάμα της φυσικής και πνευματικής παρακμής συνυπήρχε πάντα με το σεβάσμιο, σοφό και αγαθό, αλλά και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που προκαλούσε η τελευταία ηλικιακή φάση της ζωής. Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική πρόσληψη της έννοιας της γήρανσης υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνική θέση αλλά και το φύλο του καθενός. Εξαρτάται, επίσης, και από την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων (Μωυσίδης και συν, 2002).. Οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, καθώς και οι κοινωνικές/ ταξικές διαφοροποιήσεις, προσδίδουν κάθε φορά και ένα καινούριο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων (Μωυσίδης και συν, 2002). Η

γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Δαρδαβέσης, 1999). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης. Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας (Δαρδαβέσης, 1999). Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός (Δαρδαβέσης, 1999). Αναγνωρίζοντας ότι οι διάφορες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία αποτελούν μια ατέρμονη διαδικασία, ο όρος γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση

Οι περισσότεροι επιστήμονες, που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, συμφωνούν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μία και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Δαρδαβέσης, 1999).



## 2.2. Γήρανση και Ψυχική Ανθεκτικότητα

Με την αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού η μελέτη της ψυχικής ανθεκτικότητας σε πληθυσμό μεγαλύτερης ηλικίας έχει ενεργοποιήσει το ενδιαφέρον των επιστημόνων τα τελευταία χρόνια σε διεθνές επίπεδο. Η επιτυχής γήρανση ή αλλιώς η υγιής γήρανση, έχει πολλά χαρακτηριστικά που την προσδιορίζουν, αλλά τυπικά ορίζεται ως η ελευθερία του ατόμου από χρόνιες ασθένειες και αναπηρίες, καθώς και η υψηλή φυσική κατάσταση και ψυχική λειτουργία (Jeste, et al., 2013).

Όσο προχωράει η ηλικία, μπορεί κανείς να παρατηρήσει ότι ο άνθρωπος αλλάζει, σε διάφορες πτυχές του: σωματικά, γνωστικά, συναισθηματικά. Έτσι μπορεί να παρατηρηθεί μια γενικότερη διαφοροποίηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων από τον ευρύτερο πληθυσμό των ενηλίκων (από 20 έως 60 ετών για παράδειγμα). **Αποτελούν μια ομάδα με διαφορετική πραγματικότητα, και διαφορετικές ανάγκες**, τόσο στην ζωή όσο και στην ψυχοθεραπεία. Η πραγματικότητα των ηλικιωμένων αλλάζει σταδιακά καθώς αυξάνεται και η ηλικία τους. Αρχικά κάποιος μπορεί να συνταξιοδοτηθεί ή να διακόψει άλλες δραστηριότητες και χόμπι του παρελθόντος. Ταυτόχρονα, **διάφορες ικανότητες μειώνονται και παρατηρείται ένα χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας** (π.χ. χαμηλότερο επίπεδο όρασης), κάτι που μπορεί να οδηγεί το άτομο στο να χρειάζεται βοήθεια σε κάποιους τομείς της καθημερινότητας (π.χ. αδυναμία να μαγειρέψει). Αυτό συνδέεται έντονα και με την σωματική φθορά που βιώνουν οι ηλικιωμένοι τείνουν να πάσχουν από αρκετές ασθένειες ταυτόχρονα (συννοσηρότητα). Τέλος, είναι μια φάση της ζωής που είναι πιο πιθανό τα άτομα να βιώσουν απώλεια αγαπημένων προσώπων – από φίλους μέχρι τον/την σύντροφο (Bowling & Iliffe, 2011).

Ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω είναι εκείνη η ηλικιακή ομάδα που σήμερα αναπτύσσεται στις Η.Π.Α. αλλά και σε όλον τον σύγχρονο κόσμο. Σύμφωνα με τις

πρόσφατες απογραφές στις Η.Π.Α., τα στοιχεία του πληθυσμού προβλέπουν ότι μέχρι το 2030, ο ενήλικος πληθυσμός της χώρας (20%), θα είναι άνω των 65 ετών (Vincent & Velkoff, 2010). Έτσι, η κοινωνία φαίνεται να ενστερνίζεται την τάση να φτάσει το άτομο στο γήρας με τη βέλτιστη υγεία και την ελάχιστη αναπηρία. Παραδοσιακά, σε πολλές δυτικές κουλτούρες η τρίτη ηλικία και τα άτομα που την απαρτίζουν έχουν αρνητικό πρόσημο διότι θεωρούνται άτομα με ιδιαίτερες αδυναμίες, μειωμένη σωματική λειτουργία και επιβάρυνση της ψυχικής τους υγείας (Bowling & Iliffe, 2011; Hamarat et al., 2002; Kinsel, 2005). Βέβαια η προαναφερθείσα αντίληψη αντικρούεται από άλλους επιστήμονες, οι οποίοι θεωρούν ότι οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας βιώνουν πραγματικά υψηλή ευεξία και ποιότητα ζωής, χαμηλό στρες, καλύτερη ανάκαμψη από τις διάφορες αντιξοότητες και θεωρούν ότι γερνούν με επιτυχία παρά την εμφάνιση χρόνιων καταστάσεων και ασθενειών (Nygren, et al., 2005). Επίσης τα άτομα άνω των 80 ετών, φαίνεται να παρουσιάζουν ίδια ή και μεγαλύτερη ικανότητα ψυχικής ανθεκτικότητας σε σχέση με τους νεότερους και αυτό να υποστηρίζει την μακροζωία τους (Gooding, et al., 2012; Netuveli, et al., 2008).

Σε ότι αφορά στη διερεύνηση της ψυχικής ανθεκτικότητας σε μεγαλύτερους ενήλικες και άτομα της τρίτης ηλικίας, οι ερευνητές έχουν αναπτύξει αρκετές κλίμακες μέτρησης αυτής. Σε αυτές τις κλίμακες και σε αυτές τις μελέτες, έχουν εντοπιστεί αρκετά κοινά χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την ανθεκτικότητα μεταξύ των διαφόρων αυτών πληθυσμιακών ομάδων. Τα χαρακτηριστικά αυτά της ανθεκτικότητας ενεργοποιούνται μέσα από την κοινωνική ζωή, από την ψυχική σφαίρα αλλά και από τα φυσικά γνωρίσματα του ατόμου. Επίσης, φαίνεται ότι η ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου κατά τη διάρκεια της ζωής του, θα του αποδώσει καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά στην πιθανή επίπτωση της κατάθλιψης αλλά και στο επίπεδο θνησιμότητας, ενώ η ποιότητα ζωής του θα είναι εμφανώς βελτιωμένη σε σχέση με ηλικιωμένους οι οποίοι δεν είχαν υψηλή ανθεκτικότητα στην ενήλικη ζωή τους (Windle, et al., 2011; Hildon, et al., 2010; Manning, 2014; Wu, et al., 2013).

### 2.3. Επίπεδα Ανθεκτικότητας στην τρίτη ηλικία

Η ανθεκτικότητα ορίζεται γενικά με επιλεγμένα κριτήρια μέτρα υψηλού ή χαμηλού επιπέδου και ως εκ τούτου είναι σκόπιμο να επικεντρωθούν οι μελετητές στην υψηλή ανθεκτικότητα και στα χαρακτηριστικά που συνδέονται με τους ορισμούς της αλλά και σε εκείνα που προσδιορίζουν τα υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας στη ζωή του ατόμου. Τα επίπεδα ανθεκτικότητας μεταξύ των ηλικιωμένων σε σχέση με κείνα των ενήλικων ποικίλλουν ανάλογα με τον εξεταζόμενο πληθυσμό και τη μέτρηση, δηλαδή τη χρησιμοποιούμενη κλίμακα (πίνακας 1).

**Πίνακας 1: Ανθεκτικότητα και κλίμακες μέτρησης**

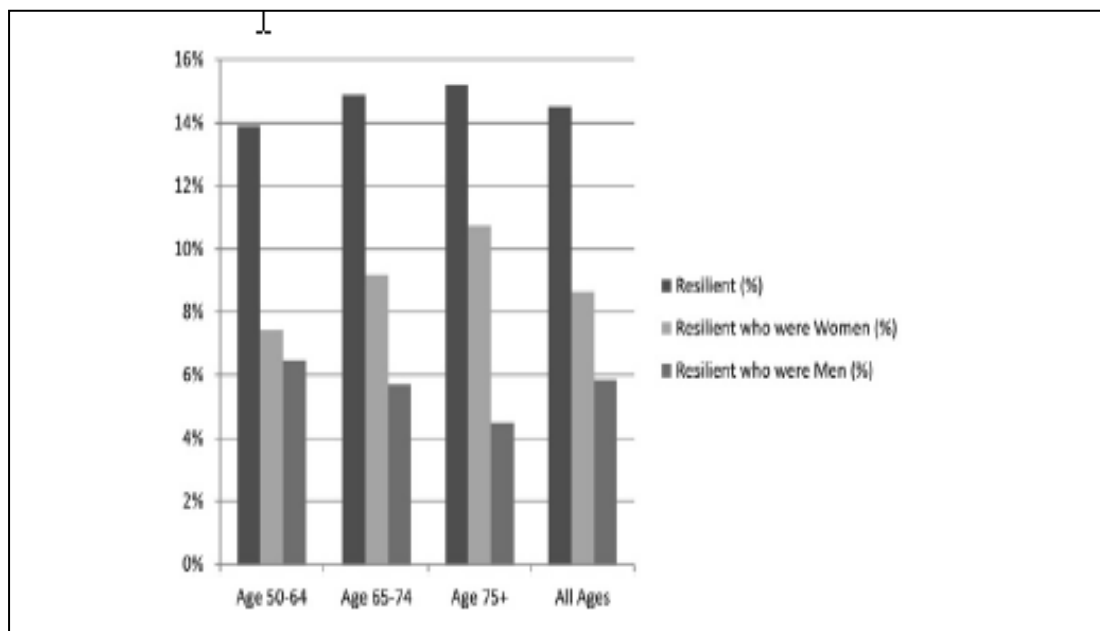
Measurement scale	Target population	Items
Adolescent Resilience Scale	Japanese youth (age 19–23)	21
Brief Resilience Scale	Adults (age 19–62)	6
California Healthy Kids Survey	Primary school children	34
Child and Youth Resilience Measure (CYRM)	Youth at-risk	28
Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	Adults	25
Dispositional Resilience Scale	Adults	45
Ego resiliency (1)	Adults (age 18–48)	20
Ego resiliency (2)	Youth; young adults	102
ER (ego resiliency) 89	Young adults	14
Psychological resilience	Older adults	19
Resiliency attitudes and skills profile	Youth (age 12–19)	34
Resilience Scale for Adolescents (READ)	Youth (age 13–15)	39
Resilience Scale for Adults (RSA)	Adults	37
The Resilience Scale (RS)	Adults	25
Youth Resiliency: Assessing Developmental Strengths (YR:ADS)	Youth (age 12–17)	94

Πηγή: Windle, et al., 2011

Σε αυτές τις μελέτες έχει αναφερθεί υψηλή ανθεκτικότητα μεταξύ 14% και 35%. Επίσης σε μια μελέτη ενηλίκων ατόμων, ηλικίας 50 ετών και άνω, τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα ανθεκτικότητας συνδέονται με την αύξηση της ηλικίας, υποδηλώνοντας ότι οι νεότεροι ηλικιωμένοι δεν είναι πάντα τόσο ανθεκτικοί όσο αυτοί οι οποίοι είναι μεγαλύτεροι. Ποσοστά υψηλών επιπέδων ανθεκτικότητας σε άλλες μελέτες με ηλικιωμένων ενηλίκων που χρησιμοποιούν το

ερωτηματολόγιο CASP-19, (Connor-Davidson Κλίμακα ανθεκτικότητας 10 στοιχείων (CD-RISC 10)) και το GHQ-12 με τα ποσοστά της ανθεκτικότητας να κυμαίνονται μεταξύ 31% και 46% (Hildon, et al., 2010; Scali, et al., 2012), και τους άνδρες να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ανθεκτικότητας από τις γυναίκες (διάγραμμα 6) .

**Διάγραμμα 6: Ανθεκτικότητα ανάλογα με το φύλο σε ενήλικο πληθυσμό**



Πηγή: (Netuveli, et al., 2008)

Τα κύρια χαρακτηριστικά της υψηλής ανθεκτικότητας μεταξύ ενηλίκων 65 ετών και άνω που επισημαίνονται στη βιβλιογραφία περιλαμβάνουν ψυχικούς, κοινωνικούς και φυσικούς παράγοντες (πίνακας 2).

**Πίνακας 2: Βασικά χαρακτηριστικά της ανθεκτικότητας στην ενήλικη ζωή**

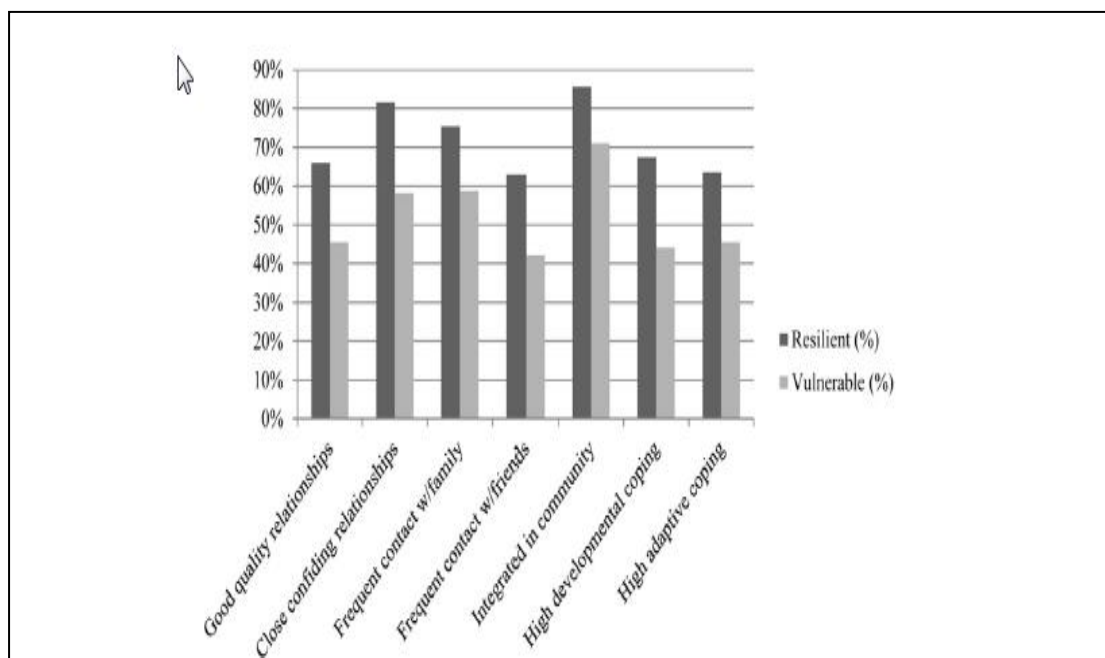
Mental	Social	Physical
Adaptive coping styles Gratitude	Community involvement Contact with family and friends	ADL independence High mobility
Happiness Lack of cognitive failures Mental health	Self-rated successful aging Sense of purpose Social support and connectedness	Physical health Self-rated successful aging
Optimism/hopefulness Positive emotions/ regulation	Social support seeking Strong, positive relationships	

Πηγή: (MacLeod, et al., 2016)

Η έρευνα δείχνει ότι η προσαρμοστική αντιμετώπιση, το στυλ, η αισιοδοξία και τα θετικά συναισθήματα γενικότερα, η κοινωνική υποστήριξη και η συμμετοχή στην κοινότητα, καθώς και οι δραστηριότητες της ανεξάρτητης καθημερινής ζωής και η σωματική ενεργητική κατάσταση, μπορεί να έχει ιδιαίτερα ισχυρή σχέση με την υψηλή ανθεκτικότητα. Απόδειξη επίσης των νοητικών χαρακτηριστικών και του επιπέδου γνώσης που συνδέονται με την ανθεκτικότητα σε ηλικιωμένους ενήλικες έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία (Resnick & Inguito, 2011; Tugade & Fredrickson, 2004; Connor & Davidson, 2003).

Σε σχετική μελέτη σε ενήλικες ηλικίας 68-82 ετών, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα CASP-19 (Control, Autonomy, Self-Realization, Pleasure; 19 items). Σε αυτή τη μελέτη τα ευρήματα έδειξαν ότι τα άτομα με υψηλή κοινωνική συμμετοχή εμφάνισαν υψηλή ανθεκτικότητα, εύρημα ωστόσο που υποστηρίζεται και από άλλες σχετικές μελέτες, οι οποίες υποδηλώνουν ότι οι προσαρμοστικοί τρόποι αντιμετώπισης είναι καθοριστικοί για την ικανότητα των ηλικιωμένων ενηλίκων έτσι ώστε αυτοί να μπορούν να ανακάμπτουν εύκολα από τα διάφορα αγχωτικά γεγονότα. (Windle, et al., 2011; Wu, et al., 2013; Martin, et al., 2015), (διάγραμμα 7).

**Διάγραμμα 7: Στοιχεία κοινωνικής συμμετοχής που υποστηρίζουν την ανθεκτικότητα**



Πηγή: (Hildon, et al., 2010)

Σε άλλη συγκριτική μελέτη μεταξύ νέων (18-25 ετών) και μεγαλύτερων ατόμων (> 64 ετών), τα χαμηλά επίπεδα ελπίδας και αισιοδοξίας και τα χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης, δηλαδή, τα θετικά συναισθήματα και η θετική συναισθηματική ρύθμιση, αναφέρθηκε ότι είναι χαρακτηριστικά υψηλής ανθεκτικότητας και στις δύο ηλικιακές ομάδες (Gooding, et al., 2012).

## 2.4. Βιολογικές και ψυχικές αλλαγές στην Τρίτη ηλικία

Καθώς μελετάμε το φυσιολογικό γήρας, έχει σημασία να τονίσουμε ότι σημαντικότερη της χρονολογικής ηλικίας, είναι η λεγόμενη βιολογική ηλικία. Ένας 65χρονος μπορεί να φαίνεται πολύ νεότερος και ακμαιότερος από έναν άλλο 65χρονο, για πολλούς λόγους που έχουν να κάνουν με τις συνθήκες της ζωής τους, με ασθένειες που τυχόν να τους ταλαιπώρησαν, αλλά κυρίως με τη γενική τους κράση (Καπρίνης και συ.,2009).

Οι βιολογικές αλλαγές είναι καθοριστικές στην τρίτη ηλικία. Οι αλλαγές αυτές συμβαίνουν σταδιακά με τη πάροδο τού χρόνου. Ο βασικός μεταβολισμός

επιβραδύνεται. Ο οργανισμός χάνει μυϊκό ιστό, ενώ αναλογικά, ο λιπώδης ιστός αυξάνεται. Ένας άνθρωπος που ήταν 70 κιλά όταν ήταν 40 χρονών και διατηρεί το ίδιο βάρος και στα 70 του έτη, θα έχει περισσότερο λιπώδη και λιγότερο μυϊκό ιστό. Τα οστά είναι λιγότερο ανθεκτικά, κυρίως όπου υπάρχει σημαντικού βαθμού οστεοπόρωση. Συχνά αλλάζει η στάση τού σώματος με αποτέλεσμα η βάρδια και οι κινήσεις να γίνονται βραδύτερες και με περισσότερο κόπο. Κινήσεις που σε νεότερες ηλικίες γίνονταν αυτόματα τώρα χρειάζονται περισσότερη ενεργητική προσοχή και προσπάθεια.

Τα αγγεία έχουν χάσει αρκετή από την ελαστικότητά τους, με αποτέλεσμα η κυκλοφορία τού αίματος να είναι περισσότερο εργώδης για την καρδιά. Πολλοί περιφερειακοί ιστοί έχουν χαμηλότερη αιμάτωση με την πάροδο του χρόνου. Το ίδιο ισχύει και για το ήπαρ, το οποίο αν και κρατά μια δυνητική λειτουργικότητα εφάμιλλη αυτής που είχε σε νεότερες ηλικίες, μπορεί να φιλτράρει το αίμα με αργότερο ρυθμό, λόγω της μειωμένης άρδευσής του. Οι νεφροί είναι συχνά επιβαρημένοι, ακόμη κι αν η νεφρική απέκκριση βρίσκεται μέσα στα φυσιολογικά όρια.

Το δέρμα αδυνατίζει και χάνει την ελαστικότητα και τη σπαργή που είχε σε νεότερες ηλικίες. Συχνά παρουσιάζεται έκπτωση της οπτικής και της ακουστικής οξύτητας, που μπορεί εν μέρει μόνο να διορθωθεί με τη χρήση γυαλιών ή ακουστικών βαρηκοΐας.

Ο εγκέφαλος επίσης επηρεάζεται. Οι μετωπιαίοι λοβοί συχνά παρουσιάζουν μικρού βαθμού ατροφία, όπως επίσης και ο υπόκαμπος. Αυτές οι αλλαγές ενδεχομένως να εξηγούν την ευσυγκινησία των ηλικιωμένων, αλλά και τις γνωστικές αλλαγές που παρατηρούνται σε αυτούς, όπως προβλήματα της λειτουργικής μνήμης, δυσκολία στην απομνημόνευση και εκμάθηση νέων πληροφοριών και δυσχέρεια στην εκτίμηση των χωρικών παραμέτρων της οπτικής πληροφορίας. Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μελέτες έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι χρειάζεται να επιστρατεύουν μεγαλύτερο αριθμό νευρωνικών κυκλωμάτων για να εκτελέσουν μια λειτουργία από ό,τι νεότεροι ενήλικες. Αυτό το εύρημα εξηγεί τους λόγους για τους οποίους η έκθεση σε νέα ερεθίσματα μπορεί να δημιουργήσει συνθήκες αισθητηριακής υπερφόρτισης σε έναν ηλικιωμένο Καπρίνης και συ.,2009).

Οι ψυχολογικές αλλαγές είναι πολύ σημαντικές. Οι ηλικιωμένοι έχουν αποκτήσει σοφία μέσα από τις εμπειρίες της ζωής και μπορούν να αντιμετωπίσουν συναισθηματικά ή πρακτικά προβλήματα με μεγαλύτερη σύνεση και στωικότητα από ό,τι όταν ήταν νεότεροι. Η τρίτη ηλικία είναι μια περίοδος ενδοσκόπησης και αποτίμησης της πορείας τού καθενός και η αίσθηση ότι ο άνθρωπος έχει ζήσει και ζει μια ολοκληρωμένη ζωή, που χαρακτηρίζεται από ένα θετικό ισοζύγιο επιτεύξεων και προσφοράς, μπορεί να δημιουργήσει μια ψυχολογική κατάσταση ευδαιμονίας. Σε αντίθεση με αυτό που, ίσως, πολλοί πιστεύουν, η τρίτη ηλικία μπορεί να είναι η πιο ευχάριστη και πλούσια σε συγκινήσεις περίοδος της ζωής ενός ανθρώπου.

Από την άλλη, ανεκπλήρωτες επιθυμίες και στόχοι που δεν επιτεύχθηκαν μπορεί να δημιουργήσουν μια απαισιόδοξη ψυχολογική κατάσταση. Το άγχος τού θανάτου, που υπάρχει σε κάθε ηλικία, γίνεται εντονότερο, καθώς ο άνθρωπος νιώθει ότι έχει ακόμη «ανοιχτούς λογαριασμούς» με τη ζωή.

Σωματικές νόσοι, οι οποίες στατιστικά είναι συχνότερες στην τρίτη ηλικία, μπορεί να επηρεάσουν δυσμενώς την ψυχολογική κατάσταση του ανθρώπου. Το άγχος του θανάτου μετατρέπεται σε φόβο ενός επικείμενου θανάτου. Ακόμη πιο δυσάρεστη είναι η αίσθηση ανημποριάς και αναπηρίας ενός χρόνιου ασθενούς, καθώς και η αίσθηση ότι ο ασθενής «γίνεται βάρος» στους συγγενείς που έχουν επιφορτιστεί με τη φροντίδα του.

Οι κοινωνικές αλλαγές παίζουν ιδιαίτερο ρόλο. Η τρίτη ηλικία σημαδεύεται από ολοένα αυξανόμενο αριθμό απωλειών συγγενών και φίλων, με κορυφαία απώλεια αυτήν του συντρόφου. Το πένθος που καλείται να διαχειριστεί συναισθηματικά ένας ηλικιωμένος είναι πολύ πιο δυσβάσταχτο από ό,τι σε νεότερες ηλικίες. Η επίδραση των απωλειών στην κοινωνικοποίηση των ηλικιωμένων μπορεί να περιορίσει κατά πολύ τις δραστηριότητές τους, οδηγώντας τους στην απομόνωση. Η κακή σωματική κατάσταση, και κυρίως προβλήματα νευρολογικά, ορθοπεδικά ή ρευματικά, μπορεί να περιορίσει την κινητικότητα των ηλικιωμένων, οδηγώντας τους στον αποκλεισμό από δραστηριότητες που πρέπει ή που επιθυμούν να έχουν (Καπρίνης και συ.,2009).



Η οικονομική κατάσταση των περισσότερων ηλικιωμένων είναι χειρότερη από ό,τι όταν ήταν νεότεροι. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν εργάζονται, αλλά λαμβάνουν κάποιας μορφής σύνταξη, η οποία πολλές φορές δεν τους επιτρέπει να συνεχίσουν να έχουν το επίπεδο διαβίωσης που είχαν νεότεροι. Έτσι, αναγκάζονται να κάνουν αρκετές αλλαγές στον τρόπο ζωής τους, που ενδεχομένως να είναι και δύσκολες. Δεν είναι λίγοι οι ηλικιωμένοι που, μετά από μια ζωή προσφοράς στην οικογένειά τους, αναγκάζονται να ζητούν οικονομική υποστήριξη από τα παιδιά τους.

Η μεγαλύτερη σωματική και, συχνά, οικονομική ευαλωτότητα των ηλικιωμένων τους φέρνει αντιμέτωπους και με το αποτρόπαιο, αλλά δυστυχώς όχι σπάνιο, φαινόμενο της κακοποίησης. Η κακοποίηση μπορεί να είναι σωματική, αλλά συχνότερα είναι ψυχολογική. Ο δράστης μπορεί να είναι κάποιος με τον οποίο ο ηλικιωμένος έχει δημιουργήσει σχέσεις αναγκαστικής εξάρτησης, συνηθέστερα κάποιος συγγενής, ακόμη και πολύ στενός.

Πέρα από όλες τις αλλαγές που περιγράφηκαν, αρκετές από τις οποίες μπορεί να έχουν αρνητική επίδραση στην ψυχική υγεία, πρέπει να γίνει μια αναφορά σε κάποια πολιτισμικά δεδομένα που διαμορφώνουν τη στάση της κοινωνίας απέναντι στην τρίτη ηλικία και επηρεάζουν καθοριστικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Στον δυτικό κόσμο υπάρχει μια κουλτούρα λατρείας της νεότητας, η οποία εκφράζεται με συμπεριφορές άρνησης του γήρατος. Το γήρας δεν αντιμετωπίζεται ως αυτό που είναι, δηλαδή ένα φυσιολογικό στάδιο της ζωής, αλλά σαν μια αρρώστια που πρέπει να «θεραπευτεί» με πλαστικές επεμβάσεις και να «εξορκιστεί» με μια κακώς εννοούμενη νεανίζουσα συμπεριφορά. Έτσι, ο καινούργιος αυτός τύπος δυτικού ανθρώπου αρνείται κάθε είδους επαφή με τον ηλικιωμένο άνθρωπο, γιατί ο ηλικιωμένος αποτελεί στα μάτια του μια θλιβερή εικονογράφηση του μέλλοντος. Επίσης, στον δυτικό κόσμο παρατηρείται, εδώ και πολλές δεκαετίες, μια αλλαγή της δομής της οικογένειας. Οι οικογένειες είναι πιο πυρηνικές και οι παλαιότερες γενιές δεν έχουν θέση σε αυτές. Σε αντίθεση με τις κοινωνίες της Ασίας και της Αφρικής, όπου οι ηλικιωμένοι χαίρουν φροντίδας και σεβασμού και αντιμετωπίζονται ως πηγή και παρακαταθήκη σοφίας για τη νέα γενιά, οι δυτικές κοινωνίες βλέπουν τους ηλικιωμένους σαν αναγκαίο αλλά ανεπιθύμητο βάρος, που το μόνο καλό που μπορούν να προσφέρουν στη νέα γενιά

είναι η υλική περιουσία τους. Αυτή η τελευταία πραγματικότητα, όταν υπάρχει, γίνεται αντιληπτή από τον ηλικιωμένο και τον αποξενώνει ακόμη περισσότερο, ενώ πολλές φορές γίνεται η αφορμή για ενδοοικογενειακές διαμάχες, των οποίων οι συνέπειες συχνά άπτονται της ψυχοϊατροδικαστικής.

Όσο πιο δυτικοποιημένη είναι μια κοινωνία, τόσο εντονότερα έχει τα παραπάνω χαρακτηριστικά. Η Ελλάδα βρίσκεται σε μια πολύ μακριά χρονικά πορεία προς τον εκδυτικισμό, με αποτέλεσμα οι περιγραφείσες συμπεριφορές να μην είναι καθολικές ή να είναι μετριασμένες. Εν πάση περιπτώσει, οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα δεν είναι καθόλου προετοιμασμένοι για τον νέο ρόλο που τους επιφυλάσσει ο πλήρης εκδυτικισμός τής χώρας μας. Σε άλλες δυτικές χώρες, όπως π.χ. στις ΗΠΑ, οι ηλικιωμένοι ξέρουν από πριν τη στάση της κοινωνίας απέναντί τους, και φροντίζουν να αυτοργανωθούν δημιουργώντας συνθήκες οικονομικής αυτονομίας και αλληλοϋποστήριξης (Καπρίνης και συ.,2009).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

#### **3.1. Εννοιολογική προσέγγιση**

Ο όρος «ποιότητα ζωής» αναδείχθηκε μέσα από τις έρευνες για τις συνθήκες ζωής που αναπτύχθηκαν προς τα τέλη του 19ου και στις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική, αγκαλιάζοντας τελικά στη δεκαετία του '30 ένα φάσμα φαινομένων που οδήγησε στη χρησιμοποίηση του όρου. Με αυτή την έννοια η έρευνα για την ποιότητα της ζωής εμφανίσθηκε αρχικά στις Η.Π.Α. Το 1929 ιδρύθηκε στις Η.Π.Α. η πρώτη προεδρική επιτροπή για την καταγραφή των συνθηκών της ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάσεων διαφοροποίησής τους. Ακολούθησαν κι άλλες μελέτες, κυρίως στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του '30 για να συνεχισθούν, μετά τον Β' Παγκόσμιο

Πόλεμο, στη δεκαετία του '50 και στις άλλες προηγμένες χώρες του κόσμου. Από το 1970 και μετά, έχουν γίνει πολλές επιστημονικές συζητήσεις και έχουν γραφεί αρκετές μελέτες με θέμα την ποιότητα της ζωής. Από τις έρευνες αυτές διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα της ζωής είναι μια ιστορική κατηγορία, δηλαδή μία έννοια που το περιεχόμενό της αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, τις κυρίαρχες αξίες της ζωής και το δυναμισμό των κοινωνικών δυνάμεων, που βλέπουν μπροστά και αγωνίζονται για έναν ανώτερο τρόπο ζωής. Έχει, όμως, ο όρος ορισμένα σταθερά σημεία, που σχετίζονται με τη 'φυσικότητα' και την 'κοινωνικότητα' του ανθρώπου.

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από φιλοσόφους, ψυχολόγους, θεολόγους, ποιητές και πολιτικούς. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να καθορισθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της «ποιότητας ζωής». Στην λογοτεχνία για την μέτρηση της υγείας ο όρος της ποιότητας της ζωής εμφανίζεται κατά την διάρκεια της δεκαετίας του '80. Μετά το 1980 αυτός ο ορισμός ενέπνευσε του ερευνητές της ποιότητας ζωής στο να επινοήσουν τεχνικές και να εξελίξουν εργαλεία για να αξιολογήσουν και να μετρήσουν την υγεία σε επίπεδο φυσικό, διανοητικό και κοινωνικών διαστάσεων της ευημερίας.

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως στις Κοινωνικές Επιστήμες, εφαρμόστηκε όμως και σε άλλα επιστημονικά πεδία, όπως στην Ιατρική και στον χώρο της υγείας γενικότερα ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα. Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, κοινωνικοί επιστήμονες, φιλόσοφοι και πολιτικοί άρχισαν να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό εκδηλώθηκε στην προσπάθεια των ειδικών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκαλούνται από τις ανισότητες κατανομής των πόρων και αφορούν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας, σε συσχέτισμό και με τις ανησυχίες που γεννά η προοδευτική αύξηση του πληθυσμού συγκρινόμενη με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών.

Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής, παρατηρείται ένα διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις, ο συνδυασμός αυτών των παραμέτρων είναι αναγκαίος. Η ποιότητα ζωής ορίζεται «ως το να είναι η ζωή καλή» και αξιολογείται με κριτήρια

υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες προϋποθέσεις.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η καλή υγεία, η λειτουργική δυνατότητα, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας ή η χρησιμότητα, η κοινωνική συμμετοχή, τα κοινωνικά δίκτυα, ειδικά η ύπαρξη των φίλων, η κοινωνική στήριξη και το επίπεδο εισοδήματος έχουν αναφερθεί συχνά ότι είναι σημαντικά. Η υποκειμενική αυτοαξιολόγηση της ευημερίας και η υγεία, έχουν αναφερθεί ότι είναι ισχυρότερες από τα αντικειμενικά οικονομικά ή κοινωνικοδημογραφικά κριτήρια στην εξήγηση της διαφοράς στις εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής.

Η κατάσταση της υγείας των ατόμων επηρεάζεται από την ηλικία, το είδος της οικογενειακής του κατάσταση, την στάση των μελών της οικογένειας απέναντι στους ηλικιωμένους, τη στάση των ίδιων των ηλικιωμένων απέναντι στη ζωή, το επίπεδο εκπαίδευσης, το εάν είναι παντρεμένοι, ανύπαντροι ή χηρευόμενοι, το διατροφικό τους πρόγραμμα και η ψυχολογική τους ευημερία. Επικρατεί λοιπόν η άποψη ότι για να προαχθεί η καλή υγεία των ηλικιωμένων θα πρέπει να υπάρχουν καλύτερα συνταξιοδοτικά προγράμματα που θα εξασφαλίζουν μια καλύτερη οικονομική κατάσταση (Valente, 1999).

Τα προγράμματα που απευθύνονται στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την πολυδιάστατη κατάσταση της υγείας αυτών των ατόμων αλλά και τις κοινωνικές ανισότητες έτσι ώστε οι παρεμβάσεις που θα σχεδιαστούν να μπορούν να ανιχνεύουν τα άτομα εκείνα που έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και είναι περισσότερο ευάλωτα (Lima, et al., 2009). Τα ηλικιωμένα άτομα πολλές φορές έρχονται αντιμέτωπα με κάποιου είδους κακοποίηση πολλές φορές και από τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας. Η κακοποίηση των ηλικιωμένων προκαλεί την εμφάνιση πολλών ψυχικών διαταραχών και έχει διαπιστωθεί ότι τις περισσότερες φορές η κακοποίηση παρατηρείται όταν το ηλικιωμένο άτομο διαμένει με την οικογένειά του και όχι σε κάποιον οίκο ευγηρίας (Sorgescu, 2011). Η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων στα γηροκομεία τις περισσότερες φορές σχετίζεται με την ανεπαρκή εκπαίδευση των

επαγγελματιών υγείας αλλά και την ανυπαρξία υποστήριξης στους παρόχους φροντίδας. Έχει διαπιστωθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας που δεν είναι εκπαιδευμένοι σε θέματα που αφορούν στην περίθαλψη ηλικιωμένων καταφεύγουν σε κάποιου είδους κακοποίηση σε βάρος των ατόμων αυτών (Sorescu, 2011).

Η ψυχική υγεία αποτελεί μια δυναμική κατάσταση αλληλοεπιδράσεων και μπορεί να καθοριστεί από ποικίλους παράγοντες οι οποίοι μπορούν είτε να αυξήσουν είτε να απειλήσουν την ευημερία ενός ατόμου. Αυτοί οι παράγοντες που δυνητικά επηρεάζουν την ψυχική υγεία αφορούν στη συμπεριφορά και στη κουλτούρα ζωής του ατόμου, όπως οι ικανότητες αντιμετώπισης και οι διαπροσωπικές του σχέσεις, αλλά και κοινωνικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως το εισόδημα, η κοινωνική θέση, η σωματική υγεία, ο τόπος διαμονής καθώς και η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η θέση τους στην κοινότητα (WHO, 2004).

### 3.2. Ποιότητα Ζωής στην τρίτη ηλικία

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιασθούν και να σταθμισθούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες και βαθμολογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής (Bowling, et al., 2002). Έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης, αντίληψη του ατόμου για την υγεία του και την παροχή υπηρεσιών (πίνακας 3).

**Πίνακας 3: Διαστάσεις της Ποιότητας ζωής**

<b>Καλή υγεία</b>
<b>Ανεξαρτησία</b>
<b>Ενεργητικότητα</b>

<b>Καλές κοινωνικές/υγειονομικές υπηρεσίες</b>
<b>Καλές οικογενειακές και φιλικές σχέσεις</b>
<b>Καλή σύνταξη/εισόδημα</b>
<b>Ικανοποίηση από τη ζωή</b>
<b>Ποιότητα της κατοικίας,</b>
<b>Ποιότητα περιβάλλοντος</b>
<b>Νέες ευκαιρίες μάθησης</b>

Οι πρόσθετοι κοινωνικοί παράγοντες, που έχουν αναφερθεί ότι είναι βασικά συστατικά της ποιότητας της ζωής, περιλαμβάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο και τη συνοχή. Διάφορες άλλες ψυχολογικές μεταβλητές έχουν υποτεθεί επίσης ως βασικοί προφητικοί παράγοντες της αντιληπτής ποιότητας ζωής, αυτοί περιλαμβάνουν το επίπεδο προσαρμογής, την αυτοκυριαρχία, το ηθικό και τον αυτοσεβασμό, την αντίληψη για τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής, των κοινωνικών συγκρίσεων και των προσδοκιών της ζωής, των προκαταλήψεων, των κοινωνικών αξιών αισιοδοξία-απαισιοδοξία, των πεποιθήσεων, των φιλοδοξιών και των κοινωνικών προτύπων σύγκρισης. Είναι κατά ένα μεγάλο μέρος άγνωστο που μεσολαβούν αυτές οι κοινωνικές και ψυχολογικές μεταβλητές. Οι άνθρωποι όμως έχουν διαφορετικές προτεραιότητες.

Η προαγωγή της ψυχικής υγείας στα ηλικιωμένα άτομα αφορά στη δημιουργία ατομικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών συνθηκών που μπορούν να ενδυναμώσουν και να προάγουν τη βέλτιστη υγεία και ανάπτυξη. Η επίτευξη της καλής ψυχικής υγείας προάγει και την ποιότητα της ζωής του ατόμου (Jane-Lloris, et al, 2007).

Το γήρας είναι ένα στάδιο της φυσιολογικής πορείας του ατόμου και έχει υποστηριχθεί ότι η ύπαρξη λειτουργικής ικανότητας και η γενικότερη σωματική υγεία του ηλικιωμένου ατόμου δεν είναι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ύπαρξη καλής ποιότητας ζωής, διότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τις ατομικές προσδοκίες και την ικανότητα προσαρμογής. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων ατόμων σχετικά με

την ποιότητα ζωής τους επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τον τόπο διαμονής τους. (Beaumont & Kenealy, 2003).

Έχει διαπιστωθεί ότι η αποτελεσματική διαχείριση θεμάτων που αφορούν στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων συμβάλει στη διατήρηση της γνωστικής λειτουργίας και στη γενικότερη ευημερία αυτών των ατόμων (Wilson, et al, 2002; Hultsch, et al, 1999). Στην τρίτη ηλικία ένας υγιεινός τρόπος ζωής σχετίζεται με την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου καθώς έτσι προάγεται η υψηλή αυτοεκτίμηση, τα συναισθήματα αυξημένου ελέγχου και αυτό-αποτελεσματικότητας, και κατ' επέκταση αυξάνεται η ποιότητα ζωής (Rodin, et al, 1992).

Η μέτρηση της ποιότητας της ζωής, ειδικά μεταξύ των ηλικιωμένων εξαρτάται από έννοιες που είναι δύσκολο να προσδιορισθούν. Ένας διαφορετικός τρόπος ζωής μπορεί να είναι το αποτέλεσμα από περιστάσεις ή από επιλογή, ή από έναν συνδυασμό πολλών παραγόντων όπως η κατάσταση της υγείας, ερωτήσεις για το ηθικό και την ευημερία, υλικές συνθήκες και συνθήκες διαβίωσης (Efklides, et al., 2003). Επίσης, θεμελιώδους σημασίας πρέπει να είναι η φύση και η σημαντικότητα για το άτομο:

α) των άτυπων και επίσημων δικτύων στήριξης,

β) ο βαθμός και η ποιότητα της καθημερινής φροντίδας.

Αλλά είναι, φυσικά, η αλληλεπίδραση αυτών των διαφορετικών επιρροών, που συνδέεται με την υποκειμενική απάντηση του ενδιαφερόμενου προσώπου, η οποία καθορίζει τελικά την ποιότητα της ζωής του ίδιου (Fernández-Ballesteros, 2002).

Η «ποιότητα ζωής» στην τρίτη ηλικία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του συνήθειες δραστηριότητες ώστε να έχει μια ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή και στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα.

Η κοινωνική στήριξη είναι μια βασική έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία της σχέσης της με την υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατεία. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων του ηλικιωμένου, ο βαθμός στον οποίο αλληλοεπιδρά με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, και το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευημερία, και την ποιότητα της ζωής του.

### **3.3. Ψυχική Υγεία και ποιότητα Ζωής στην Τρίτη Ηλικία**

Η γήρανση είναι μία περίπλοκη διαδικασία, που λαμβάνει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά για κάθε άνθρωπο. Οι ψυχικές διαταραχές των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων, με κάποιες διαφοροποιήσεις. Υπάρχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισής τους, αλλά και δυσκολία στην αξιολόγησή τους, λόγω των πιο συχνών κοινωνικών (π.χ. πένθος), οικονομικών (π.χ. μείωση σύνταξης) αλλά και παθολογικών προβλημάτων. Έτσι για τις ψυχικές διαταραχές της τρίτης ηλικίας, δημιουργήθηκε η αναγκαιότητα τόσο για ειδικά διαγνωστικά κριτήρια, όσο και για ιδιαίτερες θεραπευτικές προσεγγίσεις ατόμων (Wilson, et al, 2002; Hultsch, et al, 1999).

- **Κατάθλιψη:** Να εστιάσουμε σε αυτή την ψυχική διαταραχή της τρίτης ηλικίας, που είναι και η πιο συχνή από τις συναισθηματικές παθήσεις. Κλινικά, πολλές φορές, τα άτομα άνω των 65 ετών αντί για καταθλιπτικό συναίσθημα εμφανίζουν διαταραχές της συμπεριφοράς και επιπρόσθετα υπερκινητικότητα ή απάθεια, ένταση, άγχος, σωματικά ενοχλήματα, αϋπνία, διαταραχές μνήμης και άλλα συμπτώματα. Η πορεία αυτής της ψυχικής διαταραχής της τρίτης ηλικίας είναι χρόνια, ενώ η θεραπεία περιλαμβάνει τόσο την φαρμακευτική αντιμετώπιση, όσο και ψυχοκοινωνικούς χειρισμούς με στόχο τη βελτίωση των ψυχοπνευματικών καταστάσεων.
- **Αυτοκτονικότητα:** είναι τουλάχιστο 2 φορές πιο συχνή από ότι στο γενικό πληθυσμό. Στους παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνονται: α) γενικοί παράγοντες όπως το φύλο (συνήθως άντρες), η παρουσία χρόνιου πόνου, η μειωμένη λειτουργικότητα, οι δυσμενείς οικονομικές συνθήκες, η κοινωνική



απομόνωση και β) ειδικοί παράγοντες όπως η παρουσία κατάθλιψης, αλκοολισμού, άλλων ψυχιατρικών παθήσεων και συμπτωμάτων.

- **Αγχώδεις διαταραχές:** Η εμφάνιση αυτών των ψυχικών διαταραχών της τρίτης ηλικίας είναι λιγότερο συχνή, σε σχέση με αυτή στις μικρότερες ηλικίες. Το άγχος μπορεί να συνδέεται με ανησυχία για τη σωματική υγεία ή για κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Συνήθως συνυπάρχει και κατάθλιψη.
- **Σχιζοφρένεια:** Αυτή η ψυχική διαταραχή της τρίτης ηλικίας μπορεί να ταξινομηθεί σε: α) σχιζοφρένεια που είχε έναρξη σε νεότερη ηλικία και β) σχιζοφρένεια που εμφανίστηκε όψιμα. Το παραλήρημα όταν πρωτοεμφανίζεται στους ηλικιωμένους έχει συνήθως διωκτικό περιεχόμενο (π.χ. τον παρακολουθούν, τον κλέβουν), υποχονδριακό ή μεγαλομανιακό περιεχόμενο (π.χ. είναι πολύ σπουδαίος, ικανός). Οι ψευδαισθήσεις συνήθως μπορεί να είναι ακουστικές (ακούει να του μιλάνε) ή και οπτικές (βλέπει ανθρώπους ή κάτι που δεν υπάρχει, κυρίως αν έχει περάσει εγκεφαλικό επεισόδιο ή συνυπάρχει άνοια).
- **Άνοιες:** είναι άλλη μία κατηγορία ψυχικών διαταραχών της τρίτης ηλικίας με πιο συχνές από αυτές τη νόσο Alzheimer, την αγγειακή άνοια, τις μετωποκροταφικές κ.α. Πρόκειται για σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών (π.χ. της μνήμης, του λόγου, της σκέψης, της οπτικοχωρικής αντίληψης, του συναισθήματος), χωρίς την παρουσία διαταραχών στο επίπεδο της συνείδησης. Ο ασθενής δηλαδή μπορεί σταδιακά να αρχίσει να ξεχνάει που έχει βάλει τα πράγματά του ή τι έκανε τις προηγούμενες ώρες, να δυσκολεύεται να βρει τις κατάλληλες λέξεις για να εκφραστεί, να μειώνεται η ικανότητα χειρισμού αντικειμένων ή η εκτέλεση συνηθισμένων εργασιών (π.χ. μαγείρεμα, ψώνια), να είναι στενοχωρημένος ή απαθής. Για να τεθεί μία πιθανή διάγνωση αυτών των ψυχικών διαταραχών της τρίτης ηλικίας, τα συμπτώματα θα πρέπει να επιφέρουν ιδιαίτερες μεταβολές από την κατάσταση που είχε ο ασθενής πριν νοσήσει. Η διαχείριση της άνοιας στοχεύει στη διατήρηση της

αξιοπρέπειας και της ποιότητας ζωής του ατόμου, αλλά και των «φροντιστών» του.

Γενικά, στην αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών της τρίτης ηλικίας πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πλευρές του ασθενούς-σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες- και να εξατομικεύεται η παρέμβαση με τη συνεργασία διαφορετικών ιατρικών ειδικοτήτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στη πόλη της Κορίνθου.

#### Ερευνητικά Ερωτήματα

- ❖ Ποιο είναι το επίπεδο της ψυχικής ανθεκτικότητας των ηλικιωμένων;
- ❖ Έχουν καλή ποιότητα ζωής οι ηλικιωμένοι;
- ❖ Χαρακτηρίζονται από αγχώδη διαταραχή οι ηλικιωμένοι;
- ❖ Επηρεάζουν τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά τη ψυχική ανθεκτικότητα, τη ποιότητα ζωής και την αγχώδη διαταραχή;
- ❖ Συσχετίζονται η ψυχική ανθεκτικότητα, η ποιότητα ζωής και η αγχώδη διαταραχή;

### 4.2. Μέθοδος Έρευνας

Η έρευνα διεξήχθη σε 3 από συνολικά 4 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) της πόλης Κορίνθου. Το ερωτηματολόγιο πραγματοποιήθηκε με προσωπική συνέντευξη και συνοδευόταν από ενημερωτικό σημείωμα σχετικά με τους σκοπούς της μελέτης και τη διατήρηση της ανωνυμότητας των συμμετεχόντων σε αυτή. Το δείγμα αποτελέσαν ηλικιωμένα άτομα που επισκέπτονται τα ΚΑΠΗ της πόλης Κορίνθου. Το τελικό δείγμα της έρευνας ήταν 150 ηλικιωμένα άτομα. Η ερευνήτρια ζήτησε άδεια από τη Διοίκηση των ΚΑΠΗ προκειμένου να διεξαχθεί η έρευνα.

#### *Ερωτηματολόγιο έρευνας*

Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των στοιχείων της έρευνας ήταν τα παρακάτω:

- Η κλίμακα ανθεκτικότητας Connor-Davidson (CD-RISC) δημιουργήθηκε για να αντιμετωπίσει πτυχές της ψυχικής ανθεκτικότητας κατά την κλινική πρακτική των επαγγελματιών υγείας. Η ανθεκτικότητα θεωρείται ως η ικανότητα να ξεπεραστούν οι αντιξοότητες. Το CD-RISC είναι μια κλίμακα 25 ερωτήσεων και έχει μελετηθεί σε ποικίλους πληθυσμούς. Η κλίμακα βαθμολογείται με βάση το πώς αισθάνθηκε το άτομο τον τελευταίο μήνα. Η συνολική βαθμολογία κυμαίνεται από 0-100, με υψηλότερες βαθμολογίες να αντανακλούν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Το ερωτηματολόγιο αναπτύχθηκε από τους Jonathan R.T. Davidson και Kathryn M. Connor.
- Το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (EGY 28) χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του επιπέδου ψυχικής υγείας όπου αποτελείται από 28 ερωτήσεις οι οποίες αναφέρονται σε 4 διαστάσεις: α) σωματικά συμπτώματα, β) άγχος/αϋπνία, γ) κοινωνική δυσλειτουργία και δ) σοβαρή κατάθλιψη. Συνολικά για την εκτίμηση της ύπαρξης ψυχικής διαταραχής υπάρχει σημείο διαχωρισμού (4/5) δηλαδή συνολική βαθμολογία ( $\leq 4$ ) υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει ψυχικό πρόβλημα ενώ συνολική βαθμολογία ( $\geq 5$ ) δηλώνει ότι υπάρχει ψυχικό πρόβλημα. Επιπλέον, το EGY-28 επιτρέπει ξεχωριστή αξιολόγηση των 4 διαστάσεων. Στις επιμέρους υποκλίμακες, υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερα επίπεδα των συγκεκριμένων διαταραχών. Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και προσαρμοστεί στον ελληνικό πληθυσμό από τους Γαρύφαλλος και συν. (1991).
- **Ανίχνευση κατάθλιψης και άγχους.** Χρησιμοποιήθηκαν τα 2 ερωτηματολόγια PHQ-2 (Patient Health Questionnaire 2) και GAD-2 (Generalized Anxiety Disorder) που επιχειρούν να ανιχνεύσουν τις αγχώδεις διαταραχές καθώς και την κατάθλιψη τις τελευταίες 2 εβδομάδες με δύο ερωτήσεις το κάθε ένα. Οι απαντήσεις των ερωτηματολογίων βασίζονται σε 4βαθμη κλίμακα Likert (καθόλου – σχεδόν κάθε μέρα).

Το σύνθετο ερωτηματολόγιο της έρευνας παρουσιάζεται στο Παράρτημα Β'.

### Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από τους ηλικιωμένους εισήχθησαν σε Η/Υ όπου και πραγματοποιήθηκε έλεγχος για την πλήρη συμπλήρωση αυτών, προκειμένου να διεξαχθεί η στατιστική τους επεξεργασία, με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος S.P.S.S. 25 (Statistical Package for Social Sciences). Επιπλέον, αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα και διεξήχθησαν τα τελικά συμπεράσματα.

Η στατιστική επεξεργασία βασίστηκε στα ακόλουθα βήματα:

- Παρουσίαση περιγραφικών αποτελεσμάτων με τη μορφή ποσοστιαίων κατανομών, μέσων τιμών και τυπικών αποκλίσεων που αφορούν τους ηλικιωμένους.
- Σύγκριση με βάση τις ποσοστιαίες κατανομές και τις μέσες τιμές μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των απαντήσεων στα ερωτηματολόγια της ψυχικής ανθεκτικότητας, ποιότητας ζωής και αγχώδους διαταραχής.
- Έλεγχος υποθέσεων στοχεύοντας στη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων. Όταν τα αποτελέσματα παρουσιάζονται υπό την μορφή ποσοστιαίων κατανομών χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Pearson's  $\chi^2$  test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test, ενώ για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς (ANOVA). Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05.

## Κεφάλαιο 5. Αποτελέσματα Έρευνας

### 5.1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά Δείγματος

Το 65,3% του δείγματος ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 74,1 ετών. Το 59,3% είχε ολοκληρώσει Δημοτική εκπαίδευση. Η πλειοψηφία του δείγματος (68,7%) ήταν έγγαμοι και 21,3% χήροι. Το 94% είχε παιδιά και το 76,7% λάμβανε σύνταξη.

**Πίνακας 4: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Φύλο</b>		
Άνδρας	98	65,3
Γυναίκα	52	34,7
<b>Μέση ηλικία: 74,1 (±7,1)</b>		
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>		
Αναλφάβητος	2	1,3
Δημοτικό	89	59,3
Γυμνάσιο	31	20,7
Λύκειο	19	12,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	9	6,0
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>		
Άγαμος	9	6,0
Έγγαμος	103	68,7
Διαζευγμένος	6	4,0
Χήρος	32	21,3
<b>Έχετε παιδιά</b>		
Ναι	141	94,0
Όχι	9	6,0
<b>Τόπος Διαμονής</b>		
Χωρίο	91	60,7
Πόλη	59	39,3
<b>Παίρνετε σύνταξη</b>		
Ναι	115	76,7
Όχι	35	23,3

## 5.2. Ψυχική Ανθεκτικότητα

Ο πίνακας 5 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του δείγματος σχετικά με τη ψυχική ανθεκτικότητα. Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είχαν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα καθώς οι μέσες τιμές των 25 ερωτήσεων έχουν εύρος μεταξύ 3,35 και 2,42. Η δήλωση με την υψηλότερη μέση τιμή ήταν «Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια» (3,35) και με τη χαμηλότερη ήταν «Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν» (2,42).

**Πίνακας 5: Ψυχική Ανθεκτικότητα**

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
1. Μπορώ να προσαρμοζομαι στην αλλαγή	150	0,00	4,00	2,73	1,07
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	150	0,00	4,00	3,26	0,91
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	150	0,00	4,00	2,42	1,40
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	150	0,00	4,00	2,78	0,95
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	150	0,00	4,00	2,67	0,99
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	150	0,00	4,00	2,63	1,01
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	150	0,00	4,00	2,73	0,98
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	150	1,00	4,00	3,05	0,87
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	150	0,00	4,00	2,71	1,13
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	150	0,00	4,000	3,18	0,85
11. Μπορώ να επιτυγχάνω	150	0,00	4,00	2,76	0,92

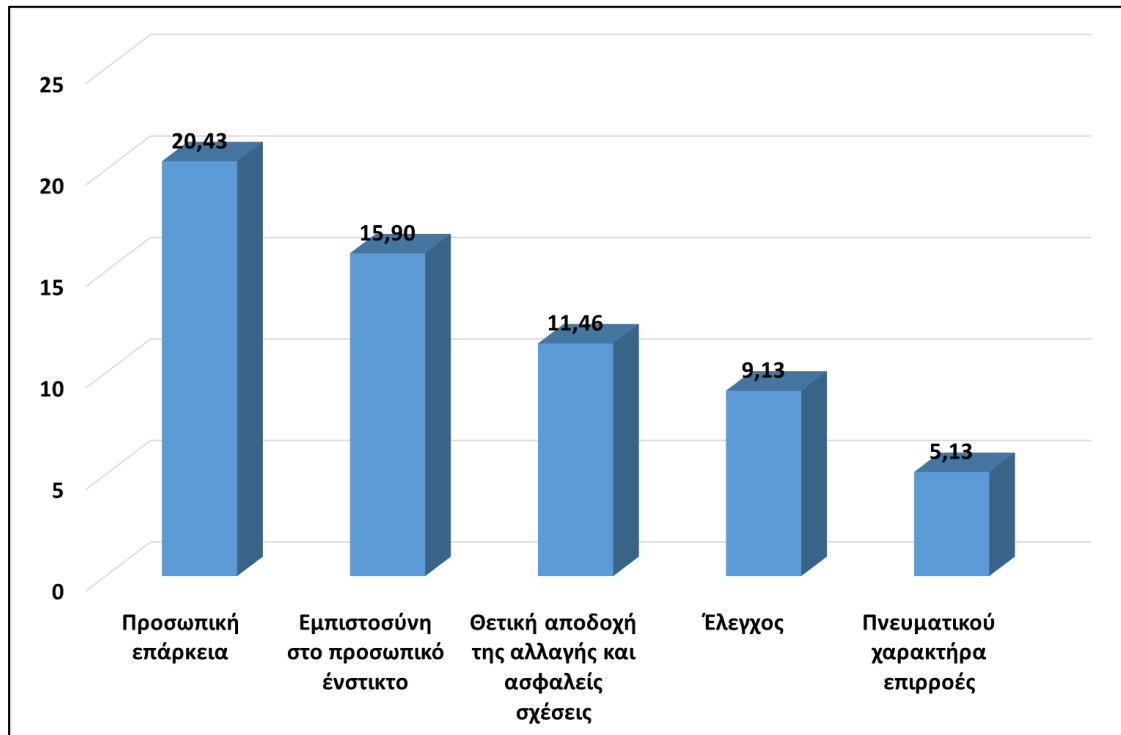
τους στόχους μου					
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	150	0,00	4,00	3,03	1,04
13. Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	150	0,00	4,00	3,35	0,87
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	150	0,00	4,00	2,61	1,08
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	150	0,00	4,00	2,66	1,05
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	150	0,00	4,00	2,81	1,10
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο	150	0,00	4,00	3,17	0,97
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	150	0,00	4,00	2,64	0,99
19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	150	0,00	4,00	2,71	0,94
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	150	0,00	4,00	2,55	1,08
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	150	0,00	4,00	2,87	1,01
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	150	0,00	4,00	2,92	1,01
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις	150	0,00	4,00	2,50	1,18
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	150	0,00	4,00	2,87	1,04
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	150	0,00	4,00	3,30	1,02

Η υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα παρατηρήθηκε στη διάσταση προσωπική επάρκεια (20,43), ενώ η χαμηλότερη στη διάσταση πνευματικού χαρακτήρα



επιρροές (5,13). Το σύνολο της ψυχικής ανθεκτικότητας ήταν 70,9 που σημαίνει υψηλή.

**Διάγραμμα 8: Διαστάσεις ψυχικής ανθεκτικότητας**



### 5.3. Ποιότητα Ζωής

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει τα αποτελέσματα του δείγματος σχετικά με την ποιότητα ζωής. Παρατηρείται ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είχαν καλή ποιότητα ζωής καθώς οι μέσες τιμές των ερωτήσεων έχουν εύρος μεταξύ 1,28 και 2,35. Η ερώτηση με τη υψηλότερη τιμή ήταν «Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει; » (1,28) και με την χαμηλότερη τιμή «Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;» (2,35). Υπενθυμίζεται ότι όσο χαμηλότερη είναι η τιμή, τόσο υψηλότερη η ποιότητα ζωής.

**Πίνακας 6: Ποιότητα Ζωής**

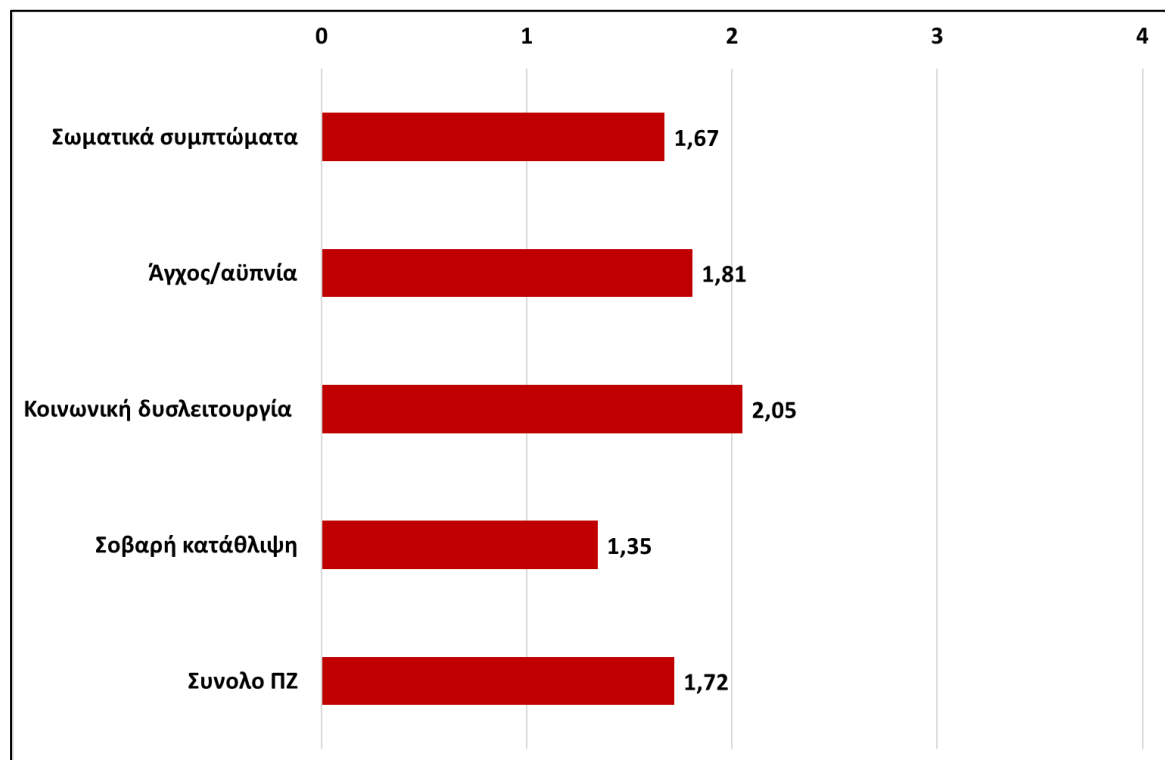
	<b>N</b>	<b>Ελάχιστη τιμή</b>	<b>Μέγιστη τιμή</b>	<b>Μέση τιμή</b>	<b>Τυπική απόκλιση</b>
Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	150	1,00	4,00	1,96	0,72
Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;	150	1,00	4,00	1,83	0,90
Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;	150	1,00	4,00	1,90	0,86
Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;	150	1,00	4,00	1,71	0,82
Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;	150	1,00	4,00	1,43	0,70
Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;	150	1,00	4,00	1,40	0,72
Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;	150	1,00	4,00	1,47	0,71
Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;	150	1,00	4,00	1,91	0,87
Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;	150	1,00	4,00	1,94	0,92
Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;	150	1,00	4,00	2,01	0,90
Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι	150	1,00	4,00	1,89	0,96

εύκολα;					
Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;	150	1,00	4,00	1,55	0,83
Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;	150	1,00	4,00	1,66	0,76
Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;	150	1,00	4,00	1,69	0,82
Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	150	1,00	4,00	1,94	0,71
Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	150	1,00	4,00	2,35	0,61
Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	150	1,00	4,00	1,98	0,57
Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	150	1,00	4,00	2,13	0,66
Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	150	1,00	4,00	1,90	0,70
Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	150	1,00	4,00	1,94	0,64
Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	150	1,00	4,00	2,12	0,71
Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	150	1,00	4,00	1,36	0,69
Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	150	1,00	4,00	1,38	0,68
Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	150	1,00	4,00	1,28	0,61
Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	150	1,00	4,00	1,31	0,72
Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη	150	1,00	4,00	1,46	0,70

κατάσταση;					
Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	150	1,00	4,00	1,31	0,76
Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	150	1,00	4,00	1,31	0,70

Το δείγμα των ηλικιωμένων φάνηκε να έχει καλή ποιότητα ζωής με πολύ χαμηλή κατάθλιψη και μέτρια κοινωνική δυσλειτουργία. Το σύνολο της ποιότητας ζωής ήταν 1,72 που σημαίνει καλή.

#### Διάγραμμα 9: Διαστάσεις Ποιότητας Ζωής



## Συμπτώματα αγχώδους διαταραχής

Η πλειοψηφία του δείγματος (52%) δήλωσε ότι καθόλου δεν έχει μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από τις δραστηριότητες.

**Πίνακας 7: Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	78	52,0
Μερικές ημέρες	59	39,3
Περισσότερες από τις μισές ημέρες	9	6,0
Σχεδόν κάθε ημέρα	4	2,7

Το 59,3% των ηλικιωμένων δεν νιώθει πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος, ενώ το 27,3% το νιώθει μερικές φορές.

**Πίνακας 8: Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος**

	Αριθμός	Ποσοστό
Καθόλου	89	59,3
Μερικές ημέρες	41	27,3
Περισσότερες από τις μισές ημέρες	14	9,3
Σχεδόν κάθε ημέρα	6	4,0

Υψηλό ποσοστό των συμμετεχόντων (54,7%) δήλωσε ότι δεν νιώθει νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος, ενώ 31,3% απάντησε μερικές φορές.

**Πίνακας 9: Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Καθόλου	82	54,7
Μερικές ημέρες	47	31,3
Περισσότερες από τις μισές ημέρες	17	11,3
Σχεδόν κάθε ημέρα	4	2,7

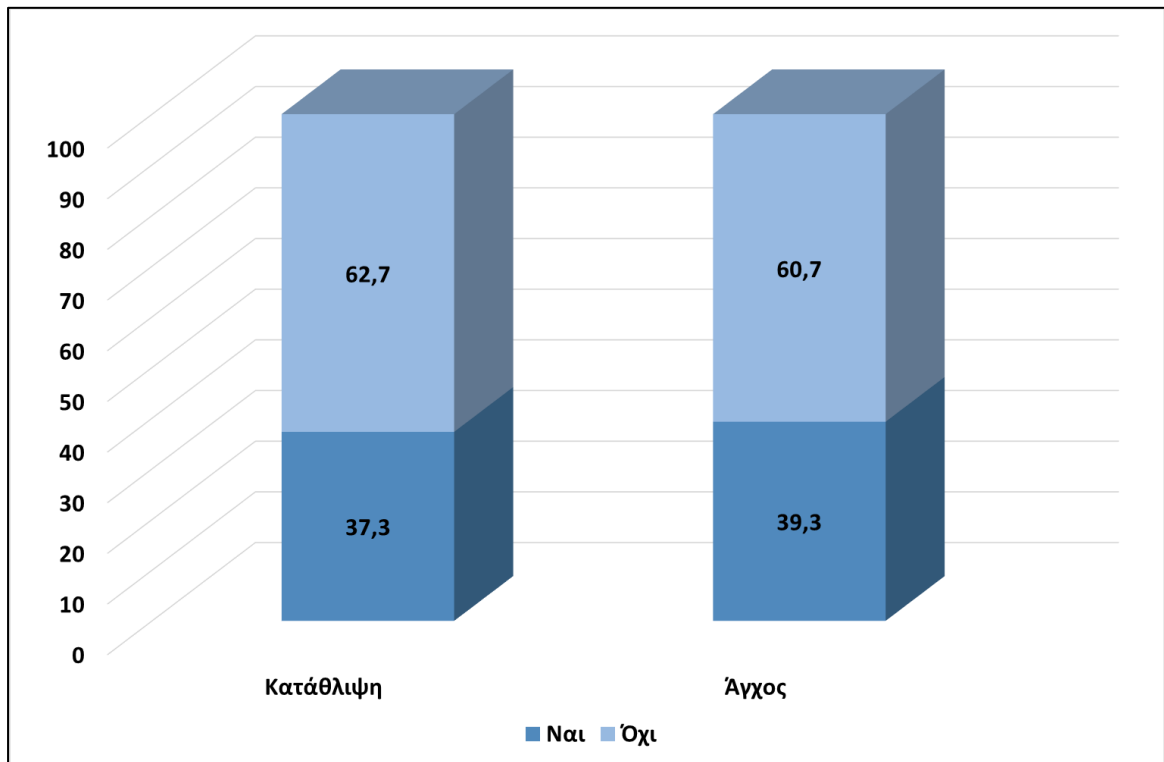
Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων (59,3%) απάντησε ότι ελέγχει το άγχος του, και μόνο το 28% απάντησε μερικές φορές.

**Πίνακας 10: Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας**

	<b>Αριθμός</b>	<b>Ποσοστό</b>
Καθόλου	89	59,3
Μερικές ημέρες	42	28,0
Περισσότερες από τις μισές ημέρες	12	8,0
Σχεδόν κάθε ημέρα	7	4,7

62,7% και 60,7% των ηλικιωμένων δεν έχουν κατάθλιψη ή άγχος αντίστοιχα, ενώ 37,3% και 39,3% φαίνεται να παρουσιάζουν μια αγχώδη διαταραχή.

**Διάγραμμα 10: Κατάθλιψη & Άγχος**



## 5.5. Συγκρίσεις Αποτελεσμάτων

### Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

Η διάσταση *Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις* βρέθηκε να έχει διαφορά μεταξύ του φύλου. Ειδικότερα, οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές σε σχέση με τις γυναίκες ( $p = 0.027$ ).

Πίνακας 11: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με φύλο

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Προσωπική επάρκεια	Άνδρας	98	20,79	4,81	0,248
	Γυναίκα	52	19,77	5,63	
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Άνδρας	98	16,42	4,35	0,054
	Γυναίκα	52	14,92	4,75	
Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Άνδρας	98	11,86	2,79	<b>0,027</b>
	Γυναίκα	52	10,71	3,33	
Έλεγχος	Άνδρας	98	9,32	2,17	0,177
	Γυναίκα	52	8,79	2,44	
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Άνδρας	98	4,93	2,22	0,118
	Γυναίκα	52	5,50	1,91	
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	Άνδρας	98	72,34	14,91	0,140
	Γυναίκα	52	68,25	17,97	



Η διάσταση *Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο* βρέθηκε να συσχετίζεται με την ηλικία. Όσο αυξάνει η ηλικία των ηλικιωμένων αυξάνει και η εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο.

**Πίνακας 12: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με ηλικία**

		Ηλικία
Προσωπική επάρκεια	Pearson Correlation	-0,122
	Sig. (2-tailed)	0,136
	N	150
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Pearson Correlation	<b>-0,175*</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,032</b>
	N	<b>150</b>
Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Pearson Correlation	-0,084
	Sig. (2-tailed)	0,305
	N	150
Έλεγχος	Pearson Correlation	-0,083
	Sig. (2-tailed)	0,311
	N	150
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Pearson Correlation	-0,068
	Sig. (2-tailed)	0,412
	N	150
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	-0,151
	Sig. (2-tailed)	0,064
	N	150

Όλες οι διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας συσχετίσθηκαν θετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων. Αυτό σημαίνει ότι όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει και η ψυχική ανθεκτικότητα. Εξάιρεση αποτέλεσε η διάσταση Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές.

**Πίνακας 13: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με επίπεδο εκπαίδευσης**

		Επίπεδο εκπαίδευσης
Προσωπική επάρκεια	Pearson Correlation	<b>0,364**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>
	N	<b>150</b>
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Pearson Correlation	<b>0,390**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>
	N	<b>150</b>
Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Pearson Correlation	<b>0,389**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>
	N	<b>150</b>
Έλεγχος	Pearson Correlation	<b>0,320**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>
	N	<b>150</b>
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Pearson Correlation	0,074
	Sig. (2-tailed)	0,366
	N	150
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	Pearson Correlation	<b>0,406**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>
	N	<b>150</b>

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και της οικογενειακής κατάστασης, οπότε η οικογενειακή κατάσταση δεν επηρεάζει τη ψυχική ανθεκτικότητα.

**Πίνακας 14: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση		Προσωπική επάρκεια	Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Έλεγχος	Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα
Άγαμος	Μέση τιμή	19,56	15,44	10,78	8,78	4,56	67,44
	N	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	Τυπική απόκλιση	6,71	4,90	4,38	3,03	2,51	19,35
Έγγαμος	Μέση τιμή	20,93	16,29	11,80	9,28	5,27	72,69
	N	103,00	103,00	103,00	103,00	103,00	103,00
	Τυπική απόκλιση	4,21	3,99	2,63	2,04	2,06	13,45
Διαζευγμένος	Μέση τιμή	21,50	18,50	11,83	9,83	4,83	77,00
	N	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
	Τυπική απόκλιση	3,21	2,35	2,04	1,33	2,93	10,73
Χήρος	Μέση τιμή	18,88	14,28	10,50	8,63	4,88	65,06
	N	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00
	Τυπική απόκλιση	7,11	5,90	3,76	2,84	2,14	21,89
P value		0,215	0,073	0,169	0,422	0,643	0,079

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ύπαρξης παιδιών.

**Πίνακας 15: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με ύπαρξη παιδιών**

	Έχετε παιδιά	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Προσωπική επάρκεια	Ναι	141	20,58	5,09	0,161
	Όχι	9	18,11	5,35	
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Ναι	141	15,94	4,54	0,645
	Όχι	9	15,22	4,68	
Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Ναι	141	11,54	2,96	0,207
	Όχι	9	10,22	3,96	
Έλεγχος	Ναι	141	9,19	2,25	0,216
	Όχι	9	8,22	2,59	
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Ναι	141	5,14	2,12	0,731
	Όχι	9	4,89	2,32	
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	Ναι	141	71,28	16,00	0,284
	Όχι	9	8,22	2,59	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και του τόπου διαμονής. Αυτό δηλώνει ότι οι ηλικιωμένοι είτε μένουν σε χωριό είτε πόλη έχουν την ίδια ψυχική ανθεκτικότητα.

**Πίνακας 16: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με τόπο διαμονής**

	Τόπος Διαμονής	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Προσωπική επάρκεια	Χωριό	91	20,15	5,51	0,408
	Πόλη	59	20,86	4,45	
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Χωριό	91	15,76	4,79	0,636
	Πόλη	59	16,12	4,14	

Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Χωρίο	91	11,25	3,24	0,299
	Πόλη	59	11,78	2,65	
Έλεγχος	Χωρίο	91	8,96	2,42	0,237
	Πόλη	59	9,41	2,02	
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Χωρίο	91	4,91	2,22	0,125
	Πόλη	59	5,46	1,95	
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	Χωρίο	91	69,80	17,11	0,292
	Πόλη	59	72,64	14,37	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της ψυχικής ανθεκτικότητας και της λήψης σύνταξης, οπότε η λήψη σύνταξης δεν επηρεάζει τη ψυχική ανθεκτικότητα.

**Πίνακας 17: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας με σύνταξη**

	Παίρνετε σύνταξη	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Προσωπική επάρκεια	Ναι	115	20,61	5,34	0,449
	Όχι	35	19,86	4,32	
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Ναι	115	15,89	4,76	0,949
	Όχι	35	15,94	3,76	
Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Ναι	115	11,56	3,03	0,481
	Όχι	35	11,14	3,03	
Έλεγχος	Ναι	115	9,23	2,28	0,367
	Όχι	35	8,83	2,24	
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Ναι	115	5,00	2,21	0,187
	Όχι	35	5,54	1,80	
Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα	Ναι	115	71,10	16,75	0,810
	Όχι	35	70,34	13,97	

## Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά

Οι γυναίκες φάνηκε να έχουν υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις σωματικά συμπτώματα, άγχος/αυπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και τη συνολική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες.

**Πίνακας 18: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με φύλο**

	Φύλο	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικά συμπτώματα	Άνδρας	98	1,55	0,47	<b>0,001</b>
	Γυναίκα	52	1,91	0,72	
Άγχος/αυπνία	Άνδρας	98	1,72	0,52	<b>0,007</b>
	Γυναίκα	52	1,98	0,65	
Κοινωνική δυσλειτουργία	Άνδρας	98	2,00	0,41	<b>0,042</b>
	Γυναίκα	52	2,16	0,53	
Σοβαρή κατάθλιψη	Άνδρας	98	1,28	0,45	0,057
	Γυναίκα	52	1,47	0,73	
Συνολική ποιότητα ζωής	Άνδρας	98	1,64	0,35	<b>0,001</b>
	Γυναίκα	52	1,88	0,55	

Η ηλικία συσχετίστηκε με τα σωματικά συμπτώματα, την κοινωνική δυσλειτουργία, τη σοβαρή κατάθλιψη και τη συνολική ποιότητα ζωής. Όσο αυξάνει η ηλικία αυξάνουν τα σωματικά συμπτώματα, η κοινωνική δυσλειτουργία, η σοβαρή κατάθλιψη και μειώνεται η συνολική ποιότητα ζωής.

**Πίνακας 19: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με ηλικία**

		Ηλικία
Σωματικά συμπτώματα	Pearson Correlation	<b>0,267**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,001</b>
	N	<b>150</b>
Άγχος/αυπνία	Pearson Correlation	0,057

	Sig. (2-tailed)	0,492
	N	150
Κοινωνική δυσλειτουργία	Pearson Correlation	<b>0,366**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,000</b>
	N	<b>150</b>
Σοβαρή κατάθλιψη	Pearson Correlation	<b>0,174*</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,033</b>
	N	<b>150</b>
Συνολική ποιότητα ζωής	Pearson Correlation	<b>-0,258**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,001</b>
	N	<b>150</b>

Αντίθετα, όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης μειώνονται τα σωματικά συμπτώματα, η κοινωνική δυσλειτουργία, η σοβαρή κατάθλιψη και αυξάνει η συνολική ποιότητα ζωής.

**Πίνακας 20: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με επίπεδο εκπαίδευσης**

		Επίπεδο εκπαίδευσης
Σωματικά συμπτώματα	Pearson Correlation	<b>-0,214**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,009</b>
	N	<b>150</b>
Άγχος/αυπνία	Pearson Correlation	<b>-0,188*</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,021</b>
	N	<b>150</b>
Κοινωνική δυσλειτουργία	Pearson Correlation	<b>-0,261**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,001</b>
	N	<b>150</b>
Σοβαρή κατάθλιψη	Pearson Correlation	<b>-0,202*</b>

	Sig. (2-tailed)	<b>0,013</b>
	N	<b>150</b>
Συνολική ποιότητα ζωής	Pearson Correlation	<b>0,265**</b>
	Sig. (2-tailed)	<b>0,001</b>
	N	<b>150</b>

Η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων επηρεάζει στατιστικά σημαντικά τα σωματικά συμπτώματα, την κοινωνική δυσλειτουργία, τη σοβαρή κατάθλιψη και τη συνολική ποιότητα ζωής. Ειδικότερα, οι άγαμοι και τα άτομα σε χηρεία φαίνεται να έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους έγγαμους και τους διαζευγμένους.

**Πίνακας 21: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση		Σωματικά συμπτώματα	Άγχος/α υπνία	Κοινωνική δυσλειτουργία	Σοβαρή κατάθλιψη	Συνολική ποιότητα ζωής
Άγαμος	Μέση τιμή	1,83	1,71	2,14	1,48	1,79
	N	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00
	Τυπική απόκλιση	0,94	0,90	0,53	0,80	0,74
Έγγαμος	Μέση τιμή	1,57	1,80	1,97	1,24	1,65
	N	103,00	103,00	103,00	103,00	103,00
	Τυπική απόκλιση	0,47	0,55	0,41	0,41	0,34
Διαζευγμένος	Μέση τιμή	1,26	1,50	1,81	1,17	1,43
	N	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
	Τυπική απόκλιση	0,37	0,15	0,48	0,21	0,16
Χήρος	Μέση τιμή	2,03	1,90	2,33	1,68	1,99
	N	32,00	32,00	32,00	32,00	32,00
	Τυπική απόκλιση	0,71	0,62	0,49	0,82	0,55



P value		<b>0,001</b>	0,428	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>	<b>0,001</b>
---------	--	--------------	-------	--------------	--------------	--------------

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της ποιότητας ζωής και της ύπαρξης παιδιών των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 22: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με ύπαρξη παιδιών**

	Έχετε παιδιά	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικά συμπτώματα	Ναι	141	1,66	0,57	0,262
	Όχι	9	1,89	0,92	
Άγχος/αυπνία	Ναι	141	1,81	0,56	0,874
	Όχι	9	1,78	0,85	
Κοινωνική δυσλειτουργία	Ναι	141	2,04	0,46	0,144
	Όχι	9	2,27	0,41	
Σοβαρή κατάθλιψη	Ναι	141	1,33	0,55	0,335
	Όχι	9	1,52	0,78	
Συνολική ποιότητα ζωής	Ναι	141	1,71	0,43	0,312
	Όχι	9	1,87	0,70	

Οι ηλικιωμένοι που διαμένουν σε χωριό έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που διαμένουν σε πόλη. Ειδικότερα, οι διαστάσεις που επηρεάζει ο τόπος διαμονής είναι τα σωματικά συμπτώματα και η κοινωνική δυσλειτουργία.

**Πίνακας 23: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με τόπο διαμονής**

	Τόπος Διαμονής	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικά συμπτώματα	Χωριό	91	1,75	0,68	<b>0,038</b>
	Πόλη	59	1,55	0,41	
Άγχος/αυπνία	Χωριό	91	1,84	0,61	0,332
	Πόλη	59	1,75	0,53	
Κοινωνική	Χωριό	91	2,12	0,48	<b>0,019</b>

δυσλειτουργία	Πόλη	59	1,94	0,41	
Σοβαρή κατάθλιψη	Χωριό	91	1,39	0,64	0,198
	Πόλη	59	1,27	0,43	
Συνολική ποιότητα ζωής	Χωριό	91	1,78	0,49	<b>0,042</b>
	Πόλη	59	1,63	0,34	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της ποιότητας ζωής και της λήψης σύνταξης των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 24: Σύγκριση Ποιότητας Ζωής με σύνταξη**

	Παίρνετε σύνταξη	N	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	P value
Σωματικά συμπτώματα	Ναι	115	1,67	0,59	0,880
	Όχι	35	1,69	0,63	
Άγχος/αυπνία	Ναι	115	1,82	0,57	0,744
	Όχι	35	1,78	0,60	
Κοινωνική δυσλειτουργία	Ναι	115	2,09	0,47	0,087
	Όχι	35	1,93	0,42	
Σοβαρή κατάθλιψη	Ναι	115	1,38	0,60	0,233
	Όχι	35	1,24	0,47	
Συνολική ποιότητα ζωής	Ναι	115	1,74	0,44	0,380
	Όχι	35	1,66	0,45	

#### **Σύγκριση Συμπτωμάτων Αγχώδους διαταραχής με Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά**

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και του φύλου των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 25: Σύγκριση κατάθλιψης με φύλο**

		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Όχι	Αριθμός	66	28	0.104
	%	70,2%	29,8%	
Ναι	Αριθμός	32	24	
	%	57,1%	42,9%	

Η ηλικία δεν συσχετίστηκε με την κατάθλιψη. Ωστόσο το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε αρνητικά που σημαίνει όσο αυξάνει το επίπεδο μειώνεται η κατάθλιψη.

**Πίνακας 26: Σύγκριση κατάθλιψης με ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης**

		Ηλικία	Επίπεδο εκπαίδευσης
Κατάθλιψη	Correlation Coefficient	0,112	<b>-0,165*</b>
	Sig. (2-tailed)	0,171	<b>0,044</b>
	N	150	<b>150</b>

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 27: Σύγκριση κατάθλιψης με οικογενειακή κατάσταση**

		Οικογενειακή κατάσταση				P value
		Άγαμος	Έγγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος	
Όχι	Αριθμός	4	70	5	15	0.071
	%	4,3%	74,5%	5,3%	16,0%	
Ναι	Αριθμός	5	33	1	17	
	%	8,9%	58,9%	1,8%	30,4%	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και της ύπαρξης παιδιών των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 28: Σύγκριση κατάθλιψης με ύπαρξη παιδιών**

		Έχετε παιδιά		P value
		Ναι	Όχι	
Όχι	Αριθμός	90	4	0.244
	%	95,7%	4,3%	
Ναι	Αριθμός	51	5	
	%	91,1%	8,9%	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και του τόπου διαμονής των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 29: Σύγκριση κατάθλιψης με τόπο διαμονής**

		Τόπος Διαμονής		P value
		Χωρίο	Πόλη	
Όχι	Αριθμός	55	39	0.484
	%	58,5%	41,5%	
Ναι	Αριθμός	36	20	
	%	64,3%	35,7%	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ της κατάθλιψης και της λήψης σύνταξης των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 30: Σύγκριση κατάθλιψης με σύνταξη**

		Παίρνετε σύνταξη		P value
		Ναι	Όχι	
Όχι	Αριθμός	76	18	0.116
	%	80,9%	19,1%	
Ναι	Αριθμός	39	17	

	%	69,6%	30,4%	
--	---	-------	-------	--

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ του άγχους και του φύλου των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 31: Σύγκριση άγχος με φύλο**

		Φύλο		P value
		Άνδρας	Γυναίκα	
Όχι	Αριθμός	60	31	0.848
	%	65,9%	34,1%	
Ναι	Αριθμός	38	21	
	%	64,4%	35,6%	

Η ηλικία συσχετίστηκε θετικά με το άγχος, αντίθετα το επίπεδο εκπαίδευσης δεν συσχετίστηκε.

**Πίνακας 32: Σύγκριση άγχος με ηλικία**

		Ηλικία	Επίπεδο εκπαίδευσης
Άγχος	Correlation Coefficient	<b>0,190*</b>	-0,137
	Sig. (2-tailed)	<b>0,020</b>	0,094
	N	<b>150</b>	150

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ του άγχους και της οικογενειακής κατάστασης των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 33: Σύγκριση άγχος με οικογενειακή κατάσταση**

		Οικογενειακή κατάσταση				P value
		Άγαμος	Έγγαμος	Διαζευγμένος	Χήρος	
Όχι	Αριθμός	5	67	6	13	0.117
	%	5,5%	73,6%	6,6%	14,3%	

Ναι	Αριθμός	4	36	0	19
	%	6,8%	61,0%	0,0%	32,2%

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ του άγχους και της ύπαρξης παιδιών των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 34: Σύγκριση άγχος με παιδιά**

		Έχετε παιδιά		P value
		Ναι	Όχι	
Όχι	Αριθμός	86	5	0.746
	%	94,5%	5,5%	
Ναι	Αριθμός	55	4	
	%	93,2%	6,8%	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ του άγχους και του τόπου διαμονής των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 35: Σύγκριση άγχος με τόπο διαμονής**

		Τόπος Διαμονής		P value
		Χωρίο	Πόλη	
Όχι	Αριθμός	51	40	0.150
	%	56,0%	44,0%	
Ναι	Αριθμός	40	19	
	%	67,8%	32,2%	

Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά δεν βρέθηκε μεταξύ του άγχους και της λήψης σύνταξης των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 36: Σύγκριση άγχος με σύνταξη**

		Παίρνετε σύνταξη		P value
		Ναι	Όχι	

Όχι	Αριθμός	71	20	0.626
	%	78,0%	22,0%	
Ναι	Αριθμός	44	15	
	%	74,6%	25,4%	

## Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας και Ποιότητα Ζωής

Οι διαστάσεις της κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας συσχετίστηκαν με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Όσο αυξάνει η ψυχική ανθεκτικότητα των ηλικιωμένων, αυξάνει η καλή ποιότητα ζωής και το αντίστροφο. Εξάιρεση αποτέλεσε η διάσταση πνευματικού χαρακτήρα επιρροές που δεν συσχετίστηκε.

**Πίνακας 37: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας και Ποιότητα Ζωή**

		Προσωπική επάρκεια	Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Έλεγχος	Συνολική ψυχική ανθεκτικότητα
Σωματικά συμπτώματα	Pearson Correlation	-0,328**	-0,341**	-0,411**	-0,343**	-0,360**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	150	150	150	150	150
Άγχος/αυπνία	Pearson Correlation	-0,270**	-0,277**	-0,257**	-0,263**	-0,285**
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,001	0,002	0,001	0,000



	N	150	150	150	150	150
Κοινωνική δυσλειτουργία	Pearson Correlation	-0,459**	-0,487**	-0,412**	-0,451**	-0,503**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	150	150	150	150	150
Σοβαρή κατάθλιψη	Pearson Correlation	-0,492**	-0,509**	-0,545**	-0,520**	-0,549**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	150	150	150	150	150
Σύνολο	Pearson Correlation	-0,474**	-0,493**	-0,502**	-0,483**	-0,519**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	150	150	150	150	150

Οι διαστάσεις της κλίμακας ψυχικής ανθεκτικότητας και ποιότητα ζωής συσχετίστηκαν με τις 2 διαστάσεις της αγχώδους διαταραχής. Όσο αυξάνει η ψυχική ανθεκτικότητα και η καλή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μειώνεται η κατάθλιψη και το άγχος αυτών.

**Πίνακας 38: Σύγκριση Ψυχικής Ανθεκτικότητας, Ποιότητας Ζωής και Αγχώδης διαταραχής**

		Κατάθλιψη	Άγχος
Προσωπική επάρκεια	Correlation Coefficient	-0,399**	-0,206*
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,012
	N	150	150
Εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο	Correlation Coefficient	-0,322**	-0,259**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001
	N	150	150
Θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις	Correlation Coefficient	-0,349**	-0,279**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,001
	N	150	150
Έλεγχος	Correlation Coefficient	-0,361**	-0,212**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,009
	N	150	150
Πνευματικού χαρακτήρα επιρροές	Correlation Coefficient	0,077	0,052
	Sig. (2-tailed)	0,348	0,526
	N	150	150
Σύνολο	Correlation Coefficient	-0,365**	-0,250**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,002
	N	150	150
Σωματικά	Correlation	0,537**	0,449**

συμπτώματα	Coefficient		
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	150	150
Άγχος/αυπνία	Correlation Coefficient	0,431**	0,509**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	150	150
Κοινωνική δυσλειτουργία	Correlation Coefficient	0,467**	0,437**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	150	150
Σοβαρή κατάθλιψη	Correlation Coefficient	0,501**	0,525**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	150	150
Σύνολο	Correlation Coefficient	0,585**	0,593**
	Sig. (2-tailed)	0,000	0,000
	N	150	150

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στη πόλη της Κορίνθου.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι ηλικιωμένοι απέδειξαν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα, με υψηλότερη τη διάσταση προσωπική επάρκεια. Ενδιαφέρον παρουσιάζει ότι οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στη διάσταση θετική αποδοχή της αλλαγής και ασφαλείς σχέσεις σε σχέση με τις. Επίσης, όσο αυξάνει η ηλικία των ηλικιωμένων αυξάνει και η εμπιστοσύνη στο προσωπικό ένστικτο. Σημαντικό είναι το γεγονός ότι όσο αυξάνει το επίπεδο εκπαίδευσης αυξάνει και η ψυχική ανθεκτικότητα των ηλικιωμένων. Ωστόσο, η οικογενειακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής και η λήψη σύνταξης δεν βρέθηκαν να επηρεάζουν τη ψυχική ανθεκτικότητα.

Στα παραπάνω αποτελέσματα συμφωνούν και έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Έρευνες των Demakakos et al. (2008), Gooding et al. (2012) και Nygren et al. (2005), αναφέρουν ότι η ανθεκτικότητα δεν μειώνεται με την ηλικία και, όταν έχουν ληφθεί υπόψη άλλοι παράγοντες, οι ηλικιωμένοι ενήλικες είναι το ίδιο ανθεκτικοί όσο οι νεότεροι ενήλικες. Ως προς το φύλο, μερικές μελέτες Demakakos et al. (2008), Hardy et al (2004), Seidel et al (2009) βρήκαν ότι οι άνδρες είναι πιο ανθεκτικοί σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ τουλάχιστον μία μελέτη, διαπίστωσε ότι οι γυναίκες είναι πιο ανθεκτικές (Netunveli et al. 2008). Το επίπεδο της ανθεκτικότητας σε μεγαλύτερη ηλικία μπορεί να συσχετιστεί με το επίπεδο της συνολικής υγείας και ευεξίας σε εκείνους με μεγαλύτερη αίσθηση υγείας και ευημερίας που είναι σε καλύτερη θέση να αντιμετωπίσουν τις αντιξοότητες (Gallacher et al., 2012, De Paula Couto et al 2011, Gooding et al., 2012, Wells 2010). Ωστόσο, μια αντιφατική διαπίστωση αναφέρει ότι τα υψηλότερα επίπεδα ψυχικής ασθένειας γενικά συνδέονται με μεγαλύτερη ανθεκτικότητα (Gooding et al 2012). Αν και τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης μπορεί να σχετίζονται με χαμηλότερη ανθεκτικότητα (Gallacher et al 2012) μια αίσθηση απελπισίας είναι ένας πιο σημαντικός παράγοντας (Gooding et al 2012).

Επίσης καλή ήταν και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων της παρούσας έρευνας, με χαμηλή την τάση για κατάθλιψη και μέτρια την τάση για κοινωνική δυσλειτουργία. Περίπου, 6 στους 10 ηλικιωμένους δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη ή άγχος. Η σύγκριση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων και την ποιότητα ζωής, έδειξε ότι οι γυναίκες και τα άτομα που διαμένουν σε χωριό έχουν υψηλότερες τιμές στις διαστάσεις σωματικά συμπτώματα, άγχος/αυπνία, κοινωνική δυσλειτουργία και τη συνολική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τους άνδρες και αυτούς που διαμένουν σε πόλη. Σε αυτό διαφωνεί παρόμοια μελέτη σε αγροτική περιοχή που αναφέρει ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής από τους άνδρες (Liu et al., 2013). Ο λόγος είναι ότι στις αγροτικές περιοχές εξακολουθεί να υπάρχει η ιδεολογική γενεαλογία, προκατάληψη φύλου, εκτός από την εργασία, οι γυναίκες πρέπει να αναλάβουν την φροντίδα της οικογένειας, έτσι η πίεση στη ζωή τους να είναι υψηλότερη. Αντίθετα, σε αστικές περιοχές η ποιότητα ζωής είναι σχεδόν όμοια μεταξύ ανδρών και γυναικών (Hoi et al., 2010).

Επίσης, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκαν με τα σωματικά συμπτώματα, την κοινωνική δυσλειτουργία, τη σοβαρή κατάθλιψη και τη συνολική ποιότητα ζωής. Η μελέτη των Van Minh et al., (2012) δείχνει ότι τα άτομα σε μεγαλύτερη ηλικία, έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής. Τα μέτρια προβλήματα αυξάνονται με την ηλικία, κατά τουλάχιστον 50% σχετικά με την κινητικότητα και τις διαστάσεις αυτοεξυπηρέτησης, και τουλάχιστον 25% στις συνήθεις δραστηριότητες και τις διαστάσεις πόνου / δυσφορίας (Van Minh et al., 2012). Σχετικά με την εκπαίδευση οι ηλικιωμένοι, οι οποίοι έχουν επίπεδο τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, έχουν υψηλότερη ποιότητα ζωής. Άτομα που έχουν ολοκληρώσει το Δημοτικό είναι πιο πιθανό να αναφέρουν καλή ποιότητα ζωής σε σύγκριση με όσους δεν έχουν εκπαίδευση (Van Minh et al., 2010). Οι άνθρωποι με υψηλή εκπαίδευση γενικά έχουν σταθερή απασχόληση, υψηλότερα εισοδήματα, αλλά και πολλές γνώσεις, δεξιότητες ζωής οδηγώντας τους σε σωστή κατανόηση σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη, τη διατροφή, την ασθένεια και τη ζωή γενικά.

Η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την ποιότητα ζωής αυτών. Οι έγγαμοι αναφέρουν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άγαμους, χήρους διαζευγμένους. Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα της

έρευνας των Ha et al. (2014) όπου η βαθμολογία της ποιότητας ζωής των παντρεμένων ηλικιωμένων είναι υψηλότερη σε σύγκριση με τους ηλικιωμένους που είναι σε χηρεία, διαζευγμένοι ή χωρισμένοι. Υπάρχει ένας ιδιαίτερος δεσμός μεταξύ της οικογένειας και της θετικής επίδρασης στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Αν οι ηλικιωμένοι ζουν μόνοι θα αισθάνονται μοναξιά, εγκατάλειψη, κατάθλιψη επομένως υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο, η ύπαρξη παιδιών και η λήψη σύνταξης δεν βρέθηκε να επηρεάζει τη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Αξιοσημείωτο είναι το εύρημα ότι η ψυχική ανθεκτικότητα και η ποιότητα ζωής συσχετίστηκαν αποδεικνύοντας ότι όσο αυξάνει η ψυχική ανθεκτικότητα των ηλικιωμένων, αυξάνει η καλή ποιότητα ζωής και το αντίστροφο. Επίσης όσο αυξάνει η ψυχική ανθεκτικότητα και η καλή ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μειώνεται η κατάθλιψη και το άγχος αυτών. Η διεθνής βιβλιογραφία συμφωνεί με το παραπάνω εύρημα και αναφέρει ότι τα ψυχικά, κοινωνικά και φυσικά χαρακτηριστικά διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της υψηλής ανθεκτικότητας. Τα ισχυρότερα στοιχεία δείχνουν ότι οι ψυχικοί παράγοντες συμπεριλαμβανομένης της προσαρμοστικής αντιμετώπισης, της αισιοδοξίας και των θετικών συναισθημάτων καθώς και της κοινωνική υποστήριξης είναι απαραίτητες πτυχές της διατήρησης της υψηλής ανθεκτικότητας και θα ήταν κρίσιμη για μια αποτελεσματική παρέμβαση (Smith et al., 2015, Jeste et al., 2013, Hildon et al., 2010, Martin et al., 2015, Golant et al., 2015, Resnick et al., 2011).

Οι περιορισμοί αυτής της μελέτης είναι πρώτον ότι η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων της Κορίνθου και δεν μπορούν τα αποτελέσματα αυτής να γενικευθούν στον ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό. Περαιτέρω έρευνα που να περιλαμβάνει και άλλα ΚΑΠΗ της χώρας θα ήταν χρήσιμη. Δεύτερος περιορισμός είναι το γεγονός ότι λόγω ηλικίας του δείγματος, μπορεί οι απαντήσεις να περιέχουν μια υποεκτίμηση ή υπερεκτίμηση της ψυχικής ανθεκτικότητας και της ποιότητας ζωής αυτών.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι έχουν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα, με υψηλότερη τη διάσταση προσωπική επάρκεια. Επίσης το δείγμα φάνηκε να έχει καλή ποιότητα ζωής με χαμηλή τάση για κατάθλιψη και μέτρια τάση για κοινωνική δυσλειτουργία. Η πλειοψηφία αυτών δεν παρουσιάζουν κατάθλιψη ή άγχος. Το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και ο τόπος διαμονής φάνηκε να αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν τη ψυχική ανθεκτικότητα και την ποιότητα ζωής.

Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής αναγνωρίζουν ολοένα και περισσότερο τη δυνατότητα προώθησης της ψυχικής ανθεκτικότητας ως μέσου που επιτρέπει στους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις δυσκολίες, αλλά η ανθεκτικότητα δεν είναι κάτι που μπορεί να εμφιαλωθεί και να διανεμηθεί.

Η βελτίωση της ψυχικής ανθεκτικότητας συνδέεται με την καλύτερη υγεία και ευημερία, επομένως μέτρα για τη γενική βελτίωση της υγείας και της ευημερίας όλων των ηλικιωμένων θα βελτιώσουν επίσης την ψυχική ανθεκτικότητα. Τα μέτρα αυτά θα περιλαμβάνουν την προώθηση ενός υγιεινού τρόπου ζωής, συμπεριλαμβανομένης της καλής διατροφής και της άσκησης, καθώς και μέτρα για τη βελτίωση της υγειονομικής φροντίδας που αφορούν ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους, όπως για παράδειγμα ευκολότερη πρόσβαση σε ιατρούς.

Η ψυχική ανθεκτικότητα συνδέεται πρωτίστως με το επίπεδο των διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Πολλές δραστηριότητες όπως μαθήματα δια βίου μάθησης ή δραστηριότητες κοινής άσκησης, είναι επίσης σημαντικά. Ο εθελοντισμός και η βοήθεια σε άλλους είναι δυνητικά επωφελής όχι μόνο για τον αποδέκτη αλλά και για τον εθελοντή.

Επιπλέον, η κοινωνική στήριξη αποτελεί ένα καλό μέσο για την οικοδόμηση της ψυχικής ανθεκτικότητας του ηλικιωμένου πληθυσμού. Παράδειγμα αυτών είναι:

- εκπαίδευση και υποστήριξη
- διαπροσωπική ψυχοθεραπεία. μικρή ομάδα,
- κοινοτικά εργαστήρια.

- ομαδικές δραστηριότητες
- προσωπικές συμβουλές

Παρεμβάσεις με έμφαση στην αισιοδοξία και τα θετικά συναισθήματα μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην οικοδόμηση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η σημασία της αύξησης των θετικών συναισθημάτων, όπως π.χ. μέσω της γνωστικής συμπεριφορικής θεραπείας (CBT), της προσοχής και των εστιασμένων δραστηριοτήτων για την ενίσχυση της ευτυχίας, μπορεί να βελτιώσουν την ψυχική ανθεκτικότητα και την ευημερία, μειώνοντας τις αρνητικές συμπεριφορές.

Άλλος τρόπος οικοδόμησης της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι μέσω ικανότητας των μεγαλύτερων ενηλίκων να απολαμβάνουν θετικές εμπειρίες και δραστηριότητες. Παράδειγμα οι παρεμβάσεις για την τόνωση της ευτυχίας μέσω αισιοδοξίας, ευγνωμοσύνης και θετικών συναισθημάτων έχουν επίσης τη δυνατότητα οικοδόμησης της ψυχικής ανθεκτικότητας.

Η ενσωμάτωση της σωματικής δραστηριότητας μπορεί να αποτελέσει αποτελεσματική εναλλακτική λύση για την υποστήριξη της ψυχικής ανθεκτικότητας σε ηλικιωμένους ενήλικες. Η φυσική δραστηριότητα είναι χαρακτηριστικό των ανθεκτικών ατόμων, και η ανθεκτικότητα με τη σειρά της έχει αποδειχθεί ότι βελτιώνει τον υγιεινό τρόπο ζωής και τις συμπεριφορές.

Άλλες αποτελεσματικές παρεμβάσεις μπορεί να δώσουν έμφαση στα πλεονεκτήματα των ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένων την ικανότητα δημιουργίας και διατήρησης κοινωνικών συνδέσεων, προθυμίας να βοηθήσουν τους άλλους και να επιθυμούν να συμμετάσχουν στην κοινότητα. Ο εθελοντισμός και οι άλλες κοινωνικές ή κοινοτικές παρεμβάσεις, μέσω οργανωμένων δραστηριοτήτων, μπορεί να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για τους ηλικιωμένους ενήλικες που βιώνουν τη μοναξιά ή την επιθυμία για κοινωνική αλληλεπίδραση. Τέτοια παραδείγματα μπορεί να είναι ταξίδια, γεύματα, μαθήματα μαγειρικής και μαθήματα άσκησης, και έτσι συνδέονται οι ηλικιωμένοι ενήλικες με τους συνομηλικούς τους που έχουν παρόμοια ενδιαφέροντα, με άμεσο αποτέλεσμα τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους και την ανάπτυξη της ψυχικής ανθεκτικότητας τους.





## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ξένη Βιβλιογραφία

- Aldwin, C. M., & Igarashi, H. (2015). Successful, optimal, and resilient aging: A psychosocial perspective. In P. A. Lichtenberg, B.T. Mast, B. D. Carpenter, & J. L. Loebach Wetheral (Eds.), *APA handbook of clinical geropsychology, Vol 1: History and status of the field and perspectives on aging* (pp. 331-359). Washington, D.C.: American Psychological Association
- Almedom, A. M., & Glandon, D. (2007). Resilience is not the absence of PTSD any more than health is the absence of disease. *Journal of Trauma and Loss*, 12, 127-143.
- American Psychological Association (2015). The Road to Resilience. <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
- Bandura A. (2006). "Guide for constructing self-efficacy scales," in *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents* Vol. 5 eds Pajares F., Urdan T., editors. (Greenwich, CT: Information Age Publishing;), 307–337.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bartley M., Schoon M. R., Blane M. (2010). "Resilience as an asset for healthy development," in *Health Assets in a Global Context*, eds Morgan A., Davies M., Ziglio E., editors. (New York, NY: Springer;), 101–115
- Beaumont J.G., Kenealy P.M. (2003). Quality of life (QoL) of the Healthy Elderly: Residential Setting and Social Comparison Processes. Διαθέσιμο στο <http://www.esds.ac.uk/doc/5535%5Cmrdoc%5Cpdf%5C5535userguide.pdf>
- Bernard, B. (1995). *Fostering Resilience in Children*. Retrieved from <http://crahd.pha.org/papers/Fostering.pdf>.
- Borman, G.D., Rachuba, L.T. (2001). Academic success among poor and minority students: An analysis of competing models of school effects. CRESPAR (Center for Research on the Education of Students Placed At Risk), Report No. 52, Johns

Hopkins and Howard Universities, funded by Office of Educational Research and Development.

Bowling A, Iliffe S. Psychological approach to successful ageing predicts future quality of life in older adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(13).

Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J., (2002), A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging & Mental Health*, 6(4): 355-371.

Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. *Annals of Child Development*, 6, 187-249.

Bronfenbrenner, U., Moen, P., & Garabino, J. (1984). Family and community. In R. Parke (Ed.), *Review of child development research* (Vol. 7, pp. 283-328). Chicago: University of Chicago Press.

Browne, J., et al., Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of life Research*, 1994. 3(4): p. 235-244.

Campbell-Sills L., Stein M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): validation of a 10-item measure of resilience. *J. Trauma Stress* 20 1019–1028

Carle, A., & Chassin, L. (2004). Resilience in a community sample of children of alcoholics: Its prevalence and relation to internalizing symptomatology and positive effect. *Applied Developmental Psychology*, 25, 577-595.

Cassidy S. (2015). Resilience building in students: the role of academic self-efficacy. *Front. Psychol.*6:1781

Cassidy S. (2016). The Academic Resilience Scale (ARS-30): A New Multidimensional Construct Measure. *Frontiers in psychology*, 7, 1787. doi:10.3389/fpsyg.2016.01787

Chen, G., Gully, S. M., & Eden, D. (2001). Validation of a new general self-efficacy scale. *Organizational Research Methods*, 4, 62–83.

Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). An ecological-transactional analysis of children and contexts: The longitudinal interplay among child maltreatment, community

violence, and children's symptomatology. *Development and Psychopathology*, 10, 235-257

Condly, S. J. (2006). Resilience in children: A review of literature with implications for educators. *Urban Education*, 41, 211-236.

Connor K. M., Davidson J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety* 18 76–82.

Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Shulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In M. Hertherington & E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping, and resilience in children and families* (pp. 1-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

Creswell, J. & Clark, V. (2011). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

de Paula Couto, M. C. P., Koller, S. H., & Novo, R. (2011). Stressful life events and psychological well-being in a Brazilian sample of older persons: The role of resilience. *Ageing international*, 36(4), 492-505.

Demakakos et al (2008), *Resilience in older age: a depression-related approach*

Department of Economic and Social Affairs Population Division, U.N., *World Population Ageing 2013*. 2013.

Department of Economic and Social Affairs Population Division, U.N., *World Population Prospects The 2006 Revision*. 2006.

Dugan, T., & Coles, R. (1989). *The Child in Our Times*. New York, NY: Brunner Mazel Publishers.

Edwards T., Catling J. C., Parry E. (2016). Identifying predictors of resilience in students. *Psychol. Teach. Rev.* 22 26–31

Efklides A., Kalaitzidou M., and Chankin G., (2003), Subjective Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State, an Adaptation to Aging, *European Psychologist* 8 (3): 178-191.

Esquivel, G., Doll, B. & Oades-Sese, G. (2011). Introduction to the special issue: resilience in schools. *Psychology in the Schools*, 48, 7, 649-651.

- Fallon C. M. (2010). *School Factors that Promote Academic Resilience in Urban Latino High School Students*. Doctoral Dissertation paper 122, Loyola University, Chicago
- Farquhar, M., Elderly people's definitions of quality of life. *Social science & medicine*, 1995. 41(10): p. 1439-1446.
- Fernández-Ballesteros R., (2002), Social support and Quality of life Among Older People in Spain, *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
- Fitzpatrick, R., et al., Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *Bmj*, 1992. 305(6861): p. 1074-1077.
- Fleming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood, *Child Abuse Review*, 21, 1, 49-58.
- Fraser, M.W., & Galinsky, M.J. (1997). «Toward a resilience-based model of practice». In: M.W. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood an ecological perspective*. Washington, DC: NASW Press
- Fredrickson B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *Am. Psychol.* 56 218–226.
- Friborg, O., Barlaug, D. Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.
- Friedland N. (2005). "Introduction–The "elusive" concept of social resilience," in *The Concept of Social Resilience*, eds Friedland N., Arian A., Kirschnbaum A., Karin A., Fleischer N., editors. (Haifa: The Technion. Samuel Neaman Institute; ), 7–10.
- Furr R. M. (2011). *Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology*. London: Sage.
- Gallacher, J., Mitchell, C., Heslop, L., & Christopher, G. (2012). Resilience to health related adversity in older people. *Quality in Ageing and Older Adults*, 13(3), 197-204.

- Garbarino, J. (1995). *Raising children in a socially toxic environment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Gardner, D. G., & Pierce, J. L. (1998). Self-esteem and self-efficacy within the organizational context. *Group and Organization Management*, 23, 48-70.
- Gardynik U. (2008). *Defying the odds: Academic Resilience of Students with Learning Disabilities*. Doctoral thesis, University of Alberta, Edmonton.
- Garmezy, N. (1971). Vulnerability research and the issue of primary prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-116.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 34, 416-430.
- Garmezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Glantz, M., & Johnson, J. (1999). *Resiliency and Development*. New York, NY: Kluwer Academic.
- Golant SM. Residential normalcy and the enriched coping repertoires of successfully aging older adults. *Gerontologist*. 2015;55(1):70e82
- Gooding PA, Hurst A, Johnson J, TARRIER N. Psychological resilience in young and older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27:262e270.
- Gordon, E.W. & Song, L.D. (1994). Variations in the experience of resilience. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp 27-43). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Green K. T., Hayward L. C., Williams A. M., Dennis P. A., Bryan B. C., Taber K. H., et al. (2014). Examining the factor structure of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) in a post-9/11 U.S. military veteran sample. *Assessment* 21 443–451.
- Guzman, J., et al., *Ageing in the twenty-first century: A celebration and a challenge*. New York: United Nations Population Fund, 2012.

- Ha, N.T., et al., Quality of life among people living with hypertension in a rural Vietnam community. *BMC public health*, 2014. 14(1): p. 1.
- Hagen, K. A., Myers, B. J., & Mackintosh, V. H. (2005). Hope, social support, and behavioral problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 211-219.
- Hamarat E, Thompson D, Steele D, Matheny K, Simons C. Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *J Genet Psychol.* 2002;163(3):360e367.
- Hamill S. K. (2003). Resilience and self-efficacy: the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colgate Univ. J. Sci.* 35 115–146.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics society*, 52(2), 257-262.
- Hemenover, S. H. (2003). The good, the bad, and the healthy: Impacts of emotional disclosure of trauma on resilient self-concept and psychological distress. *Society for Personality and Social Psychology*, 29, 1236-1244.
- Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What Is Resilience? *Canadian Journal of Psychiatry* 56, 258-265.
- Higgins, G.O. (1994). *Resilient adults: Overcoming a cruel past*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist* 2010;50(1):36e47.
- Hildon Z, Montgomery SM, Blane D, Wiggins RD, Netuveli G. Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is “right” about the way we age? *Gerontologist.* 2010;50(1):36e47.
- Hines, A. M., Wyatt, P., & Merdinger, J. (2005). Former foster youth attending college: Resilience and the transition to young adulthood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 381-394.

- Hoge, E. A., Austin, E. D., & Pollack, M. H. (2007). Resilience. Research evidence and conceptual considerations for posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, 24, 139-152.
- Hoi, L.V., N.T. Chuc, and L. Lindholm, Health-related quality of life, and its determinants, among older people in rural Vietnam. *BMC public health*, 2010. 10(1): p. 1.
- Hu, T., Zhang, D., & Wang, J. (2015). A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Personality and Individual Differences*, 76, 18-27.
- Hultsch, D.F., Hertzog, C., Small, B.J., & Dixon, R.A. (1999). Use it or lose it: Engaged lifestyle as a buffer of cognitive decline in aging? *Psychology of Aging*; 14: 520–527.
- Jane-Llopis E., Katschnig H., McDaid D., and Wahlbeck K. (2007). Commissioning, interpreting and making use of evidence on mental health promotion and mental disorder prevention: an everyday primer. Lisbon.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist*, 48, 117-126.
- Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, et al. Older age is associated with more successful aging: role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):188e196.
- Jeste DV, Savla GN, Thompson WK, et al. Older age is associated with more successful aging: role of resilience and depression. *Am J Psychiatry*. 2013;170(2):188e196.
- Jew, C.L., Green, K.E., & Kroger, J. (1999). Development and validation of a measure of resiliency. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 32, 75-89.
- Joseph, J. (1994). *The Resilient Child*. New York, NY: Insight Books
- Kanevsky L., Corke M., Frangkiser L. (2008). The academic resilience and psychosocial characteristics of inner-city English learners in a museum-based school program. *Educ. Urban Soc.* 40 452–475.



- Keltner, B., & Walker, L. (2003). Resilience for those needing health care. In E. H. Grotberg (Ed.), *Resilience for today: Gaining strength from adversity* (pp. 141-160). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Khalaf M. A. (2014). Validity and reliability of the academic resilience scale in Egyptian context. *US China Educ. Rev. B* 4 202–210.
- Kim-Cohen, J. (2007). Resilience and developmental psychopathology. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16, 271-283.
- Kinsel B. Resilience as adaptation in older women. *J Women Aging*. 2005;17(3): 23e39.
- Kirby, L., D., & Fraser, M. W. (1997). Risk and resilience in childhood. In M. Fraser (Ed.), *Risk and resilience in childhood* (pp. 10-33). Washington, DC: NASW Press.
- Knight C. (2007). A resilience framework: perspectives for educators. *Health Education*, Vol. 107 Issue: 6, pp.543-555,
- Kwong, K., Du, Y., & Xu. Q. (2015). Healthy aging of minority and immigrant populations: Resilience in late life. *Traumatology*, 1-9.
- Lamond A. J., Depp C. A., Allison M., Langer R., Reichstadt J., Moore D. J., et al. (2009). Measurement and predictors of resilience among community-dwelling older women. *J. Psychiatr. Res.* 43 148–154.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Leckerman, J. F., & Mayes, L. C. (2007). Nurturing resilient children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 221-223.
- Leontopoulou, S. (2013). A Comparative Study of Resilience in Greece and Cyprus: The Effects of Negative Life Events, Self-Efficacy, and Social Support on Mental Health. In A. Efklides and D. Moraitou (eds.), *A Positive Psychology Perspective on Quality of Life* (pp. 273-294) Springer: Social Indicators Research Series 51.

- Lima M.G., Barros M.B.A. Cesar CLC., Coldbaum M., Carandina L., Ciconelli R.M. (2009). Health related quality of life among the elderly: a populationbased study using SF-36 survey. *Cad Saude Publica*; 25(10):2159-2167.
- Liu, R., et al., The Chinese version of the world health organization quality of life instrument-older adults module (WHOQOL-OLD): psychometric evaluation. *Health and quality of life outcomes*, 2013. 11(1): p. 1.
- Löwe B, Wahl I, Rose M, Spitzer C, Glaesmer H, Wingenfeld K, Schneider A, Brähler E (2010) A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord* 122:86–95
- Luthar, S. S. & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S. S., & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: A review of the research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 6-22.
- Luther, S. S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 3, 543-562.
- MacLeod S, Musich S, Hawkins K, Alsgaard K, Wicker ER. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatr Nurs*. 37(4):266-72.
- Manning LK. Enduring as lived experience: exploring the essence of spiritual resilience for women in late life. *J Relig Health*. 2014;53(2):352e362.
- Martin A. J., Colmer S., Davey L., Marsh H. (2010). Longitudinal modelling of academic buoyancy and motivation: do the “5 Cs” hold up over time? *Br. J. Educ. Psychol*. 80 473–496.
- Martin A. J., Marsh H. (2006). Academic resilience and its psychological and educational correlates: a construct validity approach. *Psychol. Sch*. 43 267–281.

- Martin A. J., Marsh H. W. (2009). Academic resilience and academic buoyancy: multidimensional and hierarchical conceptual framing of causes, correlates and cognate constructs. *Oxf. Rev. Educ.* 35 353–370.
- Martin AS, Distelberg B, Palmer BW, Jeste DV. Development of a new multidimensional individual and interpersonal resilience measure for older adults. *Aging Ment Health.* 2015;19(1):32e45.
- Masten, A. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. In M.C. Wang & E.W. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects* (pp. 3-25). Hillsdale, NY: Lawrence Erlbaum.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23, 493–506.
- Masten, A. S., & Garmezy R. N. (1985). Vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In B. Lahey, & A. Kazdin (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology* (pp. 1-52). New York: Plenum Press.
- Masten, A., & Coatsworth, J. (1998). «The development of competence in favourable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children». *American Psychologist*, 5, 205-220.
- Masten, A.S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- McAdam-Crisp, J. L. (2006). Factors that can enhance and limit resilience for children of war. *Childhood*, 12, 459-477.
- McLafferty M., Mallet J., McCauley V. (2012). Coping at university: the role of resilience, emotional intelligence, age and gender. *J. Quant. Psychol. Res.* 1 1–6
- Mehta, M., Whyte, E., & Lenze, E., et al (2008). Depressive symptoms in late life: Associations with apathy, resilience and disability vary between young-old and old-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(3), 238-243.

- Morales, E.E. & Trotman, F.K. (2004). Promoting academic resilience in multicultural America: Factors affecting student success. New York: Peter Lang Publishing.
- Naglieri, J. A., & LeBuffe P. A. (2005). Measuring Resilience in Children, From Theory to Practice. In S. Goldstein, & R. B. Brooks (Eds.), Handbook of Resilience in Children (pp. 107-121). New York: Springer.
- Netuveli G, Wiggins RD, Montgomery SM, Hildon Z, Blane D. Mental health and resilience at older ages: bouncing back after adversity in the British Household Panel Survey. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:987e991.
- Nilsson, J., A.M. Rana, and Z.N. Kabir, Social capital and quality of life in old age results from a cross-sectional study in rural Bangladesh. *Journal of Aging and Health*, 2006. 18(3): p. 419-434.
- Nygren B, Alex L, Jonsen E, Gustafson Y, Norberg A, Lundman B. Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging Ment Health*. 2005;9(4):354e362.
- Nygren, B., & Jonsen, E. et al. (2005). Resilience, sense of coherence, purpose in life and self-transcendence in relation to perceived physical and mental health among the oldest old. *Aging and Mental Health*, 9(4), 354-362.
- Organ, B.W.H., World Health Day will focus on ageing. 1999. 77(3): p. 293-4.
- Padrón, Y. N., Waxman, H. C., & Huang, S. L. (1999). Classroom behavior and learning environment differences between resilient and nonresilient elementary school students. *Journal of Education for Student Placed At Risk*, 4 (1), 63-81.
- Qin, H., Adding life to years: predicting subjective quality of life among Chinese oldest old. 2007.
- Ratrin Hestyanti, H. (2006). Children survivors of the 2004 Tsunami in Aceh, India: a study of resiliency. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1, p. 303-307.

- Resnick BA, Inguito PL. The resilience scale: psychometric properties and clinical applicability in older adults. *Archives Psych Nurs.* 2011;25(1):11e20.
- Richardson GE. *Proactive and Applied Resilience.* I Universe. Bloomington. 2017
- Richardson, G.E., Neiger, B.L., Jensen, S., & Kumpfer, K.L. (1990). The resiliency model. *Health Education, 21(6), 33-39.*
- Ricketts S. N., Engelhard G., Jr., Chang M. –L. (2015). Development and validation of a scale to measure academic resilience in mathematics. *Eur. J. Psychol. Assess.* 1–8.
- Rigsby, L. (1994). The Americanization of resilience. Deconstructing research practice. In M. Wang & E. Gordon (Eds.), *Educational resilience in inner-city America* (pp. 85-94). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Riley J. R., Masten A. S. (2005). "Resilience in context," in *Resilience in Children, Families, and Communities: Linking Context to Practice and Policy*, eds Peters R. D., Leadbeater B., McMahon R., editors. (New York: Kluwer Academic/Plenum; ), 13–25.
- Rodin, J. & McAvay, G. (1992). Determinants of change in perceived health in a longitudinal study of older adults. *Journal of Gerontology; 47: 373–384.*
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M.W. Kent & J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention in psychopathology: Social competence in children*, 8, 49-1 A. Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57, 316–331.*
- Scali J, Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin ML, Chaudieu I. Measuring resilience in adult women using the 10-items Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLoS One.* 2012;7(6):e39879.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy: Thought control of action.* USA: Taylor & Francis.

- Seccombe, K. (2002). "Beating the odds" versus "changing the odds": Poverty, resilience, and family policy. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 384-394.
- Seidel, D., Jagger, C., Brayne, C., Matthews, F. E., & Cfas, M. (2009). Recovery in instrumental activities of daily living (IADLs): findings from the Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). *Age and ageing*, 38(6), 663-668.
- Shen, K., & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic Research*, 23,105-115.
- Smith B. W., Dalen J., Wiggins K., Tooley E., Christopher P., Bernard J. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int. J. Behav. Med.* 15 194–200.
- Smith JL, Hollinger-Smith L. Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging Ment Health*. 2015;19(3):192e200.
- Smolka, M. N., Buhler, M., Schumann, G., Klein, S., Hu, X. Z., Moayer, M., et al. (2007). Gene-gene effects on the central processing of aversive stimuli. *Molecular Psychiatry*, 12, 307- 317.
- Sorescu E.M. (2011). The Abuse of the Elderly. Views of the Social Care Professionals Working with the Elderly. *Journal of Gerontological Social Work*; 3:54-62.
- Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Lowe B (2006) A brief measure for assessing generalized anxiety disorder—the GAD-7. *Arch Int Med* 166:1092–1097.
- Steinhardt MA. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health* 56(4):445-53
- Thorp, S. R., & Blazer, D. G. (2012). Time does not heal all wounds: Trauma, stress and resilience among older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(5), 375-379.

- Topham P., Moller N. P. (2011). New students' psychological well-being and its relation to first year academic performance in a UK university. *Couns. Psychother. Res.* 11 196–203.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 320-333.
- Unger, M. (2005). *Handbook for Working with Children and Youth*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Valente M. (1999) Anxiety and Panic Disorders in Older Adults Sharon. *Hom Health Care Manag Pract* 11:49-59.
- Van Minh, H., et al., Patterns of health status and quality of life among older people in rural Viet Nam. *Global Health Action*, 2010. 3(Suppl 2): p. 64-69.
- Van Minh, H., et al., Patterns of subjective quality of life among older adults in rural Vietnam and Indonesia. *Geriatrics & gerontology international*, 2012. 12(3): p. 397- 404.
- Vincent GK, Velkoff VA. The next four decades: the older population in the United States: 2010 to 2050. US Census Bureau; May 2010.
- Wagnild G. M., Young H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *J. Nurs. Meas.* 1 165–178
- Waugh, C. E., Wager, T. D., Fredrickson, B. L., Noll, D. C., & Taylor, S. F. (2008). The neural correlates of trait resilience when anticipating and recovering from threat. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 3, 322-332.
- Waxman H. C., Gray J. P., Padron Y. N. (2003). *Review of Research on Educational Resilience: Research Report*. Washington, DC: Institute of Education Sciences
- Wells, M. (2012). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- Wenar, C., & Kerig, P. (2008). Εξελικτική ψυχοπαθολογία – Από τη βρεφική ηλικία στην εφηβεία. Αθήνα: Gutenberg.

- Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff, & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (2<sup>nd</sup> ed.) (pp. 115-132). New York: Cambridge University Press.
- Werner, E. E., & Smith R. S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but not invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: R. R. Donnelley and Sons, Inc.
- Wilson, R.S., Mendes de Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., & Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*; 287: 742–748.
- Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes*. 2011;9(8).
- Windle, G., Woods, R. T., & Markland, D. A. (2010). Living with ill-health in older age: The role of a resilient personality. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 763-777.
- Winfield, L.F. (1991). Resilience, schooling, and development in African-American youth: A conceptual framework. *Education and Urban Society*, 24, 5-14.
- Wolin, S.J. & Wolin, S. (1993). *The resilient self: How survivors of troubled families arise above adversity*. New York, NY: Villard.
- World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. Available: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/)
- World Health Organization, *Active Aging: A Policy Framework* 2002.
- World Health Organization, *WHOQOL: measuring quality of life*. 1997.
- Wright, M. O., & Masten, A. S. (2005). Resilience Processes in Development – Fostering Positive Adaptation in the Context of Adversity. In S. Goldstein & R.B.



Brooks (Eds.), Handbook of Resilience in Children (pp 17-37). New York: Springer

Wu G, Feder A, Cohen H, et al. Understanding resilience. Front Behav Neurosci. 2013;7(10).

### **Ελληνική Βιβλιογραφία**

Δαρδαβέσης Θ., (1999), Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καπρίνης και συν. (2009). Κλινική Ψυχιατρική. Αθήνα. Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου. αε.

Μωυσίδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν., Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), (2002), Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα: Gutenberg.

Πουλοπούλου- Έμκε Ή., (1999), Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α'

ΕΣΤ  
13-4-2018

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ  
ΔΗΜΟ ΚΟΡΙΝΘΙΩΝ

ΕΠΩΝΥΜΟ ΜΠΕΔΑΝΗ

ΟΝΟΜΑ ΣΕΖΗΡΙΑ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ

Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ ΑΓ. ΑΓΩ. 85

Τ.Κ. 20100

ΑΡΙΘΜ. ΤΗΛ. 81191-6974661261

ΑΦΜ. 1

Δ.Ο.Υ. ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Τα ερωτηματολόγια  
δα βότων είν  
ΕΛΔΗ ΚΟΡΙΝΘΟΥ

Κορίνθος 133 18  
2/11  
ΑΙΤΗΣΗ  
*[Signature]*

Εάν προσκομίσει τα δικαιολογητικά δικαιούχης

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_

*[Signature]*

Scanned by CamScanner

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Αξιότιμοι κύριοι, κυρίες

Το παρόν ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας μου στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Θεσμοί και Πολιτικές Υγείας» του Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει το ρόλο της ψυχικής ανθεκτικότητας στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.

Τα αποτελέσματα της έρευνας θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τους σκοπούς αυτής.

Δεν θα γίνει αναφορά στα άτομα που θα συμμετάσχουν στην έρευνα. Η συμμετοχή θα είναι εθελοντική. Θα τηρηθεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς και η εμπιστευτικότητα των δεδομένων της έρευνας. Η συνεργασία σας και η ειλικρίνεια στις απαντήσεις σας είναι απαραίτητη και πολύτιμη.

Με εκτίμηση,

Μπεφάνη Σωτηρία

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

## Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

1. Φύλο	Άνδρας <input type="checkbox"/>	Γυναίκα <input type="checkbox"/>
2. Ηλικία.....		
3. Επίπεδο εκπαίδευσης	Αναλφάβητος <input type="checkbox"/>	Δημοτικό <input type="checkbox"/>
	Γυμνάσιο <input type="checkbox"/>	Λύκειο <input type="checkbox"/>
	ΑΕΙ/ΤΕΙ <input type="checkbox"/>	Μεταπτυχιακός τίτλος <input type="checkbox"/>
4. Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος <input type="checkbox"/>	Έγγαμος <input type="checkbox"/>
	Διαζευγμένος <input type="checkbox"/>	Χήρος <input type="checkbox"/>
5. Έχετε παιδιά;	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>
6. Τόπος Διαμονής	Χωριό <input type="checkbox"/>	Πόλη <input type="checkbox"/>
7. Παίρνετε σύνταξη	Ναι <input type="checkbox"/>	Όχι <input type="checkbox"/>

### The Connor-Davidson Resilience Scale

Παρακαλούμε επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν "σωστές" ή "λάθος" απαντήσεις.

	ΚΑΘΟΛΟΥ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΚΑΠΟΙΣ ΦΟΡΕΣ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΥΧΝΑ ΑΛΗΘΕΣ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ ΑΛΗΘΕΣ
1. Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2. Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3. Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4. Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ό,τι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5. Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	0	1	2	3	4
6. Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7. Το να αντεπεξέρχομαι στο στρες μου δίνει δύναμη	0	1	2	3	4
8. Έχω την τάση να ανακάμπτω μετά από κάποια δοκιμασία ή ασθένεια	0	1	2	3	4
9. Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10. Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ό,τι και να γίνει	0	1	2	3	4
11. Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12. Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13. Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14. Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15. Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4
16. Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	0	1	2	3	4
17. Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18. Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4
19. Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20. Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	0	1	2	3	4
21. Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	2	3	4
22. Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	0	1	2	3	4
23. Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
24. Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
25. Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Παρακαλούμε διάβασε τα παρακάτω προσεκτικά:

Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχες κάποια ενοχλήματα και γενικά πως ήταν η υγεία σου τις τελευταίες εβδομάδες. Παρακαλούμε να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις στις σελίδες που ακολουθούν, υπογραμμίζοντας απλά την απάντηση που νομίζεις ότι σου ταιριάζει καλύτερα. Πρόσεξε, θέλουμε να ξέρουμε τα τωρινά και πρόσφατα ενοχλήματά σου και όχι εκείνα που είχες στο παρελθόν.

Έχει σημασία να προσπαθήσεις να απαντήσεις σε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις.

Ευχαριστούμε πολύ για την συνεργασία σου.

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

A1	<b>Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;</b>	Καλύτερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως
A2	<b>Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A3	<b>Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A4	<b>Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος/η;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A5	<b>Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A6	<b>Νιώθεις σφίξιμο ή πόνους στο κεφάλι;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
A7	<b>Έχεις περιόδους που αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B1	<b>Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B2	<b>Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείς;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B3	<b>Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B4	<b>Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B5	<b>Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B6	<b>Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
B7	<b>Αισθάνεσαι συνεχώς νευρικός/η και σε υπερδιέγερση;</b>	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως

C1	Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
C2	Σου παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;	Γρηγορότερα από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
C3	Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;	Καλύτερα από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο	Χειρότερα από ότι συνήθως	Πολύ χειρότερα
C4	Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η
C5	Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρω σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Όσο λιγότερο χρήσιμο απ' ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο χρήσιμο
C6	Έχεις αισθανθεί ικανός/η να παίρνεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Όσο λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο ικανός/η
C7	Μπορείς να χαιρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;	Περισσότερο από ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως	Όσο λιγότερο από ότι συνήθως	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως
D1	Σκέφτεσαι πως δεν αξίζεις τίποτα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D2	Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D3	Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D4	Σου έχει περάσει απ' το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;	Σίγουρα όχι	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα μου έχει περάσει
D5	Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D6	Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η και να είχες ξεμπερδέψει με όλα;	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως
D7	Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται στο μυαλό;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Πέρασε από το μυαλό μου	Σίγουρα ναι

Garyfallos, G., Karastergiou, A., Adamopoulou, A., Moutzoukis, C., Alagiavidou, E., Mala, D., & Garyfallos, A., (1991). Greek version of the General Health Questionnaire: Accuracy of translation and validity. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 84, 371-37



ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – Ψυχική Υγεία

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες				
Νιώσατε πεσμένος(η), καταθλιμμένος(η) ή απελπισμένος				
Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος				
Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας				

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ !!!