

# **ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ**

---

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας

**Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας**

Πτυχιακή Εργασία:

**Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

**THE PERCEPTION OF SELF-CONTROL AND THE QUALITY OF LIFE  
OF THE ELDERLY PEOPLE AT THE REGIONAL UNITY OF  
HERAKLION CITY.**

ΤΩΝ

ΑΛΕΞΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΜΑΝΩΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΟΔΟΣΙΑ

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: ΑΝΔΡΕΑΤΟΥ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2020

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

**Copyright@ 2020 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, Ελληνικό Μεσογειακό Πανεπιστήμιο**

*Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του/των συγγραφέα/ων, του επιβλέποντα καθηγητή και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).*

## **Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας**

Οι υπογράφοι φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου

ΑΛΕΞΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΜΑΝΩΛΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΝΙΚΟΛΑΟΥ ΘΕΟΔΟΣΙΑ

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«Η ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΗ ΕΝΟΤΗΤΑ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ»

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

---

Αλεξίου Βασιλική Μανωλάκη Μαρία Νικολάου Θεοδοσία

## Περίληψη

Η γήρανση συνδέεται συχνά με την απώλεια του αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους, λόγω των λειτουργικών και άλλων περιορισμών που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα του πληθυσμού. Ωστόσο οι έρευνες δείχνουν ότι η διατήρηση του ελέγχου της ζωής με την αύξηση της ηλικίας μπορεί να βελτιώσει τα επίπεδα ζωής των ηλικιωμένων. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της αντίληψης του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων. Διεξήχθη εμπειρική έρευνα σε ένα δείγμα 150 ηλικιωμένων ατόμων στην ΠΕ Ηρακλείου. Για την αξιολόγηση της αντίληψης του αυτοελέγχου χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Belief in Personal Control Scale (BPCS) του Berrenberg (1994), ενώ για την μέτρηση των επιπέδων ποιότητας ζωής η κλίμακα UWMC/ADPR/QOL των Logsdon et al., (1998). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα άτομα στην ΠΕ Ηρακλείου είχαν συνολικά μέτρια προς υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, με τα μεγαλύτερα επίπεδα να καταγράφονται στις διαστάσεις της οικογένειας και του γάμου και τα χαμηλότερα επίπεδα στην ικανότητα διασκέδασης και τα χρήματα. Σε ότι αφορά στον αυτοέλεγχο, τα ηλικιωμένα άτομα έτειναν να πιστεύουν κυρίως ότι τα αποτελέσματα τους προέρχονται από παράγοντες που δεν μπορούν να ελέγξουν, όπως ο Θεός, και λιγότερο από ελεγχόμενους παράγοντες όπως ο εαυτός τους. Ο αντιληπτός αυτοέλεγχος στην διάσταση των αποτελεσμάτων τα οποία προέρχονται από τον εαυτό τους, συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής που αφορά στην φυσική υγεία, την ενέργεια, τη διάθεση, τη μνήμη, τις φιλίες, την αυτοφροντίδα, την ικανότητα διασκέδασης, τα χρήματα και τη ζωή ως σύνολο, υποδεικνύοντας μια θετική σχέση μεταξύ της αντίληψης του αυτοελέγχου και της ποιότητας ζωής, όπως έχουν δείξει πολλές προηγούμενες έρευνες. Τα αποτελέσματα της έρευνας συνεισφέρουν στην καλύτερη κατανόηση της σύνδεσης μεταξύ του αντιληπτού αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους και της ποιότητας ζωής, υποδεικνύοντας την ανάγκη σχεδιασμού παρεμβάσεων οι οποίες θα μπορούσαν να βοηθήσουν στον εντοπισμό και την αλλαγή των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων των ηλικιωμένων ατόμων, ως ένα μέσο για τον επαναπροσδιορισμό των παρανοήσεων σχετικά με τη δυνατότητα ελέγχου των δικών τους αποτελεσμάτων, προκειμένου να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

**Λέξεις κλειδιά:** αντιληπτός αυτοέλεγχος, ποιότητα ζωής, ηλικιωμένα άτομα

## **Abstract-**

Title: The perception of self-control and the quality of life of the elderly people at the regional unity of Heraklion city.

Aging is often associated with loss of personal control among elderly, due to functional and other limitations faced by this population group. However, research shows that maintaining control over life as we age, can improve the quality of life of older people. The purpose of the present study is to investigate the relationship between quality of life and perceived self-control in older people. An empirical study was conducted on a sample of 150 elderly people in the P.E. Heraklion. The Berrenbergs (1994), Belief in Personal Control Scale (BPCS) was used to assess self-control perceptions, while the UWMC / ADPR / QOL scale of Logsdon et al., (1998) was used to measure quality of life. Results showed that older people had overall moderate to high levels of quality of life, with higher levels being recorded in family and marriage dimensions and lower levels in fun and money dimensions. In terms of perceived self-control, older people tended to believe mainly that their personal results were derived from factors they could not control, such as God, and less from controlled factors such as themselves. Perceived self-control in the dimension of the results that they derive from themselves was correlated with quality of life related to physical health, energy, mood, memory, friendships, self-care, fun, money and life as a whole, suggesting a positive relationship between perceived self-control and quality of life, as many previous studies have shown. The results of the study contribute to the better understanding of the relationship between perceived self-control in the elderly and quality of life, suggesting the need for planning interventions that could help identify and change maladaptive beliefs as a means of retrieval. misconceptions about the ability to control their own outcomes to improve their quality of life

**Keywords:** perceived self-control, quality of life, elderly people

Ευχαριστίες:

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την καθηγήτρια μας κ. Ανδρέατου Αικατερίνη που καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της εργασίας μας ήταν πάρα πολύ βοηθητική μαζί μας και πάντα με πολύ φιλικό και πρόσχαρο προς εμάς τρόπο. Ανταποκρινόταν πάντα άμεσα σε όποια βοήθεια της ζητούσαμε.

Επίσης θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συμμετείχαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μας αλλά και όσους μας βοήθησαν να βρούμε ευκολότερα το δείγμα που χρειαζόμασταν.

Τέλος ευχαριστούμε τις οικογένειες μας για τη στήριξη τους όλο αυτό τον καιρό.

## Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη.....	iv
Abstract.....	v
Ευρετήριο Διαγραμμάτων.....	viii
Ευρετήριο Πινάκων.....	ix
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.....	4
1.1. Γήρανση – Προβλήματα ηλικιωμένων ατόμων.....	4
1.2. Ο αυτοέλεγχος στα ηλικιωμένα άτομα.....	7
1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του αυτοελέγχου στα ηλικιωμένα άτομα.....	11
1.4 Η σημασία του αυτοελέγχου στα ηλικιωμένα άτομα.....	13
1.5. Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.....	14
1.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.....	16
1.7. Αντίληψη αυτοελέγχου και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων πληθυσμών.....	19
ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	23
2.1. Σκοπός έρευνας.....	23
2.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	23
2.3. Μεθοδολογία.....	24
2.4. Δείγμα έρευνας.....	25
2.5. Ερευνητικό εργαλείο.....	25
2.6. Διαδικασίες έρευνας.....	26
2.7. Ηθικά ζητήματα.....	26
2.8. Ανάλυση δεδομένων.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	28
3.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.....	28
3.2. Αποτελέσματα ανάλυση αξιοπιστίας.....	29
3.3. Αποτελέσματα για την αντίληψη του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων.....	30
3.4. Αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων.....	36
3.5. Διαφοροποίηση ως προς το φύλο και συσχέτιση με τη ηλικία.....	39
3.6. Συσχέτιση ποιότητας ζωής και αυτοελέγχου σε ηλικιωμένα άτομα.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΣΥΖΗΤΗΣΗ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	45

4.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	45
4.2. Συμπεράσματα.....	47
4.3. Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις μελλοντικής έρευνας.....	48
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....	50



## Ευρετήριο Διαγραμμάτων

<b>Διάγραμμα 3.1.</b> Αποτελέσματα για το φύλο των συμμετεχόντων.....	28
<b>Διάγραμμα 3.2.</b> Ηλικιακή κατανομή δείγματος.....	29
<b>Διάγραμμα 3.3.</b> Αποτελέσματα τριών διαστάσεων αυτοελέγχου με τη μορφή μέσης τιμής και 95% διαστήματος εμπιστοσύνης (1=Πάντα, 3=Μερικές φορές, 5=Ποτέ).....	36
<b>Διάγραμμα 3.4.</b> Αποτελέσματα εννέα διαστάσεων ποιότητας ζωής με τη μορφή μέσης τιμής και 95% διαστήματος εμπιστοσύνης (1=Φτωχή, 2=Μέτρια, 3=Καλή, 4=Άριστη).....	38
<b>Διάγραμμα 3.5.</b> Κατανομή της συνολικής ποιότητας ζωής (1=Φτωχή, 2=Μέτρια, 3=Καλή, 4=Άριστη).....	39

## Ευρετήριο Πινάκων

<b>Πίνακας 3.1.</b> Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας διαστάσεων του ερωτηματολογίου.....	30
<b>Πίνακας 3.2.</b> Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 17 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους (1=Πάντα, 5=Ποτέ).....	31
<b>Πίνακας 3.3.</b> Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 19 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους (1=Πάντα, 5=Ποτέ).....	33
<b>Πίνακας 3.4.</b> Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 9 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό (1=Πάντα, 5=Ποτέ).....	34
<b>Πίνακας 3.5.</b> Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 13 ερωτήσεις που αξιολογούν την ποιότητα ζωής (1=Φτωχή, 4=Άριστη).....	37
<b>Πίνακας 3.6.</b> Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη σύγκριση μεταξύ αντρών και γυναικών..	40
<b>Πίνακας 3.7.</b> Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson για τη συσχέτιση αυτοελέγχου και ποιότητας ζωής με την ηλικία.....	42
<b>Πίνακας 3.8.</b> Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson για τη συσχέτιση αυτοελέγχου και ποιότητας ζωής.....	43

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο πληθυσμός των ηλικιωμένων στην Ελλάδα, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ το 2011, έφτασε τα 2,7 εκ. (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Επίσης σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας, το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στην χώρα αντιπροσωπεύει περίπου το 19% του συνολικού πληθυσμού, καθιστώντας την Ελλάδα την 5<sup>η</sup> γηραιότερη χώρα στον κόσμο (ΕΓΓΕ, 2015).

Τα ηλικιωμένα άτομα αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα του πληθυσμού, τα οποία βιώνουν αρκετά έντονα τα δυσάρεστα κοινωνικά γεγονότα, σε μια περίοδο της ζωής τους, όπου είναι επίσης πολύ πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και να έχουν προβλήματα ανεξαρτησίας στην καθημερινή διαβίωση λόγω των προβλημάτων αυτών (π.χ. λήψη φαρμακευτικής αγωγής, προβλήματα κινητικότητας) (Τατσιώνη, Καραθάνος & Μίσσιου, 2015; Αναστασιάδου, 2015). Πολλοί ηλικιωμένοι είναι επίσης πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, που συνδέονται με την επιδείνωση της κατάστασης της φυσικής τους υγείας, ενώ από την άλλη μπορεί να είναι αντιμετώπι με χρόνιες παθήσεις, όπως η νόσος του Αλτσχάιμερ, η οποία επηρεάζει την μνήμη και άλλες γνωστικές λειτουργίες (Πολίτης, 2011).

Το θέμα αυτό μπορεί να είναι περισσότερο έντονο, αν θέλουμε να μιλήσουμε ειδικότερα για τους ηλικιωμένους στην Ελλάδα, καθώς λόγω της οικονομικής ύφεσης, οι ηλικιωμένοι στην χώρα αντιμετωπίζουν υψηλότερα επίπεδα κοινωνικού αποκλεισμού, λόγω της κατάρρευσης του μοντέλου κοινωνικής πρόνοιας (Τσοκανάρη, 2017). Όλα τα παραπάνω προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, έχουν αναπόφευκτα επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους. Οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει πράγματι ότι τα ηλικιωμένα άτομα στην Ευρώπη και την Ελλάδα έχουν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής σε σύγκριση με τα νεότερα, τα οποία σχετίζονται με κατάθλιψη, χαμηλότερα υποκειμενικά επίπεδα υγείας και περιορισμούς στην διεξαγωγή των καθημερινών δραστηριοτήτων (Chrysopoulou, 2015; Conde-Sala et al., 2017).

Τα προβλήματα υγείας μπορεί να επιδεινώσουν την αίσθηση του ελέγχου στους ηλικιωμένους, ενώ η ίδια η ηλικία έχει δείχθει ότι σχετίζεται με τον αυτοέλεγχο στους

ηλικιωμένους. Ουπροηγούμενες έρευνες έχουν βρει ότι με την αύξηση της ηλικίας, η αίσθηση του ελέγχου μειώνεται, και ότι οι ηλικιωμένοι είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερα επίπεδα αυτό-ελέγχου στην ζωή τους (Ross & Mirowsky, 2002; Wolinskyetal., 2003). Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί από το γεγονός ότι όσο αυξάνεται η ηλικία και επέρχεται η γήρανση, η φυσική και γνωστική λειτουργία των ανθρώπων μειώνεται και η κατάσταση της υγείας μπορεί να επιδεινώνεται (Wolinskyetal., 2003). Περαιτέρω, η επιδείνωση του αντιληπτού ελέγχου σχετίζεται με την αύξηση των φραγμών και των περιορισμών που συνδέονται με την ηλικία, όπως οι βιολογικές και κοινωνικές μεταβολές των διαθέσιμων πόρων (π.χ. υγεία, κοινωνική κατάσταση, εισόδημα και πένθος). Αυτή η μείωση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη ευπάθεια όσον αφορά στην υγεία και τη μακροζωία (Robinson&Lachman, 2017). Αντίθετα, ο αυτοέλεγχος στην ζωή των ηλικιωμένων τους επιτρέπει να ζήσουν μια πιο ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή, αυξάνει την ικανοποίηση από την ζωή και το επίπεδο φυσικής και ψυχικής υγείας και μειώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων (Baumeister & Boone, 2004; Hofmann et al., 2014; Wirtzetal., 2016).

Ωστόσο η σχέση μεταξύ του αυτοελέγχου και της ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους δεν έχει μελετηθεί ευρέως στην Ελλάδα και οι περισσότερες έρευνες έχουν γίνει στο εξωτερικό. Δεδομένης τόσο της έλλειψης ερευνών στον τομέα αυτό, όσο και δεδομένου του γεγονότος ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων στην Ελλάδα αυξάνεται, όπως και σε παγκόσμιο επίπεδο άλλωστε (Πάσχος, Μαλλιαρού & Μπαμίδης, 2016), θα ήταν χρήσιμο να μελετηθεί η σχέση μεταξύ της αντίληψης του αυτοελέγχου και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στην Ελλάδα.

Στο πλαίσιο αυτό, σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της ποιότητας ζωής και της αντίληψης του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα. Το θέμα αρχικά καλύπτεται μέσα από την ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας. Το υλικό αντλήθηκε από σχετικά βιβλία και επιστημονικά άρθρα, τα οποία αναζητήθηκαν στις βάσεις δεδομένων Pubmed, ScienceDirectκαι GoogleScholar. Για τον εμπλουτισμό των θεωρητικών ευρημάτων πραγματοποιήθηκε στην συνέχειαεμπειρική έρευνα με την χρήση ερωτηματολογίου,σε ένα δείγμα ηλικιωμένων ατόμων στην Περιφερειακή Ενότητα (ΠΕ) Ηρακλείου.

Για την καλύτερη παρουσίαση του θέματος η εργασία χωρίστηκε σε τέσσερα κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αποτελεί το θεωρητικό μέρος της μελέτης και

επικεντρώνεται στην ανάλυση του θεωρητικού πλαισίου της αντίληψης του αυτοελέγχου και της ποιότητας ζωής, σε σχέση πάντα με τους ηλικιωμένους. Το κεφάλαιο αυτό δομείται σε επτά ενότητες. Η πρώτη ενότητα κάνει αναφορά στην γήρανση και τα προβλήματα των ηλικιωμένων. Η δεύτερη ενότητα εστιάζει στον αυτοέλεγχο για τα ηλικιωμένα άτομα, η τρίτη ενότητα εστιάζει στους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του αυτοελέγχου στα ηλικιωμένα άτομα και η τέταρτη ενότητα παρουσιάζει την σημασία του αυτοελέγχου για τα ηλικιωμένα άτομα. Η πέμπτη ενότητα αναφέρεται στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και η έκτη στους παράγοντες που την επηρεάζουν. Τέλος η έβδομη ενότητα παρουσιάζει τα ευρήματα προηγούμενων μελετών σχετικά με την σύνδεση της ποιότητας ζωής και της αντίληψης του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων. Τα επόμενα τρία κεφάλαια αποτελούν το εμπειρικό μέρος. Στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η μεθοδολογία της έρευνας, όπου καταγράφεται ο σκοπός της, τα ερευνητικά ερωτήματα, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων, το δείγμα και οι μέθοδοι ανάλυσης δεδομένων. Το δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζει τα αποτελέσματα της έρευνας έπειτα από την στατιστική τους ανάλυση στο πρόγραμμα SPSS, ενώ το τρίτο κεφάλαιο περιλαμβάνει την συζήτηση των αποτελεσμάτων, όπου τα ευρήματα της έρευνας συζητούνται σε σχέση με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών, εξάγοντα τα βασικά συμπεράσματα, καταγράφονται οι περιορισμοί της έρευνας και γίνονται προτάσεις για μελλοντική μελέτη.

## **ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ**

#### **1.1. Γήρανση – Προβλήματα ηλικιωμένων ατόμων**

Η γήρανση έχει οριστεί ως η συσσώρευση ποικίλων επιβλαβών αλλαγών που εμφανίζονται σε κύτταρα και ιστούς με προχωρημένη ηλικία που ευθύνονται για τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας και θανάτου (Tosato et al., 2007). Σήμερα έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα που έχουν ενισχύσει την κατανόηση των βιολογικών παραγόντων που σχετίζονται με την γήρανση, παρέχοντας χρήσιμες και σημαντικές πληροφορίες για τις φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν με τη γήρανση, όπως η ανοσολογική θεωρία (Franceschi et al 2000), η θεωρία της φλεγμονής (Chung et al., 2000) και η μιτοχονδριακή θεωρία (Cadenas & Davies 2000). Η διαδικασία της γήρανσης είναι μια φυσική διαδικασία της ζωής που οφείλεται στις σταδιακές αλλαγές στη μεταβολική δραστηριότητα των οργάνων και στην ελλιπή ικανότητα αναγέννησης των κυττάρων, τα οποία μπορούν να συντελέσουν στην ανάπτυξη καταστάσεων, διαταραχών και ασθενειών στους ηλικιωμένους (Khaje-Bishak et al., 2014).

Σύμφωνα με τους DeLucad' Alessandro, Bonacci & Giraldi (2011) η κατάσταση της υγείας των ατόμων τείνει να επιδεινώνεται με την πάροδο των ετών και πολλά προβλήματα υγείας μπορεί να είναι περισσότερο κοινά στους ηλικιωμένους, σε σύγκριση με τους νεότερους. Πολλά από τα προβλήματα αυτά παρουσιάζονται ως επακόλουθο της φυσιολογικής διαδικασίας της γήρανσης. Η απώλεια ακοής και η αυξημένη παραγωγή κεριού με τη γήρανση συμβάλλουν στη δημιουργία προβλημάτων ακοής. Περίπου το ήμισυ των ενηλίκων άνω των 85 ετών έχουν προβλήματα ακοής σήμερα. Η ήπια απώλεια ακοής μπορεί να υποβαθμίσει την επεξεργασία της ομιλίας, ιδιαίτερα εάν ο λόγος είναι γρήγορος ή όταν πολλαπλοί ομιλητές σε μεγάλα δωμάτια δημιουργούν ηχητικό θόρυβο (Humes & Young, 2016). Η οπτική οξύτητα μειώνεται επίσης κανονικά με την ηλικία (πρεσβυωπία). Οι μεγάλοι ενήλικες θα έχουν συχνά προβλήματα όρασης καθιστώντας τη νυχτερινή οδήγηση πιο επικίνδυνη (Wettstein et al., 2018). Η ζάλη είναι επίσης ένα συνηθισμένο

πολυπαραγοντικό γηριατρικό σύνδρομο που συμβάλλει στις πτώσεις, καθώς η λειτουργία του αιθουσαίου συστήματος του εγκεφάλου μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας (Burns, Stevens & Lee, 2016).

Η μυϊκή μάζα και η μείωση της δύναμης ξεκινούν κατά την τέταρτη δεκαετία της ζωής. Μέχρι την ηλικία των 85 ετών, περίπου το 20% των ανθρώπων πληρούν τα κριτήρια για τη σαρκοπενία (σημαντική απώλεια μυϊκής μάζας και δύναμης). Η χρόνια φλεγμονή, τα μειωμένα επίπεδα ορμονών, η μειωμένη μιτοχονδριακή λειτουργία των μυών και η μειωμένη λειτουργία των μυϊκών βλαστικών κυττάρων συμβάλλουν πιθανώς στη σαρκοπενία. Αυτή η πτώση της μυϊκής μάζας και η αύξηση της λιπώδους μάζας συντελεί σε σημαντικές αλλαγές στη φαρμακοκινητική και οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να χρειαστούν χαμηλότερες δόσεις φαρμάκων από τους νεότερους ενήλικες (Walston, 2012).

Πολλές αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία επηρεάζουν επίσης το ανοσοποιητικό σύστημα. Με την αύξηση της ηλικίας υπάρχει μείωση της λειτουργίας των Β κυττάρων, μείωση της παραγωγής των Τ κυττάρων και δυσλειτουργία εγγενούς ανοσίας. Αυτές οι αλλαγές αποδυναμώνουν την ικανότητα του οργανισμού να καταπολεμά τις μολύνσεις από παθογόνους μικροοργανισμούς και έτσι οι λοιμώξεις από γρίπη είναι συχνότερες και πιο σοβαρές σε ηλικιωμένους ενήλικες ενώ τα εμβόλια είναι λιγότερο αποτελεσματικά. Η κυτταρική ανοσολογική δυσλειτουργία συμβάλλει επίσης στην επικράτηση του έρπητα ζωστήρα σε ηλικιωμένους ενήλικες (Jaul & Barron, 2017).

Πέρα από τις απλές παθολογίες, η παρουσία δύο ή περισσότερων ασθενειών ή καταστάσεων ταυτόχρονα (συννοσηρότητα) μπορεί να έχει κρίσιμη επίδραση στην κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων. Καθώς η ηλικία αυξάνεται, η κατάσταση της υγείας γίνεται περισσότερο εύθραυστη και τα άτομα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο έκπτωσης της σωματικής και νοητικής λειτουργίας τους, ανάπτυξης αναπηρίας και θανάτου (DeLucad' Alessandro, Bonacci & Giraldi, 2011). Οι πιο κοινές χρόνιες ασθένειες που παρουσιάζονται στους ηλικιωμένους είναι η καρδιαγγειακή νόσος, η υπέρταση, ο καρκίνος, η οστεοαρθρίτιδα, η οστεοπόρωση και ο σακχαρώδης διαβήτης. Η υπέρταση, που συμβάλλει σημαντικά στην αθηροσκλήρωση, είναι η πιο συχνή χρόνια ασθένεια των ηλικιωμένων ενηλίκων. Η καρδιαγγειακή νόσος παραμένει η συνηθέστερη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων, αν και τα ποσοστά θανάτων

μειώθηκαν τα τελευταία 20 χρόνια. Εδώ περιλαμβάνονται η χρόνια ισχαιμική καρδιοπάθεια, η συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια και η αρρυθμία (Jaul&Barron, 2017).

Πολλοί ηλικιωμένοι είναι επίσης πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας, που συνδέονται με την επιδείνωση της κατάστασης της φυσικής τους υγείας. Η κατάθλιψη για παράδειγμα είναι ένα αρκετά κοινό πρόβλημα στους ηλικιωμένους, αλλά δεν αποτελεί φυσιολογική συνέπεια της γήρανσης. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι μια φυσιολογική ανταπόκριση στα γεγονότα της ζωής που συμβαίνουν με τη γήρανση, όπως το πένθος, η συνταξιοδότηση / απώλεια εισοδήματος και η απώλεια της φυσικής, κοινωνικής ή νοητικής λειτουργίας λόγω ασθένειας (Lang, Kliegel&Albert, 2018).

Η γνωστική έκπτωση στους ηλικιωμένους χαρακτηρίζεται από ήπια απώλεια βραχυπρόθεσμης μνήμης, δυσκολία εύρεσης λέξεων και βραδύτερη ταχύτητα επεξεργασίας και αποτελεί φυσικό συνακόλουθο της γήρανσης που παρατηρείται συχνά κατά την ηλικία των 85 ετών. Η άνοια είναι επίσης πιο συχνή στους ηλικιωμένους, ειδικότερα η άνοια που συνδέεται με την νόσο του Αλτσχάιμερ, η οποία επηρεάζει την μνήμη και άλλες γνωστικές λειτουργίες (Πολίτης, 2011).

Εκτός από τα προβλήματα υγείας, τα ηλικιωμένα άτομα βιώνουν αρκετά έντονα τα δυσάρεστα κοινωνικά γεγονότα, σε μια περίοδο της ζωής τους, όπου είναι επίσης πολύ πιθανό να αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας και να έχουν προβλήματα ανεξαρτησίας στην καθημερινή διαβίωση λόγω των προβλημάτων αυτών (π.χ. λήψη φαρμακευτικής αγωγής, προβλήματα κινητικότητας) (Τατσιώνη, Καραθάνος&Μίσιου, 2015; Αναστασιάδου, 2015). Το να είναι κάποιος παντρεμένος ή / και να έχει μεγαλύτερη οικονομική άνεση έχει συνδεθεί με αυξημένη έτη ζωής. Εναλλακτικά, η κοινωνική απομόνωση προβλέπει τη θνησιμότητα και άλλα αρνητικά αποτελέσματα σε ηλικιωμένους ενήλικες (Steptoe et al., 2013).

Όλα τα παραπάνω θέματα έχουν λάβει αυξημένη προσοχή σήμερα, καθώς το προσδόκιμο ζωής αυξάνεται, με αποτέλεσμα την αύξηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων στον γενικό πληθυσμό. Σήμερα οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν περισσότερο. Μέχρι το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός ηλικίας 60 ετών και άνω αναμένεται να φτάσει τα 2 δις, από 900 εκ. που ήταν το 2015. Σήμερα, 125 εκ. άνθρωποι είναι ηλικίας 80 ετών και άνω. Ενώ αυτή η πληθυσμιακή μετάβαση



ξεκίνησε στις χώρες υψηλού εισοδήματος (για παράδειγμα στην Ιαπωνία το 30% του πληθυσμού είναι ήδη άνω των 60 ετών), μέχρι τα μέσα του αιώνα πολλές χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος θα έχουν παρόμοιο ποσοστό ηλικιωμένων με την Ιαπωνία, και μέχρι το 2050, το 80% όλων των ηλικιωμένων θα ζει σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα (WHO, 2019). Στην Ελλάδα, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων, σύμφωνα με την τελευταία απογραφή της ΕΛΣΤΑΤ το 2011, έφτασε τα 2,7 εκ. (ΕΛΣΤΑΤ, 2019). Επίσης σύμφωνα με στοιχεία της Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας, το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων στην χώρα αντιπροσωπεύει περίπου το 19% του συνολικού πληθυσμού, καθιστώντας την Ελλάδα την 5<sup>η</sup> γηραιότερη χώρα στον κόσμο (ΕΓΓΕ, 2015).

## **1.2. Ο αυτοέλεγχος στα ηλικιωμένα άτομα**

Σύμφωνα με τους Mallery, Claver & Lares (2013) ο αυτοέλεγχος είναι μια πολυδιάστατη έννοια και γίνεται διάκριση μεταξύ του αντικειμενικού ελέγχου και των υποκειμενικών αντιλήψεων ελέγχου. Στην δεύτερη περίπτωση, δηλαδή σε υποκειμενικό επίπεδο, το οποίο είναι και το ζητούμενο στην παρούσα εργασία, ο υποκειμενικός έλεγχος συνήθως αναφέρεται στη γνωστική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με τις συνθήκες που είναι απαραίτητες για την απόκτηση ελέγχου στην ζωή. Ο υποκειμενικός έλεγχος αξιολογείται, ζητώντας από τα άτομα να αναφέρουν τις αντιλήψεις τους για την ικανότητά τους να ελέγχουν ορισμένα αποτελέσματα στην ζωή τους.

Ο Jacelon (2007) ο οποίος έκανε μια ανασκόπηση των ορισμών του αυτοελέγχου, αναφέρει ότι ο αντιληπτός έλεγχος έχει οριστεί απλά ως οι αντιλήψεις των ανθρώπων για το πόσο έλεγχο έχουν στις καταστάσεις της ζωής τους ή ως ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι ελέγχει τις βασικές διαδικασίες στην ζωή του. Ο αντιληπτός έλεγχος έχει επίσης οριστεί από τον Bullers (2000) ως οι γενικευμένες πεποιθήσεις του ατόμου για την ικανότητά του να επιτυγχάνει τα επιθυμητά αποτελέσματα και να αποφεύγει τα ανεπιθύμητα αποτελέσματα.

Μια από τις πρώτες έρευνες που έγινε σχετικά με τον αυτοέλεγχο στους ηλικιωμένους, ήταν αυτή των Langer και Rodin (1976), οι οποίοι εξέτασαν τα θετικά

οφέλη για την υγεία από την ενίσχυση της προσωπικής επιλογής, της ευθύνης και του ελέγχου στις ζωές των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τον Jacelon (2007), η έρευνά τους συνέβαλε στην επανεξέταση των τότε επικρατούσων αντιλήψεων, σχετικά με τους ηλικιωμένους, ως μια ομοιογενή, αδύναμη και ευάλωτη ομάδα, αλλά και ανίκανη να συμβάλλει στη φροντίδα του εαυτού ή των άλλων. Η νοοτροπία ότι η γήρανση ήταν συνώνυμη αποκλειστικά με την παρακμή, αντανακλάται στη θεσμοθέτηση των εγκαταστάσεων νοσηλείας που έκαναν γενικές προσεγγίσεις για τη φροντίδα με βάση μόνο το ιατρικό μοντέλο της γήρανσης. Αυτό ήταν εις βάρος της ενσωμάτωσης των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ηλικιωμένων στην φροντίδα τους, ενώ επίσης δεν τους έδινε την δυνατότητα να κάνουν τις δικές τους επιλογές.

Οι Langer και Rodin (1976) υπέδειξαν ότι στα ηλικιωμένα άτομα θα πρέπει να δίνονται ευκαιρίες να αποκτήσουν προσωπικό έλεγχο, πάνω στα δικά τους αποτελέσματα. Αυτή η προσέγγιση βασίζεται στην πεποίθηση ότι οι άνθρωποι έχουν εγγενείς δυνατότητες να συμμετάσχουν σε ζωτική και επιτυχημένη ανάπτυξη καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Αυτή η λεπτή, αλλά βαθιά αλλαγή στο τρόπο σκέψης σχετικά με τους ηλικιωμένους, βοήθησε στην εξέλιξη της σκέψης και της πρακτικής, σχετικά με το πώς η κοινωνία θα ανταποκριθεί καλύτερα στις ανάγκες μιας συνεχώς αναπτυσσόμενης και ποικίλης γηράσκουσας κοινωνίας (Jacelon, 2007).

Παρά την αναγνώριση της σημασίας του ελέγχου στην ζωή των ηλικιωμένων, ο αυτοέλεγχος των ανθρώπων, φαίνεται να περιορίζεται με την αύξηση της ηλικίας. Οι έρευνες σχετικά με τις πεποιθήσεις ελέγχου και την σχέση τους με την ηλικία δείχνουν ότι γενικά, τα επίπεδα ελέγχου κορυφώνονται στην μέση ηλικία και στην συνέχεια εξασθενούν (Lachman et al., 2009). Οι Robinson & Lachman (2017) αναφέρουν ότι αυτή η μείωση του αυτοελέγχου, αλλά και η αντιληπτή απώλεια του αυτοελέγχου σχετίζεται με τους περιορισμούς και τους φραγμούς που συνδέονται με την ηλικία, όπως για παράδειγμα η επιδείνωση της υγείας, οι οποίοι δεν μπορούν να ελεγχθούν. Πράγματι, όπως αναφέρουν οι Lachman, Neupert & Agrigoroaei (2011) πολλές από τις αλλαγές που συνοδεύουν την γήρανση, όπως η επιδείνωση της γνωστικής λειτουργίας δεν είναι ελεγχόμενες.

Ο Rodin (2014) ανέφερε επίσης ότι οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ευάλωτοι σε κάποιες καταστάσεις. Από τη μια πλευρά, εκτίθενται ως συνάρτηση της ηλικίας τους καθεαυτής, σε διάφορες κοινωνικές και προσωπικές συνθήκες που θέτουν προκλήσεις

στην αίσθηση του προσωπικού ελέγχου (π.χ. συνταξιοδότηση, πένθος, μειωμένη σωματική δύναμη και σφρίγος). Από την άλλη πλευρά, υφίστανται φυσιολογικές αλλαγές ως συνάρτηση της ηλικίας τους, οι οποίες τους καθιστούν πιο ευάλωτους στις επιπτώσεις μη ελεγχόμενων στρεσογόνων παραγόντων ή σε γενική απώλεια ελέγχου.

Με την γήρανση, το περιβάλλον των ηλικιωμένων μπορεί να χαρακτηρίζεται όλο και περισσότερο από την έλλειψη των βασικών ιδιοτήτων που προάγουν την έννοια του ελέγχου. Η ύπαρξη αναπηρίας μπορεί να οδηγήσει σε λιγότερες επιλογές στις δραστηριότητες, λόγω μειωμένης κινητικότητας, επιδεξιότητας, αντοχής, εγρήγορσης ή κοινωνικής ένταξης. Η επίτευξη των επιθυμητών στόχων μπορεί να γίνεται όλο και λιγότερο εξαρτώμενη από τις συμπεριφορές του ατόμου και όλο και περισσότερο εξαρτώμενη από τις συμπεριφορές της οικογένειας, των φίλων και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Ταυτόχρονα, το περιβάλλον μπορεί να γίνει λιγότερο ευαίσθητο στις επιθυμίες των ηλικιωμένων ατόμων με αναπηρία και να ανταποκρίνεται περισσότερο στις επιθυμίες των φροντιστών που είναι σε θέση να οργανώσουν το φυσικό, χρονικό και κοινωνικό περιβάλλον (π.χ. προγραμματισμός των γευμάτων και λουτρών). Παρόμοια, το κοινωνικό περιβάλλον μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να παράσχει εποικοδομητική ανατροφοδότηση εξαιτίας των μειωμένων κοινωνικών σχέσεων ή λόγω των επαγγελματιών του τομέα της υγείας που προάγουν συμπεριφορές εξάρτησης για τους ηλικιωμένους (Abeles, 1991).

Πολλοί ηλικιωμένοι πιστεύουν επίσης, ότι έχουν μια αδυναμία να ελέγξουν τα δικά τους αποτελέσματα και ότι αυτά εξαρτώνται περισσότερο από τους άλλους (π.χ. οικογένεια, φροντιστές) ή ακόμα και από εξωτερικές δυνάμεις, όπως ο θεός. Σύμφωνα με τον Krause(2005) τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλή αυτό-αντιληπτή αίσθηση ελέγχου, πιστεύουν ότι τα γεγονότα στη ζωή τους διαμορφώνονται από δυνάμεις που είναι έξω από την επιρροή τους και αισθάνονται ότι έχουν μικρή ικανότητα να ρυθμίζουν τα πράγματα που τους συμβαίνουν. Ένας από αυτούς τους εξωτερικούς παράγοντες είναι οι ανώτερες δυνάμεις που δεν μπορούν να ελέγξουν, όπως ο Θεός. Σύμφωνα με τον Krause (2005), ο αυτοέλεγχος με την μεσολάβηση μιας ανώτερης δύναμης, βασίζεται στην ιδέα ότι τα προβλήματα μπορούν να ξεπεραστούν και οι στόχοι στη ζωή μπορούν να επιτευχθούν με τη συνεργασία με το Θεό. Οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να είναι ιδιαίτερα διατεθειμένοι να βασίζονται στον έλεγχο με τη μεσολάβηση του Θεού, διότι πολλές μελέτες δείχνουν ότι αυτή η ομάδα του

πληθυσμού εμπλέκεται περισσότερο με τη θρησκεία, σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες (Gallup και Lindsay, 1999). Για παράδειγμα, μια πρόσφατη έρευνα της PewResearch, η οποία μελετά την δημογραφία των διαφόρων θρησκείων στον κόσμο έδειξε ότι αν και οι Χριστιανοί τείνουν να είναι κυρίως νεότερης ηλικίας, εντούτοις η πλειοψηφία των μεγαλύτερων σε ηλικία Χριστιανών κατοικεί στην Ευρώπη και η πλειοψηφία των νεότερων σε ηλικία Χριστιανών κατοικεί σε άλλες Ηπείρους (PewResearch, 2015).

Παρ' όλα αυτά τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν να διατηρήσουν μια αίσθηση ελέγχου με την εξέλιξη της γήρανσης. Σύμφωνα με την θεωρία της ανάπτυξης της ζωής (Theory of Life-SpanDevelopment) που προτάθηκε από τους Heckhausen et al., (2010) οι ενήλικες προσαρμόζονται στις προκλήσεις που σχετίζονται με την ηλικία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους και διατηρούν την ψυχολογική και σωματική τους υγεία. Οι ερευνητές θεωρούν ότι συγκεκριμένες στρατηγικές ελέγχου που σχετίζονται με διαδικασίες θέσπισης στόχων και εμπλοκής στην επίτευξη τους, είναι βασικοί κινητήριοι παράγοντες που μπορούν να προωθήσουν την προσαρμογή στις προκλήσεις που σχετίζονται με την γήρανση. Αυτές οι στρατηγικές ελέγχου είναι προσαρμοστικές όταν χρησιμοποιούνται σύμφωνα με τις ευκαιρίες για την επίτευξη προσωπικών στόχων ή την υπέρβαση ενός προβλήματος. Επιπλέον, αυτή η θεωρία δηλώνει ότι τα αποτελέσματα μπορούν να βελτιστοποιηθούν, εάν τα άτομα προσαρμόσουν τις στρατηγικές συμπεριφοράς και γνωστικού ελέγχου στις μεταβολές που σχετίζονται με την αύξηση της ηλικίας, π.χ. καταβάλλοντας προσπάθεια για την επίτευξη εφικτών στόχων.

Ο Brandtstädter, Wentura & Rothermund (1999) πρότειναν επίσης ένα μοντέλο για την εξήγηση της σταθερότητας της ευημερίας με την πάροδο των ετών και την έλευση της γήρανσης. Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, οι άνθρωποι τροποποιούν τις συνθήκες που ταιριάζουν στις προσωπικές τους ανάγκες, αλλά από την άλλη τροποποιούν επίσης τις προσωπικές τους ανάγκες για να ταιριάζουν στις τρέχουσες συνθήκες. Αυτές είναι δύο ξεχωριστές διαδικασίες αντιμετώπισης, οι οποίες επιτρέπουν από κοινού στα άτομα να επιτυγχάνουν ένα συνδυασμό μεταξύ των πραγματικών αναπτυξιακών αποτελεσμάτων και των προσωπικών στόχων και φιλοδοξιών. Η ικανότητα ενίσχυσης του αυτοελέγχου, είτε μέσω της αλλαγής του περιβάλλοντος, είτε μέσω της ανταπόκρισης σε αυτό, είναι απαραίτητη για την υγιή ανάπτυξη, ακόμα και στα μεταγενέστερα στάδια της ζωής.

Ο αυτοέλεγχος είναι επίσης μια βασική διάσταση των μοντέλων επιτυχούς γήρανσης. Για παράδειγμα ο Ryff (1982) πρότεινε ένα μοντέλο έξι διαστάσεων για την επιτυχή γήρανση, το οποίο υποδεικνύει ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση από τη ζωή και τη θετική λειτουργία ως συστατικά της ευημερίας στην γήρανση. Μεταξύ αυτών περιλαμβάνονται η αυτονομία, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο είναι ανεξάρτητο και η γνώση του περιβάλλοντος, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο έχει την αίσθηση της γνώσης / ικανότητας στη διαχείριση του περιβάλλοντος και μπορεί να ελέγξει τις εξωτερικές δραστηριότητες, ανταποκρινόμενο στις ανάγκες και τις αξίες του. Παρόμοια, οι Rowe και Kahn (1987) είχαν υποστηρίξει ότι ο βαθμός στον οποίο ενθαρρύνεται ή όχι, η αυτονομία και ο έλεγχος μπορεί να είναι καθοριστικός παράγοντας του βαθμού στον οποίο η γήρανση θα ήταν επιτυχής σε διάφορες φυσιολογικές και συμπεριφορικές διαστάσεις.

Ο Abeles (1991) μιλώντας για τους ηλικιωμένους με αναπηρίες και τον αυτοέλεγχο, ανέφερε ότι η λειτουργία μπορεί να διατηρηθεί ή να βελτιωθεί με αλλαγές είτε στο άτομο είτε στο περιβάλλον και ότι *«δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι η αναπηρία είναι ένα χάσμα μεταξύ της ικανότητας ενός ατόμου και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος»* (σ. 308).

### **1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του αυτοελέγχου στα ηλικιωμένα άτομα**

Αρκετές έρευνες έχουν μελετήσει τους παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη του αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους. Για παράδειγμα οι Lachman, Rosnick & Röcke (2009) οι οποίοι μελέτησαν ένα δείγμα ενηλίκων για μια περίοδο 10 ετών στην Αμερική, βρήκαν ότι αυτοί που είχαν ένα πιο προσαρμοστικό προφίλ προσωπικότητας (π.χ. υψηλή ευαισθησία, χαμηλός νευρωτισμός), καλύτερη ποιότητα κοινωνικών σχέσεων, καλύτερη υγεία και υψηλότερη γνωστική λειτουργία ήταν πιο πιθανό να έχουν και να διατηρήσουν ενισχυμένες πεποιθήσεις αυτοελέγχου σε πολλούς τομείς της ζωής τους με την πάροδο των ετών.

Οι πεποιθήσεις για την γνωστική λειτουργία, αλλά και για την γήρανση μπορεί επίσης να επηρεάσουν την αντίληψη του αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι είναι πιθανότερο από τους νέους να πιστεύουν ότι η μνήμη τους είναι φτωχή και δεν

ελέγχεται και ότι έχει επιδεινωθεί με την πάροδο του χρόνου και ότι θα συνεχίσει να επιδεινώνεται (Lachman&Firth, 2004). Επίσης είναι πιο πιθανό να πιστεύουν ότι είναι πολύ αργά για να μάθουν ή να δοκιμάσουν νέα πράγματα ή ότι δεν μπορούν να βελτιώσουν την απόδοσή τους ή να λειτουργήσουν σε συγκεκριμένους τομείς που σχετίζονται με τις μειώσεις που σχετίζονται με την γήρανση (π.χ. μνήμη ή φυσική ικανότητα). Οι ηλικιωμένοι με μειωμένες πεποιθήσεις ελέγχου συχνά θεωρούν τη φυσική παρακμή ως αναπόφευκτη και μη αναστρέψιμη, καθώς γερνούν. Οι πεποιθήσεις αυτές, είναι επίσης πολύ πιθανό να επηρεάζονται και από τα στερεότυπα ότι η γήρανση είναι συνώνυμη της ασθένειας (Lachman, Neupert&Agrigoroaei, 2011). Αυτές οι ανησυχίες αναδύονται στη μέση ηλικία, έχουν συνέπειες για τη λειτουργία και μπορεί να είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την επιτάχυνση της παρακμής στην γήρανση (Lachman&Firth, 2004). Οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας που παρουσιάζουν μειώσεις στη μνήμη ή αντιμετωπίζουν φυσικούς περιορισμούς ενδέχεται να βιώσουν μια μειωμένη αίσθηση ελέγχου σε αυτούς τους τομείς, ιδιαίτερα όταν αυτές οι αλλαγές αποδίδονται ή προκαλούνται από παράγοντες που δεν μπορούν να ελεγχθούν (Robinson&Lachman, 2017).

Η κατάσταση της υγείας επηρεάζει επίσης τις αντιλήψεις αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους (Engenvold&Heggdal, 2016). Μια έρευνα από τους Chipperfield, Campbell&Perry (2004) η οποία μελέτησε πως οι σχετικοί, με την υγεία, παράγοντες επηρεάζουν την αντίληψη αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους βρήκε ότι η μεταβλητότητα στις αντιλήψεις αυτοελέγχου συσχετίστηκε με φτωχότερη υγεία, φτωχότερη λειτουργική κατάσταση και περισσότερες επισκέψεις σε γιατρούς και εισαγωγές σε νοσοκομεία. Παρόμοια, μια έρευνα που έγινε σε 1.662 ηλικιωμένους βρήκε ότι τα προβλήματα ψυχικής υγείας ήταν ο βασικός προβλεπτικός παράγοντας της αίσθησης του ελέγχου στους ηλικιωμένους και ότι με την αύξηση της ηλικίας μειώθηκε και η αίσθηση του ελέγχου (Wolinskyetal., 2003).

Πράγματι η ασθένεια μπορεί να επηρεάζει τις αντιλήψεις αυτοελέγχου, καθώς όπως είχε προτείνει ο Taylor (2009) η εμπειρία της αβεβαιότητας που μπορεί να συνοδεύει μια ασθένεια φαίνεται να συνοδεύεται από την έλλειψη αντιληπτού ελέγχου, δηλαδή την έλλειψη της πεποίθησης ότι κάποιος μπορεί να επηρεάσει τη δική του συμπεριφορά, το περιβάλλον και τα επιθυμητά αποτελέσματα. Οι Anderson και Bury (1988) είχαν επίσης μιλήσει για την απώλεια ελέγχου που βιώνουν τα άτομα με

χρόνιες ασθένειες, σε διαστάσεις όπως η εκπλήρωση των σχεδίων της ζωής, οι κοινωνικοί ρόλοι και οι καθημερινές δραστηριότητες.

Εκτός από τους παραπάνω παράγοντες, οι έρευνες έχουν δείξει ότι οι αντιλήψεις του αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους επηρεάζονται και από κοινωνικό-δημογραφικές μεταβλητές. Οι Lachman, Neupert και Agrigoroaei (2011) κάνοντας μια ανασκόπηση των σχετικών ερευνών αναφέρουν ότι αν και οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην αντίληψη του αυτοελέγχου δεν είναι τυπικά μεγάλες, το γενικό πρότυπο δείχνει ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη γενική αίσθηση ελέγχου από τους άνδρες, αν και υπάρχουν ορισμένοι τομείς (π.χ. κοινωνικοί) στους οποίους οι γυναίκες αναφέρουν υψηλότερο αυτοέλεγχο. Το κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο σχετίζεται επίσης με την αντίληψη του αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους, καθώς αυτοί που έχουν χαμηλότερα εισοδήματα αναφέρουν λιγότερο έλεγχο της ζωής τους, γεγονός που πιθανώς αντανακλά τους περιορισμούς που σχετίζονται με τις συνθήκες και το περιβάλλον τους (Pudrovska, 2015). Από την άλλη, οι Mirowsky και Ross, (2007) βρήκαν ότι τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν υψηλότερες πεποιθήσεις αυτοελέγχου. Είναι πιθανό ότι όσοι έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο μπορούν να αναπτύξουν τον έλεγχο βάσει αυτών που μαθαίνουν σχετικά με την επίλυση προβλημάτων ή επειδή έχουν περισσότερους πόρους (υλικά και ψυχολογικά, π.χ. ικανότητες αντιμετώπισης) ή επειδή έχουν μεγαλύτερη έκθεση σε καταστάσεις στις οποίες έχουν την ευκαιρία να κάνουν επιλογές και να δουν ένα περιστατικό μεταξύ των ενεργειών και των αποτελεσμάτων τους.

#### **1.4 Η σημασία του αυτοελέγχου στα ηλικιωμένα άτομα**

Ο αυτοέλεγχος είναι πολύ σημαντικός για τα ηλικιωμένα άτομα, καθώς οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει από την μία ότι η μείωση του αντιληπτού ελέγχου με τη γήρανση μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην υγεία και την ευημερία και από την άλλη ότι ο αντιληπτός έλεγχος συνδέεται με τις επιδόσεις σε πολλούς τομείς και μπορεί να αποκαταστήσει ορισμένες από τις επιβλαβείς επιπτώσεις της γήρανσης (Robinson&Lachman, 2017). Ο Shupe (1985) πρότεινε ότι η αίσθηση της απώλειας ελέγχου, δεν προκαλεί ασθένεια, αλλά μεταβάλλει τη φυσιολογική κατάσταση του ατόμου και οδηγεί σε αυξημένη σωματική και ψυχική ευπάθεια. Τα άτομα με

χαμηλότερη αίσθηση αυτοελέγχου αναλαμβάνουν λιγότερες ευθύνες για την υγεία τους, είναι λιγότερο πιθανό να συμμετάσχουν σε προστατευτικές συμπεριφορές για την υγεία, και είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητικές νευροενδοκρινικές αντιδράσεις (Rodin&Timko, 1992; Rodin, 2014).

Αντίστροφα, οι Singh, Shukla&Singh (2010) μελετώντας ένα δείγμα 160 ηλικιωμένων διερεύνησαν την επίδραση της αντιληπτικής αυτο-αποτελεσματικότητας στην ψυχική υγεία και βρήκαν ότι η αντιληπτή αυτο-αποτελεσματικότητα ήταν ένας σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της ψυχικής υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών. Οι ηλικιωμένοι που αντιλαμβάνονταν ότι είναι αυτο-αποτελεσματικοί και ότι έχουν τον έλεγχο του περιβάλλοντος τους ανέφεραν καλύτερη ψυχική υγεία και αντίστροφα.

Μεγαλύτερες έρευνες έχουν επίσης επιβεβαιώσει τα παραπάνω ευρήματα. Για παράδειγμα οι Infurn, Gerstorf&Zarit (2011), οι οποίοι εξέτασαν τη σχέση μεταξύ του αντιληπτού ελέγχου και της υγείας, σε ένα διάστημα 15,5 ετών σε ενήλικες ηλικίας 25-96 ετών, διαπίστωσαν ότι ο αντιληπτός έλεγχος προέβλεπε επακόλουθες μεταβολές στις αυτοαναφερόμενες συνθήκες υγείας στους ηλικιωμένους ενήλικες, αλλά όχι στους ενήλικες μέσης ηλικίας, υποδηλώνοντας ότι οι πεποιθήσεις ελέγχου οδηγούν σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

Ο Rodin (2014) πρότεινε ότι οι ηλικιωμένοι που αναφέρουν μεγαλύτερα επίπεδα αντιληπτού αυτοελέγχου είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε προληπτικές συμπεριφορές υγείας ή συμπεριφορές υγείας αυτο-φροντίδας και αυτός είναι και ένας λόγος για τον οποίο μπορεί να εμφανίζουν καλύτερα επίπεδα υγείας και να είναι πιο «ανθεκτικοί» στην ανάπτυξη ασθενειών. Για παράδειγμα, μπορεί να αναζητούν συμβουλές αυτοβοήθειας, να ενημερώνονται περισσότερο για τις υγιεινές συνήθειες ζωής και να είναι πιο ενεργητικοί στις σχέσεις τους με τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα είδη δραστηριοτήτων θα μπορούσαν να επηρεάσουν άμεσα την κατάσταση της υγείας τους.

### **1.5. Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων**

Η ποιότητα ζωής (QualityofLife-QOL) είναι μια πολυδιάστατη έννοια που περιλαμβάνει την σωματική, ψυχολογική, συναισθηματική και πνευματική



ευεξία/ευημερία δεδομένου του πλαισίου των συνθηκών της ζωής, των πολιτισμικών κανόνων και των προσωπικών αξιών (Haas, 1999). Είναι η ευημερία που προκύπτει από ένα συνδυασμό φυσικών, λειτουργικών, συναισθηματικών και κοινωνικών παραγόντων (Khaje-Bishaket al., 2014). Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι μια ειδικότερη έννοια, η οποία περιλαμβάνει τομείς όπως η σωματική υγεία, η ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας του ατόμου, οι προσωπικές σχέσεις, οι πεποιθήσεις σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο ή το φυσικό περιβάλλον, η κοινωνική στήριξη και η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη (Rondón García & Ramírez Navarrrro, 2018).

Οι Birren et al., (2014) οι οποίοι μελέτησαν την σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της αίσθησης του ελέγχου στους ηλικιωμένους, αναφέρουν ότι ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος ορισμός της ποιότητας ζωής για αυτή την ομάδα, είναι αυτός του Lawton (1983), σύμφωνα με τον οποίο, η ποιότητα ζωής έχει τέσσερις βασικές διαστάσεις, οι οποίες είναι: 1) η συμπεριφορική ικανότητα, η οποία ορίζεται ως η κοινωνικο-κανονιστική αξιολόγηση της λειτουργίας του ατόμου στις διαστάσεις της υγείας, της γνωστικής λειτουργίας και της χρήσης του χρόνου, 2) η αντιληπτή ποιότητα ζωής, η οποία αναφέρεται στην υποκειμενική αξιολόγηση της λειτουργίας του ατόμου σε οποιαδήποτε από τις διαστάσεις της συμπεριφορικής ικανότητας, 3) το περιβάλλον, το οποίο ενθαρρύνει ή εμποδίζει συγκεκριμένες συμπεριφορές και επιδράσεις στην αντίληψη της ποιότητας ζωής και 4) η ψυχολογική ευημερία, η οποία -είναι στην ουσία η ποιότητα ζωής που συνδέεται με την ψυχική υγεία.

Σύμφωνα με τους Walker & Lowenstein (2009), η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού των παραγόντων πορεία της ζωής και της τρέχουσας κατάστασης. Για παράδειγμα, η κατάσταση της απασχόλησης επηρεάζει την πρόσβαση στους πόρους και την υγεία αργότερα. Ωστόσο, η ποιότητα ζωής στη γήρανση δεν είναι μόνο θέμα των ατομικών μαθημάτων της ζωής και των ψυχολογικών πόρων, αλλά θα πρέπει επίσης να περιλαμβάνει παράγοντες όπως οι διάφοροι περιορισμοί και οι ευκαιρίες συμμετοχής ή εκτέλεσης δραστηριοτήτων στην τρέχουσα ηλικία.

Η ηλικία φαίνεται να έχει άμεση επίδραση στην ποιότητα ζωής, και αυτό σύμφωνα με τους Netuneli & Blane (2008) μπορεί να οφείλεται στην άμεση επίδραση της γήρανσης σε παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Σε μια μεγάλη έρευνα που έγινε

από τους Netuveli et al., (2006) δείχθηκε ότι μόνο οι ηλικιωμένοι, ηλικίας άνω των 75 ετών είχαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τις νεότερες ηλικιακές ομάδες. Η καμπύλη ηλικίας-ποιότητας ζωής έδειξε ότι μετά την ηλικία των 50 ετών η ποιότητα ζωής αυξήθηκε και κορυφώθηκε στα 68 χρόνια πριν αρχίσει να μειώνεται. Επίσης η ποιότητα ζωής μειώθηκε κάτω από το επίπεδο ποιότητας ζωής στην ηλικία των 50 ετών μόνο μετά από την ηλικία των 86 ετών. Μια άλλη έρευνα από τους Layte, Sexton & Savva (2013), έδειξε επίσης ότι η μεγαλύτερη ηλικία συνδέεται με τη μείωση της ποιότητας ζωής, η οποία φαίνεται να κορυφώνεται στην ηλικία των 67 ετών και στην συνέχεια να μειώνεται. Μια πιο πρόσφατη έρευνα από τους Conde-Sala et al. (2017) η οποία έγινε μεταξύ των ηλικιωμένων 65+ στην Ευρώπη, βρήκε ότι η συνολική ποιότητα ζωής κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα, με αρκετά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή, ενώ οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, σε σύγκριση με αυτούς στις υπόλοιπες ηλικιακές ομάδες.

#### **1.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων**

Το φαινόμενο της παγκόσμιας γήρανσης αποτελεί μια μεγάλη πρόκληση σήμερα, καθώς έχει αναφερθεί ότι μπορεί να επηρεάσει ακόμη και την ανάπτυξη των χωρών, επιφέροντας οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές. Οι συνθήκες υπό τις οποίες ο πληθυσμός γερνάει, προκαλεί αυξανόμενη ανησυχία λόγω της αύξησης του επιπολασμού των ασθενειών μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων (Ferreira, Meireles, Ferreira, 2018). Από την άποψη αυτή, ενδέχεται να υπάρξουν αλλαγές στην υγεία και την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου πληθυσμού, καθιστώντας σημαντική την κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους.

Οι έρευνες που μελετούν την κατάσταση της υγείας και την σύνδεση της με την ποιότητα ζωής έχουν δείξει ότι η παρουσία ασθένειας και οι περιορισμοί στις καθημερινές δραστηριότητες συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Ferreira, Meireles, Ferreira, 2018). Ειδικότερα τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, έχουν επίσης αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και συχνά συμπίπτουν με τη σωματική ασθένεια και / ή τη χηρεία σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Netuveli & Blane, 2008).

Για παράδειγμα οι Wikman, Wardle&Stephoe (2011), οι οποίοι μελέτησαν τα επίπεδα ποιότητας ζωής και της συναισθηματικής ευεξίας σε 11.523 μεσήλικες και ηλικιωμένους με διαφορετικές χρόνιες ασθένειες, βρήκαν ότι τα επίπεδα ποιότητας ζωής ήταν μειωμένα σε άτομα που είχαν υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο και σε αυτούς που είχαν καρκίνο, σε σύγκριση με τους υγιείς. Η κατάθλιψη ήταν η πιο συχνά αναφερόμενη κατάσταση στα άτομα με χρόνιες ασθένειες και συσχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας.

Στην έρευνα των Conde-Salaetal., (2017), δείχθηκε ότι οι ηλικιωμένοι με χρόνιες παθήσεις, με περιορισμούς στην διεξαγωγή των καθημερινών δραστηριοτήτων λόγω προβλημάτων κινητικότητας, με κατάθλιψη και φτωχότερη υποκειμενική υγεία ανέφεραν χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Σε μια μεγάλη πληθυσμιακή μελέτη, οι Chinetal., (2014) διερεύνησαν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (σε ηλικιωμένα άτομα με υπέρταση, διαβήτη και / ή καρδιαγγειακή νόσο). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ανέφεραν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής και ότι ο διαβήτης είχε την μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την σωματική υγεία, σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ασθένειες, ενώ η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την ψυχική υγεία, επηρεάστηκε από όλες τις ασθένειες.

Ωστόσο η κατάσταση της υγείας δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Η έρευνα αποκαλύπτει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων, στο οποίο περιλαμβάνονται επίσης δημογραφικοί και κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες. Σε μια έρευνα από τους Raggiatal., (2016), η οποία έγινε μεταξύ 5.639 ηλικιωμένων στην Πολωνία, την Ισπανία και τη Φιλανδία, καταγράφηκαν μέτρια επίπεδα ποιότητας ζωής στο δείγμα και οι σημαντικότεροι προσδιοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής ήταν οι χρόνιες παθήσεις, τα κοινωνικά δίκτυα και οι δημογραφικοί παράγοντες. Αναλυτικότερα η αύξηση της ηλικίας και το χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέθηκαν με μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και η παρουσία προβλημάτων υγείας - ειδικά συνδεδεμένα με πόνο και συναισθηματικές δυσκολίες - και η παρουσία χρόνιων παθήσεων όπως η στηθάγχη και η κατάθλιψη. Η διατήρηση των κοινωνικών δικτύων και η κοινωνική υποστήριξη δείχθηκε επίσης, ότι έχουν θετικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία.

Στην Κίνα, οι Ng, Tey&Asadullah (2017) μελέτησαν τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης από την ζωή σε ένα δείγμα 6.530 ηλικιωμένων. Οι παράγοντες που σχετίστηκαν με την ικανοποίηση από τη ζωή ήταν το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο τόπος κατοικίας, η κατάσταση της υγείας, οι γνωστικές ικανότητες,, η σχετική οικονομική κατάσταση, η πρόσβαση στην κοινωνική ασφάλιση, οι συνθήκες διαβίωσης και ο αριθμός των κοινωνικών υπηρεσιών που ήταν διαθέσιμες στην κοινότητα. Στην Σλοβακία, η Soósoná (2016), αξιολόγησε τον αντίκτυπο επιλεγμένων δημογραφικών παραγόντων (ηλικία, φύλο), κοινωνικοοικονομικών παραγόντων (οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, εισόδημα) και παραγόντων σχετικούς με την υγεία (λειτουργική κατάσταση, άγχος, κατάθλιψη) στην ποιότητα ζωής 102 ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα ζωής μειώθηκε ιδιαίτερα από την ύπαρξη κατάθλιψης, την παρουσία πολλών ασθενειών και όταν κάποιος ζούσε μόνος του χωρίς σύντροφο, ενώ η διατήρηση της ανεξαρτησίας στις καθημερινές δραστηριότητες είχε θετικό αντίκτυπο στους περισσότερους τομείς της ποιότητας ζωής.

Το κοινωνικό περιβάλλον των ηλικιωμένων φαίνεται επίσης ότι επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους. Η κοινωνική συμμετοχή και η κοινωνική στήριξη προάγουν την ανθεκτικότητα και την αντοχή των ηλικιωμένων, έτσι ώστε αυτοί που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας ή άλλες αρνητικές καταστάσεις να αναφέρουν υψηλή ποιότητα ζωής. Η ανθεκτικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να εξηγήσει το «παράδοξο της ευημερίας» το οποίο αναφέρεται όταν οι ηλικιωμένοι με περιορισμούς στην καθημερινή λειτουργία εξακολουθούν να αναφέρουν ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής (Netuveli&Blane, 2008). Οι Reinhardt, Boerner&Horowitz (2006) βρήκαν ότι οι κοινωνικές σχέσεις υψηλής ποιότητας αυξάνουν την ποιότητα ζωής στις μεγαλύτερες ηλικίες και ότι η ποιότητα των κοινωνικών δικτύων προβλέπει υψηλότερα αποτελέσματα ποιότητας ζωής, προάγοντας την ανθεκτικότητα και βοηθώντας στον περιορισμό των επιπτώσεων των χρόνιων ασθενειών με τις οποίες είναι συχνά αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι.

Στην Ελλάδα, κάποιες έρευνες έχουν επίσης επιχειρήσει να αποτυπώσουν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Οι Efklides, Kalaitzidou&Chankin (2003), οι οποίοι μελέτησαν την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων, των παραγόντων που είναι σχετικοί με την υγεία, τη συναισθηματική κατάσταση και τη προσαρμογή στην γήρανση, σε ένα δείγμα 160 ηλικιωμένων, βρήκαν ότι η καλή προσαρμογή στην

γήρανση, ο αυτοέλεγχος και η αποτελεσματικότητα και η ύπαρξη παιδιών ήταν οι παράγοντες που είχαν την μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής τους. Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα του Chrysoroulou (2015), η οποία αφορούσε στην ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων παγκοσμίως με βάση κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, η Ελλάδα κατέλαβε την 79η θέση μεταξύ 96 χωρών, αναφερόμενη ως μια χώρα με το χειρότερο κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο στο οποίο ζουν οι ηλικιωμένοι.

### **1.7. Αντίληψη αυτοελέγχου και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων πληθυσμών**

Αν και η γήρανση μπορεί να συνδέεται με την απώλεια του αυτοελέγχου στους ηλικιωμένους, όπως δείχθηκε προηγουμένως, λόγω των λειτουργικών και άλλων περιορισμών που αντιμετωπίζει αυτή η ομάδα του πληθυσμού, οι έρευνες δείχνουν ότι η διατήρηση του ελέγχου της ζωής με την αύξηση της ηλικίας μπορεί να βελτιώσει τα επίπεδα ζωής των ηλικιωμένων. Ο αυτοέλεγχος έχει σχετιστεί με καλύτερα επίπεδα φυσικής υγείας, με μείωση του κινδύνου ανάπτυξης χρόνιων παθήσεων ή καταστάσεων, όπως η υψηλή χοληστερόλη και η υψηλή αρτηριακή πίεση, με υγιεινότερες συμπεριφορές (π.χ. τήρηση υγιεινής διατροφής) αλλά και με υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Wirtzet al., 2016).

Οι Kunzmann, Little και Smith (2002) διερεύνησαν την επίδραση τριών γενικευμένων πεποιθήσεων ελέγχου (προσωπικός έλεγχος των επιθυμητών αποτελεσμάτων, προσωπική ευθύνη για ανεπιθύμητα αποτελέσματα, αντίληψη του ελέγχου των άλλων) στην συναισθηματική ευημερία 516 ηλικιωμένων στο Βερολίνο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι σχέσεις μεταξύ των πεποιθήσεων ελέγχου και της συναισθηματικής ευημερίας εξαρτήθηκαν από τον τύπο της πεποίθησης ελέγχου και τη διάσταση της συναισθηματικής ευημερίας. Ο αντιληπτός έλεγχος των επιθυμητών αποτελεσμάτων σχετίστηκε με υψηλά επίπεδα συναισθηματικής ευεξίας, ενώ η αντίληψη του ελέγχου των άλλων επηρέασε αρνητικά την συναισθηματική τους ευεξία.

Σε μια άλλη έρευνα, οι Maher και Cummins (2010), διερεύνησαν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής 100 ηλικιωμένων και της επίδρασης του αντιληπτού ελέγχου σε αυτή. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο πρωτογενής αντιληπτός έλεγχος και η αισιοδοξία

ήταν προβλεπτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Αυτό σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη ικανότητα προσαρμογής στο μεταβαλλόμενο περιβάλλον τους στις ανάγκες τους, ήταν πιο πιθανό να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. Ωστόσο στην έρευνα αυτή ο δευτερογενής έλεγχος ήταν οριακά σημαντικός για τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους. Ο δευτερογενής έλεγχος αναφέρθηκε στην ικανότητα αλλαγής του εαυτού του, για την προσαρμογή στο περιβάλλον.

Οι Chen και Feeley (2012) μελέτησαν την σχέση μεταξύ της συναισθηματικής και την οικονομικής υποστήριξης στην ευημερία 4.032 ηλικιωμένων καθώς και τον πιθανό μεσολαβητικό ρόλο του αντιληπτού ελέγχου στην παραπάνω σχέση. Τα ευρήματα τους έδειξαν ότι η συναισθηματική υποστήριξη είχε θετική επίδραση στην ευημερία, ενώ η οικονομική υποστήριξη είχε αρνητική επίδραση στην ευημερία. Ο αντιληπτός έλεγχος διαπιστώθηκε ότι μεσολαβεί πλήρως στις δύο παραπάνω σχέσεις. Η συναισθηματική υποστήριξη ενίσχυσε την ευημερία μέσω του υψηλότερου αντιληπτού ελέγχου, ενώ η οικονομική στήριξη μείωσε την ευημερία μέσω του χαμηλότερου αντιληπτού ελέγχου.

Ο αυτοέλεγχος έχει επίσης συνδεθεί με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με χρόνιες ασθένειες, για τους οποίους συχνά αναμένεται ότι μπορεί να αναφέρουν χαμηλότερα επίπεδα ζωής σε σύγκριση με τους υγιείς συνομηλίκους τους (Netuveli&Blane, 2008). Οι Bowling et al., (2007) διερεύνησαν την σχέση μεταξύ της φυσικής λειτουργίας με την ποιότητα ζωής και την επίδραση του αντιληπτού ελέγχου σε αυτή, σε ένα δείγμα 999 ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω σε ολόκληρη τη Βρετανία. Το 21% του δείγματος ανέφεραν αρκετά υψηλά επίπεδα λειτουργικών δυσκολιών και το 62% αυτών χαρακτήρισε την ποιότητα ζωής τους ως «καλή». Τα άτομα με δυσκολίες στη σωματική λειτουργία, που αντιλαμβάνονταν ότι η ποιότητα τους ήταν «όχι καλή», σε αντίθεση με αυτούς που την αντιλαμβάνονταν ως «καλή», επηρεάστηκαν δυσμενώς από το υψηλότερο βάρος των ασθενειών και από λιγότερους κοινωνικο-ψυχολογικούς πόρους για να τους βοηθήσουν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημά τους αποτελεσματικά. Τα άτομα με δυσκολίες στη σωματική λειτουργία, οι οποίοι αντιλαμβάνονταν ότι η ποιότητα ζωής τους ήταν «καλή» έτειναν να αισθάνονται ότι έχουν τον έλεγχο της ζωής τους, υιοθετώντας μια θετική προσέγγιση. Αυτό σημαίνει ότι τα υψηλά επίπεδα αυτοελέγχου μπορούν να βοηθήσουν τα άτομα με σημαντικά προβλήματα υγείας να έχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Οι Banerjeeetal. (2014) οι οποίοι διερεύνησαν την σχέση μεταξύ του αντιληπτού ελέγχου και της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής, σε ένα σύνολο 423 ηλικιωμένων με καρδιαγγειακά προβλήματα, βρήκαν ότι η σχετικής με την υγεία ποιότητα ζωής συσχετίστηκε σημαντικά με τον αντιληπτό έλεγχο, τα καταθλιπτικά συμπτώματα και το άγχος. Αναλυτικότερα τα χαμηλότερα επίπεδα ζωής σχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα αντιληπτού ελέγχου και τα υψηλότερα επίπεδα αντιληπτού ελέγχου συσχετίστηκαν με χαμηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων και άγχους.

Σε παρόμοια αποτελέσματα κατέληξαν και οι Heoetal. (2015) οι οποίοι διερεύνησαν τους παράγοντες που σχετίζονται με τον αντιληπτό έλεγχο και τη σχέση μεταξύ του αντιληπτού ελέγχου και της σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής σε ένα δείγμα 232 ηλικιωμένων με καρδιαγγειακά προβλήματα. Ο αντιληπτός έλεγχος συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής και οι ηλικιωμένοι με υψηλότερο αντιληπτό έλεγχο ήταν περισσότερο πιθανό να αναφέρουν εμπόδια στην τήρηση μιας δίαιτας με χαμηλή περιεκτικότητα σε νάτριο και είχαν πιο θετική στάση απέναντι στην τήρηση αυτής της δίαιτας. Τα αποτελέσματα αυτά υποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι με καρδιαγγειακά προβλήματα που έχουν υψηλά επίπεδα αυτοελέγχου είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν υγιεινές συμπεριφορές, το οποίο μπορεί να συμβάλλει σε καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής.

Οι Chungetal. (2016) μελέτησαν επίσης την σχέση μεταξύ της αυτοεκτίμησης, της αισιοδοξίας και του αντιληπτού ελέγχου με τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε 112 ηλικιωμένους επιζήσαντες από εγκεφαλικό επεισόδιο και βρήκαν ότι τα άτομα με χαμηλότερη αυτοεκτίμηση, αισιοδοξία και αντιληπτό έλεγχο είχαν υψηλότερα επίπεδα καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Πράγματι οι Tangney, Baumeister και Boone (2004) ανέφεραν ότι τα υψηλά επίπεδα προσωπικής ικανότητας αυτοελέγχου επιτρέπουν στα άτομα να ζήσουν μια πιο ευτυχισμένη και παραγωγική ζωή, επειδή η μεγαλύτερη αντίληψη αυτοελέγχου οδηγεί σε πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής και των προβλημάτων υγείας, τα οποία είναι πολύ κοινά στους ηλικιωμένους πληθυσμούς. Διάφοροι μηχανισμοί που μπορεί να αποτελούν τη βάση της σχέσης μεταξύ του αντιληπτού ελέγχου και των θετικών αποτελεσμάτων της υγείας και της ποιότητας ζωής περιλαμβάνουν τη ρύθμιση των συναισθημάτων, τη συμμετοχή σε

συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, την κοινωνική υποστήριξη και την αντιδραστικότητα στο άγχος. Ειδικότερα, η αίσθηση του ελέγχου μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να ρυθμίσουν τα συναισθήματά τους και να προσαρμοστούν σε σημαντικά γεγονότα και αποτυχίες της ζωής και σε διαδικασίες που απειλούν τα αποτελέσματα της υγείας, όπως η ασθένεια ή η θνησιμότητα. Επιπλέον, τα άτομα που θεωρούν ότι έχουν τον έλεγχο της υγείας τους είναι πιο πιθανό να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν συμπεριφορές που προάγουν την υγεία, όπως η άσκηση ή οι προληπτικές ιατρικές επισκέψεις (Robinson & Lachman, 2017).



## **ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

#### **2.1. Σκοπός έρευνας**

Σκοπός της μελέτης είναι να διερευνήσει την σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της αντίληψης του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων. Για το σκοπό αυτό μελετήθηκε ο αυτοέλεγχος στους ηλικιωμένους, καθώς και τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους και η συσχέτιση τους με τον αυτοέλεγχο. Ειδικότερα διερευνώνται οι απόψεις των ηλικιωμένων ατόμων στην Περιφερειακή Ενότητα (ΠΕ) Ηρακλείου για τον αυτοέλεγχο, τις διαστάσεις του αλλά και το πώς αισθάνονται για τους διάφορους τομείς της ζωής τους.

#### **2.2. Ερευνητικά ερωτήματα**

Με βάση τον σκοπό της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται ως εξής:

- 1) Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στην ΠΕ Ηρακλείου, από την ζωής τους γενικά;
- 2) Ποιο είναι το επίπεδο της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στην ΠΕ Ηρακλείου, στις επιμέρους διαστάσεις της, όπως η σωματική υγεία, η ενέργεια, η διάθεση, οι συνθήκες ζωής, η μνήμη, η οικογένεια, ο γάμος, οι φίλεις, η προσωπικότητα, η ικανότητα νοικοκυριού, η ικανότητα για διασκέδαση και οικονομική κατάσταση;
- 3) Σε τι βαθμό πιστεύουν οι ηλικιωμένοι στην ΠΕ Ηρακλείου ότι η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό, τη μοίρα, από άλλους ανθρώπους ή από το Θεό;
- 4) Με ποιον τρόπο η αντίληψη του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων στην ΠΕ Ηρακλείου, συσχετίζεται με την ποιότητα ζωής τους;

### **2.3. Μεθοδολογία**

Η έρευνα που πραγματοποιήθηκε είναι πρωτογενής και ακολουθεί την ποσοτική προσέγγιση. Η πρωτογενής έρευνα αποτελεί μια ερευνητική μέθοδο μέσω της οποίας συλλέγονται πρωτότυπα δεδομένα, ειδικά για έναν ερευνητικό σκοπό (Cohenetal., 2008). Μετά την ολοκλήρωση της δευτερογενούς έρευνας, δηλαδή της συλλογής δεδομένων που έχουν ήδη παραχθεί από άλλους ερευνητές (ανασκόπηση βιβλιογραφίας), η πρωτογενής έρευνα καλείται να αποδώσει την τρέχουσα εικόνα του υπό μελέτη θέματος.

Η ποσοτική έρευνα είναι ένας ευρύς τομέας επιστημονικών μεθόδων, οι οποίες παρέχουν στους ερευνητές την δυνατότητα να περιγράψουν και να ερμηνεύσουν στατιστικά, τα αριθμητικά στοιχεία που έχουν συλλέξει. Αυτό το είδος έρευνας, επικεντρώνεται σε διάφορους τρόπους ταξινόμησης, διερεύνησης αιτιότητας και σύγκρισης, για την παροχή εξηγήσεων σε φαινόμενα που εκφράζονται μέσα από αριθμητικές μεταβλητές. Η ποσοτική προσέγγιση, χρησιμοποιείται συνήθεστερα σε έρευνες οι οποίες καλούνται να δώσουν απαντήσεις σε φαινόμενα, τα οποία μπορούν να εκφραστούν με μετρήσιμες μεταβλητές, με σκοπό να εξηγήσουν και να προβλέψουν ένα φαινόμενο, αλλά και για να διερευνήσουν τις σχέσεις μεταξύ μεταβλητών που εκφράζουν ένα φαινόμενο (Cohen et al, 2008).

Δεδομένου ότι στην παρούσα έρευνα επιθυμούμε να μελετήσουμε την σύνδεση μεταξύ της αντίληψης του αυτοελέγχου και της ποιότητας ζωής, η ποσοτική έρευνα κρίθηκε ως η καταλληλότερη μέθοδος. Επίσης η ποσοτική προσέγγιση φέρει ένα σύνολο πλεονεκτημάτων, τα οποία περιλαμβάνουν την γρήγορη διαδικασία συλλογής δεδομένων (μέσω τυποποιημένων ερωτηματολογίων συνήθως) και συνεπώς την εξοικονόμηση χρόνου και κόστους, την μελέτη ενός μεγάλου δείγματος από τον πληθυσμό ενισχύοντας την γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων και την ανάλυση των αποτελεσμάτων η οποία γίνεται με μεγαλύτερη στατιστική αξιοπιστία (Cohenetal., 2008) και ως εκ τούτου κρίθηκε καταλληλότερη, από την στιγμή που επιθυμούμε να εξετάσουμε ένα μεγάλο δείγμα ηλικιωμένων ατόμων.

## 2.4. Δείγμα έρευνας

Ο πληθυσμός της έρευνας αποτελείται από το σύνολο των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. Το δείγμα που αντλήθηκε για την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας λήφθηκε από στην ΠΕ Ηρακλείου και το μέγεθος του είναι  $n = 150$ . Τα κριτήρια που τέθηκαν για την συμμετοχή στην έρευνα ήταν η ηλικία να είναι άνω των 65 ετών και η απουσία οποιασδήποτε ασθένειας/κατάστασης η οποία επηρεάζει την γνωστική τους ικανότητα και συνεπώς την ικανότητα τους να απαντήσουν το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Το ηλικιακό όριο  $> 65$  ετών, επιλέχθηκε με βάση τον ορισμό των ηλικιωμένων του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHO, 2018).

## 2.5. Ερευνητικό εργαλείο

Το ερωτηματολόγιο της έρευνας, το οποίο συμπλήρωνε ο καθένας μόνος του (όσοι δεν ήταν σε θέση να το διαβάσουν μόνοι τους, τους υπαγορεύαμε τις ερωτήσεις και μας έλεγαν την επιθυμητή τους απάντηση) αποτελείται στην ουσία από δύο διακριτά μέρη, δηλαδή από δύο ερωτηματολόγια, εκ των οποίων το ένα χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων σχετικά με την ποιότητα ζωής και το δεύτερο χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των δεδομένων σχετικά με την αντίληψη του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων. Τα δύο ερωτηματολόγια είναι καλά δομημένες κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί ξανά σε προηγούμενες έρευνες, γεγονός το οποίο ενισχύει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.

Αναλυτικότερα, ο αυτοέλεγχος των ηλικιωμένων ατόμων αξιολογήθηκε με την κλίμακα Belief in Personal Control Scale (BPCS), η οποία αναπτύχθηκε από τον Berrenberg (1994). Η κλίμακα αποτελείται από 45 ερωτήσεις κλειστού τύπου, οι οποίες απαντώνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert (1=Πάντα, 2=Συχνά, 3= Μερικές φορές, 4= Σπάνια, 5=Ποτέ).

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αξιολογήθηκε με την κλίμακα UWMC/ADPR/QOL, η οποία έχει αναπτυχθεί από τους Logsdon et al., (1998). «Στο ερωτηματολόγιο διερευνάται το πώς αισθάνονται την τρέχουσα κατάσταση σε 13 τομείς. Οι τομείς αυτοί αφορούν στη φυσική υγεία, την ενέργεια, τη διάθεση, τις συνθήκες ζωής, τη μνήμη, την οικογένεια, το γάμο, τις φίλιες, την φροντίδα για την

εαυτό τους, την ικανότητα για τις δουλειές του σπιτιού, την ικανότητα να κάνουν πράγματα που τους διασκεδάζουν, την οικονομική κατάσταση και γενικότερα τη ζωή τους» (Τσολάκη&Κουντή, 2010:417).

## **2.6. Διαδικασίες έρευνας**

Οι ερευνήτριες προσέγγισαν αυτοπροσώπως τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν στην έρευνα, εντοπίζοντας τους σε διάφορα μέρη, όπως δομές φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων και καφενεία. Τα άτομα που εντοπίστηκαν ερωτήθηκαν αν ήθελαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, αφού πρώτα τους εξηγήθηκε ο σκοπός της. Αυτοί που δέχτηκαν έδωσαν την προφορική τους συναίνεση και στην συνέχεια κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο της έρευνας. Δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο ήταν αυτοσυμπληρούμενο, οι συμμετέχοντες είχαν την δυνατότητα να εκφράσουν πιθανές απορίες σχετικά με ερωτήσεις που ενδεχομένως δεν κατανοούσαν, ενώ οι ερευνήτριες έδωσαν την δυνατότητα στους συμμετέχοντες να τους αναγνώσουν οι ίδιες τις ερωτήσεις εφόσον αυτό δεν ήταν δυνατό από τους ίδιους. Οι ερευνήτριες παρείχαν όλες τις απαραίτητες εξηγήσεις στους ηλικιωμένους, προσπαθώντας να μην επηρεάσουν τις απαντήσεις τους.

## **2.7. Ηθικά ζητήματα**

Η παρούσα έρευνα, κατά την διεξαγωγή της έλαβε υπόψη όλα τα ηθικά ζητήματα της έρευνας. Όλοι οι ηλικιωμένοι έδωσαν την προφορική τους συναίνεση για την συμμετοχή στην έρευνα. Διασαφηνίστηκε σε όλους εξ αρχής ότι η συμμετοχή είναι εθελοντική και ανώνυμη και θα μπορούσαν να αποχωρήσουν από αυτή, αν το επιθυμούσαν αργότερα. Σε όλους τους συμμετέχοντες εξηγήθηκε ο σκοπός της έρευνας και διεβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που θα δώσουν, θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τον σκοπό της παρούσας εργασίας, εξασφαλίζοντας την ειλικρίνεια. Τέλος στο ερωτηματολόγιο απάντησαν μόνο οι ηλικιωμένοι, και όχι άλλοι εκπρόσωποι τους, όπως π.χ. συγγενείς ή συνοδοί.

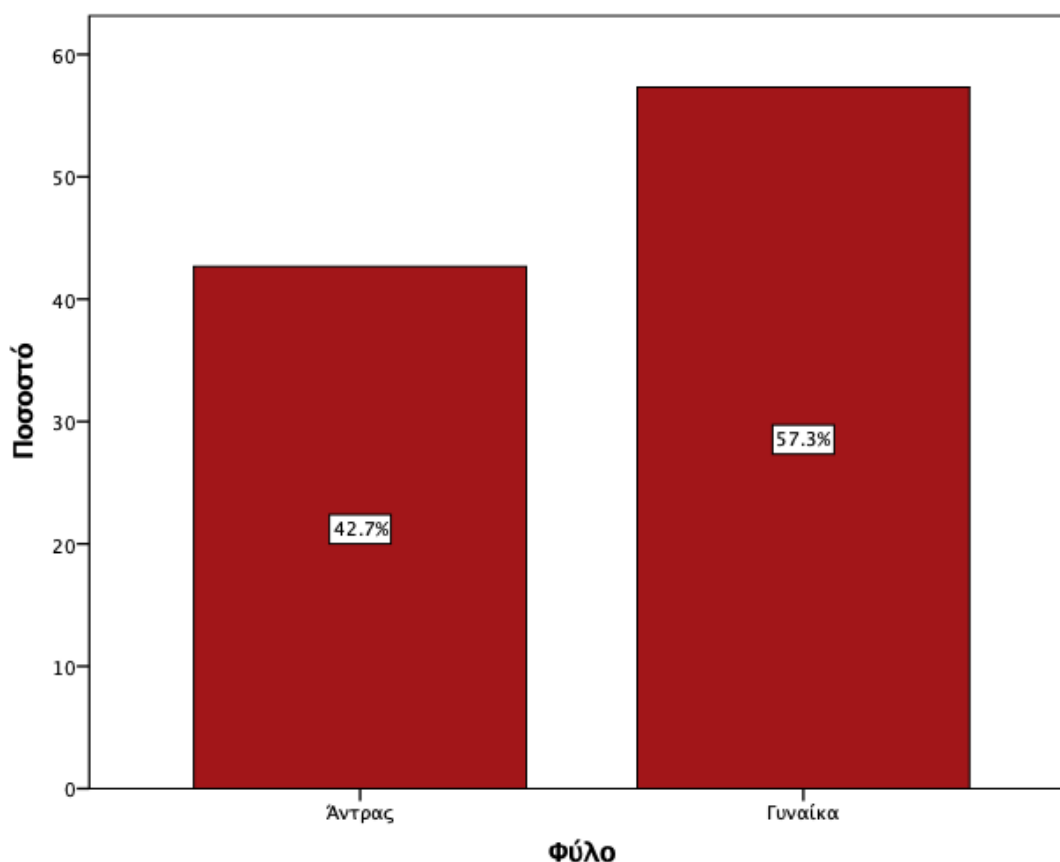
## **2.8. Ανάλυση δεδομένων**

Τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν από τα ερωτηματολόγια, περάστηκαν στο στατιστικό πρόγραμμα SPSS όπου και αναλύθηκαν. Αρχικά πραγματοποιήθηκε ανάλυση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου με την χρήση του συντελεστή αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach. Τα αποτελέσματα σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία παρουσιάζονται σε ιστογράμματα συχνοτήτων. Τα αποτελέσματα του κυρίου μέρους των δύο ερωτηματολογίων παρουσιάζονται και αναλύονται με την χρήση μέτρων περιγραφικής στατιστικής, και συγκεκριμένα με την μέση τιμή και την τυπική απόκλιση. Πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχετίσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής και των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων και μεταξύ της αντίληψης του αυτοελέγχου και των δημογραφικών τους χαρακτηριστικών, με την χρήση του συντελεστή συσχέτισης του Pearson. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε σε  $p < 0.05$ . Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στο κεφάλαιο που έπεται.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ3<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

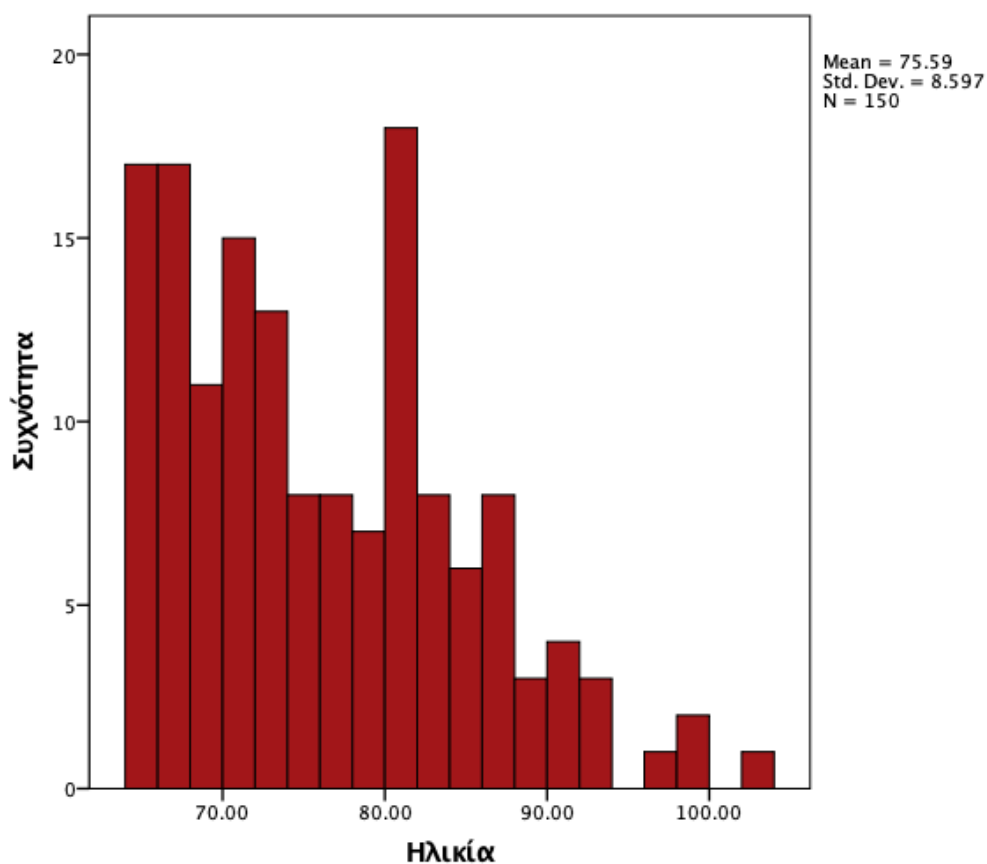
Συνολικά στην έρευνα συμμετείχαν 150 ηλικιωμένοι εκ των οποίων οι 86 (57.3%) ήταν γυναίκες και οι 64 (42.7%) ήταν άντρες. Τα αποτελέσματα για την κατανομή του φύλου δίνονται διαγραμματικά στο Διάγραμμα 3.1.



**Διάγραμμα 3.1.** Αποτελέσματα για το φύλο των συμμετεχόντων

Η ηλικιακή κατανομή του δείγματος δίνεται στο ιστόγραμμα του Διαγράμματος 2. Η μέση ηλικία στο δείγμα βρέθηκε ίση με 75.6 (τ.α.<sup>1</sup>=8.59). Επιπρόσθετα, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το ηλικιακό εύρος για τους ηλικιωμένους του δείγματος κυμάνθηκε από τα 65 έτη έως τα 102 έτη. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν ηλικίας 65 έως 80 ετών.

<sup>1</sup>τ.α.=τυπική απόκλιση



Διάγραμμα 3.2. Ηλικιακή κατανομή δείγματος

### 3.2. Αποτελέσματα ανάλυση αξιοπιστίας

Η αξιοπιστία των διαστάσεων των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν ελέγχθηκε με χρήση του συντελεστή αξιοπιστίας  $\alpha$  του Cronbach. Τα αναλυτικά αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 3.1. Η ανάλυση έδειξε ότι οι 3 διαστάσεις του εργαλείου αξιολόγηση του αυτοελέγχου εμφανίζουν αποδεκτή έως πολύ υψηλή αξιοπιστία. Αναλυτικότερα, η διάσταση που αφορά στην επίτευξη αποτελεσμάτων που προέρχεται από τον εαυτό τους αποτελείται από 17 ερωτήσεις εμφανίζει πολύ υψηλή αξιοπιστία ( $\alpha=0.870$ ), η διάσταση που αφορά στην επίτευξη αποτελεσμάτων που προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους αποτελείται από 19 ερωτήσεις εμφανίζει αποδεκτή αξιοπιστία ( $\alpha=0.716$ ) και η διάσταση που αφορά στην επίτευξη αποτελεσμάτων που προέρχεται από το Θεό αποτελείται από 9 ερωτήσεις και

εμφανίζει πολύ υψηλή αξιοπιστία ( $\alpha=0.985$ ). Η συνολική κλίμακα της ποιότητας ζωής εμφανίζει υψηλή αξιοπιστία ( $\alpha=0.805$ ).

**Πίνακας 3.1.** Αποτελέσματα ανάλυσης αξιοπιστίας διαστάσεων του ερωτηματολογίου

Ερωτηματολόγια και διαστάσεις	Αριθμός ερωτήσεων	$\alpha$
1. Ερωτηματολόγιο αυτοελέγχου	45	0.870
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους	17	0.892
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους	19	0.716
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το Θεό	9	0.985
2. Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής	13	0.805

### 3.3. Αποτελέσματα για την αντίληψη του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων

Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα από την ανάλυση των απαντήσεων των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα αναφορικά με τον αυτοέλεγχο και τις διαστάσεις του. Στον Πίνακα 3.2 παρουσιάζονται τα ευρήματα αναφορικά με τις 17 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους. Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων παρατηρήθηκε ότι στις 14 από τις 17 δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 2 (συχνά) και 3 (μερικές φορές), στις 2 από τις 17 δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 3 (μερικές φορές) έως 4 (σπάνια) και στη 1 από τις 17 δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 2 (συχνά) έως 1 (πάντα). Ουσιαστικά, από την ανάλυση παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι πιστεύουν σε μεγάλο βαθμό ότι το πνεύμα υπερσχύει της ύλης ( $MT=1.95$ ,  $TA=0.88$ ). Αντίθετα, σπάνια φαίνεται να πιστεύουν ότι ξέρουν πώς να παίρνουν ό,τι θέλουν από τους άλλους ( $MT=3.22$ ,  $TA=1.25$ ) και ότι μπορούν να ελέγξουν αποτελεσματικά/ επιτυχημένα την συμπεριφορά των άλλων ( $MT=3.76$ ,  $TA=0.96$ ). Τέλος, παρατηρήθηκε ότι από μερικές φορές έως συχνά πιστεύουν ή υιοθετούν κάποιες από τις υπόλοιπες δηλώσεις/ συμπεριφορές. Ενδεικτικά, είναι αρκετά αληθές ότι αν συνεχίζουν να επιμένουν, μπορούν να ξεπεράσουν κάθε εμπόδιο ( $MT=2.27$ ,  $TA=1.15$ ), είναι οι μόνοι υπεύθυνοι για ό,τι έχει συμβεί στην ζωή τους ( $MT=2.20$ ,  $TA=1.03$ ), ότσιασθάνονται ότι ελέγχουν την



ζωή τους όσο είναι ανθρωπίνως δυνατό (MT=2.09, TA=0.89) και όταν θέλουν κάτι, το διεκδικούν οι ίδιοι, με σκοπό να το αποκτήσουν (MT=2.15, TA=1.06).

**Πίνακας 3.2.** Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 17 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους (1=Πάντα, 5=Ποτέ).

	1	2	3	4	5	MT	TA
1. Μπορώ να κάνω πράγματα να συμβούν πιο εύκολα ( δε δυσκολεύομαι)	14.0%	36.0%	24.7%	22.0%	3.3%	2.65	1.08
2. Αν συνεχίζω να επιμένω, μπορώ να ξεπεράσω κάθε εμπόδιο	31.3%	32.0%	16.7%	18.0%	2.0%	2.27	1.15
3. Αν τίποτα δε συμβαίνει, εγώ πάω έξω και το κάνω να συμβεί (δεν περιμένω κάτι, από κάποιον, αλλά δρω)	24.0%	42.7%	14.7%	12.7%	6.0%	2.34	1.15
4. Είμαι ο μόνος υπεύθυνος για ό,τι έχει συμβεί στην ζωή μου	30.7%	31.3%	26.7%	10.0%	1.3%	2.20	1.03
5. Παρά όποιο εμπόδιο και να υπάρχει, αρνούμαι να τα παρατήσω/ να σταματήσω να προσπαθώ	23.3%	41.3%	20.0%	13.3%	2.0%	2.29	1.03
6. Μπορώ να ελέγξω αποτελεσματικά/ επιτυχημένα την συμπεριφορά των άλλων.	1.3%	10.0%	22.7%	43.3%	22.7%	3.76	.96
7. Αισθάνομαι ότι ελέγγω την ζωή μου όσο είναι ανθρωπίνως δυνατό.	24.7%	51.3%	16.0%	6.7%	1.3%	2.09	.89
8. Συνεχίζω να προσπαθώ για έναν στόχο, αργότερα όπου άλλοι τα έχουν παρατήσει ήδη.	25.3%	34.0%	23.3%	12.7%	4.7%	2.37	1.13
9. Εγώ έχω περισσότερο έλεγχο στην ζωή μου, από ότι άλλοι για τη δική τους.	9.4%	37.6%	34.2%	15.4%	3.4%	2.66	.96
10. Προσπαθώ ενεργά να κάνω πράγματα να συμβούν για τον εαυτό μου.	18.1%	36.9%	22.1%	20.1%	2.7%	2.52	1.09
11. Όταν κάτι μπαίνεις τον δρόμο μου, το παρακάμπτω.	24.7%	36.0%	26.7%	11.3%	1.3%	2.29	1.01
12. Μπορώ να είμαι οτιδήποτε θέλω να είμαι.	20.1%	30.9%	22.1%	21.5%	5.4%	2.61	1.18
13. Ξέρω πώς να παίρνω ό,τι θέλω από τους άλλους.	5.4%	30.4%	23.0%	18.9%	22.3%	3.22	1.25
14. Δεν υπάρχει τίποτα που να συμβαίνει στην ζωή μου, το οποίο δεν ελέγγω.	6.7%	28.0%	34.0%	29.3%	2.0%	2.92	.96
15. Όταν πέφτω πάνω σε κάποιο εμπόδιο, προσπαθώ ακόμα πιο σκληρά να το ξεπεράσω και να φτάσω στον στόχο μου.	23.3%	48.7%	14.7%	12.0%	1.3%	2.19	.97
16. Το να ελέγγω την ζωή μου περιλαμβάνει ότι: το πνεύμα υπερισχύει της ύλης.	32.0%	48.0%	16.0%	1.3%	2.7%	1.95	.88
17. Όταν θέλω κάτι, το διεκδικώ εγώ ο ίδιος, με σκοπό να το αποκτήσω.	32.7%	36.7%	14.7%	15.3%	0.7%	2.15	1.06

Στον Πίνακα 3.3 παρουσιάζονται τα ευρήματα αναφορικά με τις 19 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη των αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους. Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων παρατηρήθηκε ότι στις 9 από τις 19 δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 2 (συχνά) και 3 (μερικές φορές) και στις 9 από τις 19 δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 3 (μερικές φορές) έως 4 (σπάνια) και στη 1 από τις 19 δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 2 (συχνά) έως 1 (πάντα).. Ουσιαστικά, από την ανάλυση παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι είναι αρκετά αληθές ότι μπορούν να ελέγξουν τις δικές τους σκέψεις (MT=1.91, TA=0.89) ενώ αναγνωρίζουν ως αληθείς δηλώσεις ότι το να αποκτήσεις αυτό που θες έχει να κάνει με το να ξέρεις τα σωστά άτομα (MT=2.26, TA=1.05), το να αποκτήσεις αυτό που θες, έχει να κάνει με το να είσαι στο σωστό σημείο, τη σωστή στιγμή (MT=2.39, TA=1.03) και ότι αναγνωρίζουν ότι τους συμβαίνει, είναι ζήτημα καλής ή κακής τύχης (MT=2.54, TA=1.04). Τέλος, παρατηρήθηκε ότι σε αρκετές περιπτώσεις απάντησαν ότι μερικές φορές έως σπάνια πιστεύουν ή υιοθετούν κάποιες από τις δηλώσεις/ συμπεριφορές. Ενδεικτικά, οι ηλικιωμένοι αναγνώρισαν ότι σπάνια άλλοι άνθρωποι εμποδίζουν την ικανότητά τους να κατευθύνουν τη ζωή τους (MT=3.66, TA=1.00), σπάνια αισθάνονται πως οι άλλοι άνθρωποι έχουν περισσότερο έλεγχο στην ζωή τους από ότι οι ίδιοι (MT=3.54, TA=1.07), σπάνια αισθάνονται ότι είναι στο έλεος των σωματικών τους παρορμήσεων (MT=3.34, TA=0.98) και σπάνια θεωρούν ότι είναι θύμα των περιστάσεων, πέραν του ελέγχου τους (MT=3.35, TA=1.00)

**Πίνακας 3.3.** Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 19 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους (1=Πάντα, 5=Ποτέ)

	1	2	3	4	5	ΜΤ	ΤΑ
1. Το να αποκτήσεις αυτό που θες έχει να κάνει με το να ξέρεις τα σωστά άτομα	26.7%	36.7%	22.7%	12.0%	2.0%	2.26	1.05
2. Η συμπεριφορά μου καθοδηγείται από τις απαιτήσεις της κοινωνίας	6.7%	35.3%	24.0%	24.0%	10.0%	2.95	1.13
3. Νομίζω ότι η τύχη είναι πιο σημαντική στη ζωή από ότι οι ικανότητές μου	19.3%	25.3%	33.3%	18.7%	3.3%	2.61	1.10
4. Η επιτυχία μου είναι θέμα τύχης	14.7%	27.3%	32.0%	21.3%	4.7%	2.74	1.10
5. Το να αποκτήσεις αυτό που θες, έχει να κάνει με το να είσαι στο σωστό σημείο, τη σωστή στιγμή.	20.7%	36.7%	30.0%	8.7%	4.0%	2.39	1.03
6. Αισθάνομαι πως οι άλλοι άνθρωποι έχουν περισσότερο έλεγχο στην ζωή μου από ότι εγώ.	3.3%	15.3%	24.0%	38.7%	18.7%	3.54	1.07
7. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που μπορώ να κάνω για να αλλάξω το πεπρωμένο μου.	14.8%	32.9%	16.1%	26.2%	10.1%	2.84	1.25
8. Δεν είμαι ο κύριος της δικής μου μοίρας.	10.1%	24.8%	25.5%	32.2%	7.4%	3.02	1.13
9. Τα περισσότερα πράγματα στην ζωή μου δεν μπορώ απλά να τα ελέγξω	0.0%	27.3%	28.7%	38.0%	6.0%	3.23	.92
10. Άλλοι άνθρωποι εμποδίζουν την ικανότητά μου να κατευθύνω τη ζωή μου.	0.7%	17.4%	16.1%	47.0%	18.8%	3.66	1.00
11. Ό, τι μου συμβαίνει, είναι ζήτημα καλής ή κακής τύχης.	20.3%	23.6%	40.5%	12.8%	2.7%	2.54	1.04
12. Η τύχη μπορεί να κατηγορηθεί για τις αποτυχίες μου.	16.8%	16.8%	43.0%	20.1%	3.4%	2.77	1.06
13. Είμαι θύμα των περιστάσεων, πέραν του ελέγχου μου.	2.0%	20.0%	31.3%	34.7%	12.0%	3.35	1.00
14. Μπορώ να ελέγξω τις δικές μου σκέψεις.	36.7%	42.9%	12.9%	7.5%	0.0%	1.91	.89
15. Είμαι στο έλεος των σωματικών μου παρορμήσεων.	4.0%	16.8%	28.2%	43.6%	7.4%	3.34	.98
16. Σε αυτήν την ζωή, ό,τι συμβαίνει στη ζωή μου, καθορίζεται από την μοίρα μου.	13.3%	28.7%	38.7%	14.7%	4.7%	2.69	1.03
17. Είμαι θύμα των κοινωνικών πιέσεων.	6.7%	23.3%	19.3%	40.7%	10.0%	3.24	1.12
18. Ο υποσυνείδητος νους, πάνω στον οποίο δεν έχω κανέναν έλεγχο, κατευθύνει τη ζωή μου.	2.0%	17.3%	36.0%	34.0%	10.7%	3.34	.95

	1	2	3	4	5	MT	TA
19. Δεν έχω πραγματικά έλεγχο στα αποτελέσματα της ζωής μου.	2.0%	20.7%	29.3%	42.0%	6.0%	3.29	.93

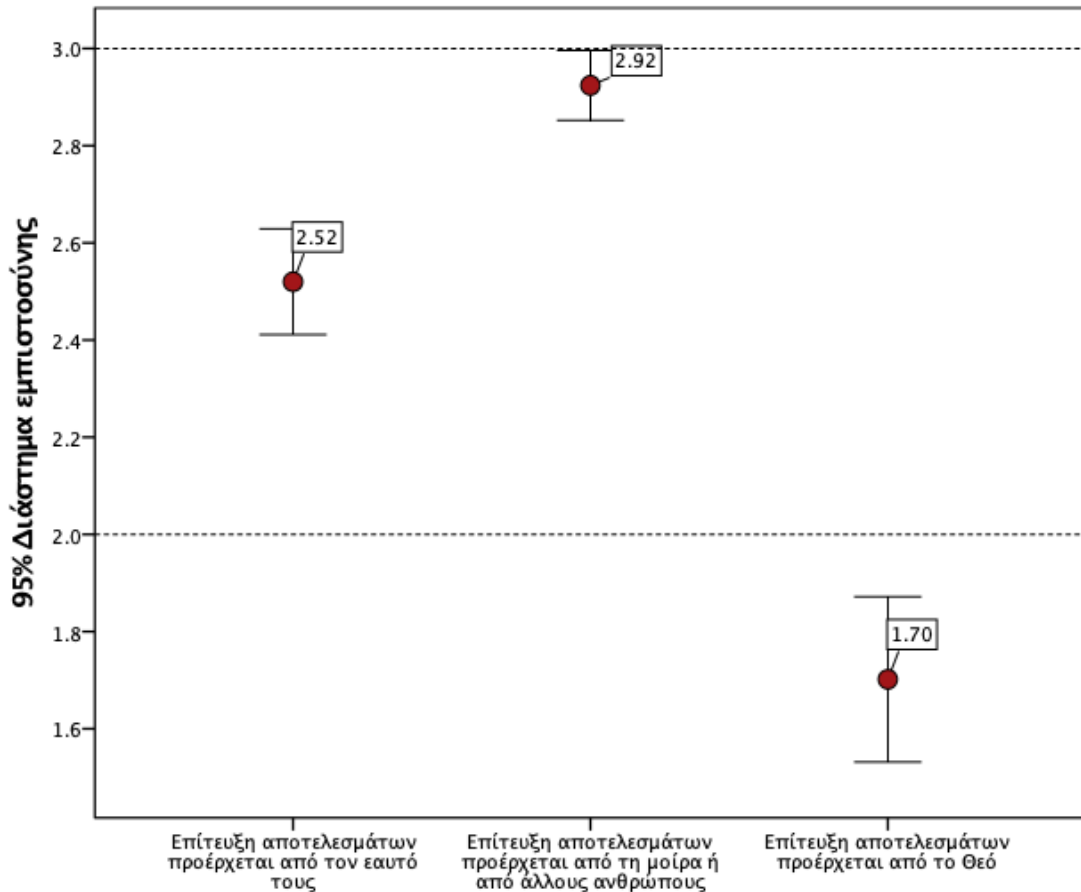
Στον Πίνακα 3.4 παρουσιάζονται τα ευρήματα αναφορικά με τις 9 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό. Από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων παρατηρήθηκε ότι σε όλες τις δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 2 (συχνά) έως 1 (πάντα). Ουσιαστικά, από την ανάλυση παρατηρήθηκε ότι οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι είναι αρκετά αληθές ότι μπορούν να πετύχουν αυτό που θέλουν με τη βοήθεια του Θεού (MT=1.69, TA=1.02), συχνά εάν θέλουν πραγματικά κάτι, προσεύχονται στον θεό να τους το φέρει (MT=1.65, TA=1.05) και πιστεύουν ότι αν χρειαστούν βοήθεια, ξέρουν πως ο θεός είναι εκεί για αυτούς (MT=1.66, TA=1.05). Παρόμοια, οι ηλικιωμένοι αναγνώρισαν ότι ο θεός τους βοηθάει να ελέγχουν τη ζωή τους (MT=1.67, TA=1.05) ενώ πιστεύουν ότι ο θεός τους ανταμείβει αν υπακούν τους νόμους του (MT=1.70, TA=1.09). Παρόμοια αποτελέσματα προέκυψαν από τις υπόλοιπες δηλώσεις, δείχνοντας ότι οι ηλικιωμένοι αναγνωρίζουν σε μεγάλο βαθμό τη συμβολή του Θεού στην επίτευξη αποτελεσμάτων.

**Πίνακας 3.4.** Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 9 ερωτήσεις που αξιολογούν την διάσταση του αυτοελέγχου αναφορικά με το αν η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό (1=Πάντα, 5=Ποτέ)

	1	2	3	4	5	MT	TA
1. Μπορώ να πετύχω αυτό που θέλω με τη βοήθεια του θεού	60.7%	18.7%	14.7%	3.3%	2.7%	1.69	1.02
2. Βασίζομαι στον θεό για να με βοηθήσει στο να ελέγγω την ζωή μου	61.7%	18.1%	12.8%	3.4%	4.0%	1.70	1.08
3. Αν χρειαστώ βοήθεια, ξέρω πως ο θεός είναι εκεί για μένα.	64.7%	14.7%	14.0%	3.3%	3.3%	1.66	1.05
4. Ο θεός με ανταμείβει αν υπακούω τους νόμους του.	61.7%	18.8%	12.1%	2.7%	4.7%	1.70	1.09
5. Ο θεός με βοηθάει να ελέγγω τη ζωή μου.	62.0%	18.7%	13.3%	2.0%	4.0%	1.67	1.05
6. Με την βοήθεια του θεού, μπορώ να είμαι ό,τι θέλω να είμαι.	57.3%	21.3%	14.0%	2.7%	4.7%	1.76	1.09

	1	2	3	4	5	MT	TA
7. Με το να θέτω την ζωή μου στα χέρια του θεού, μπορώ να πετύχω το οτιδήποτε.	58.7%	21.3%	12.7%	2.0%	5.3%	1.74	1.10
8. Οι πράξεις μου είναι το αποτέλεσμα του θεού, που δουλεύει μέσα από μένα.	54.7%	20.7%	16.7%	3.3%	4.7%	1.83	1.12
9. Εάν θέλω πραγματικά κάτι, προσεύχομαι στον θεό να μου το φέρει.	63.8%	18.1%	11.4%	2.7%	4.0%	1.65	1.05

Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα από τις τρεις διαστάσεις του αυτοελέγχου δίνονται στο Διάγραμμα 3.3 με μορφή μέσης τιμής και 95% διαστήματος εμπιστοσύνης. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη συμβολή του Θεού στην επίτευξη των αποτελεσμάτων (MT=1.70, TA=0.97, 95% ΔΕ=[1.51, 1.89]). Σε μικρότερο βαθμό οι ηλικιωμένοι θεωρούν ότι η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους (MT=2.52, TA=0.64, 95% ΔΕ=[2.41, 2.63]) και από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους (MT=2.92, TA=0.43, 95% ΔΕ=[2.85, 2.99]).



**Διάγραμμα 3.3.** Αποτελέσματα τριών διαστάσεων αυτοελέγχου με τη μορφή μέσης τιμής και 95% διαστήματος εμπιστοσύνης (1=Πάντα, 3=Μερικές φορές, 5=Ποτέ)

### 3.4. Αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων

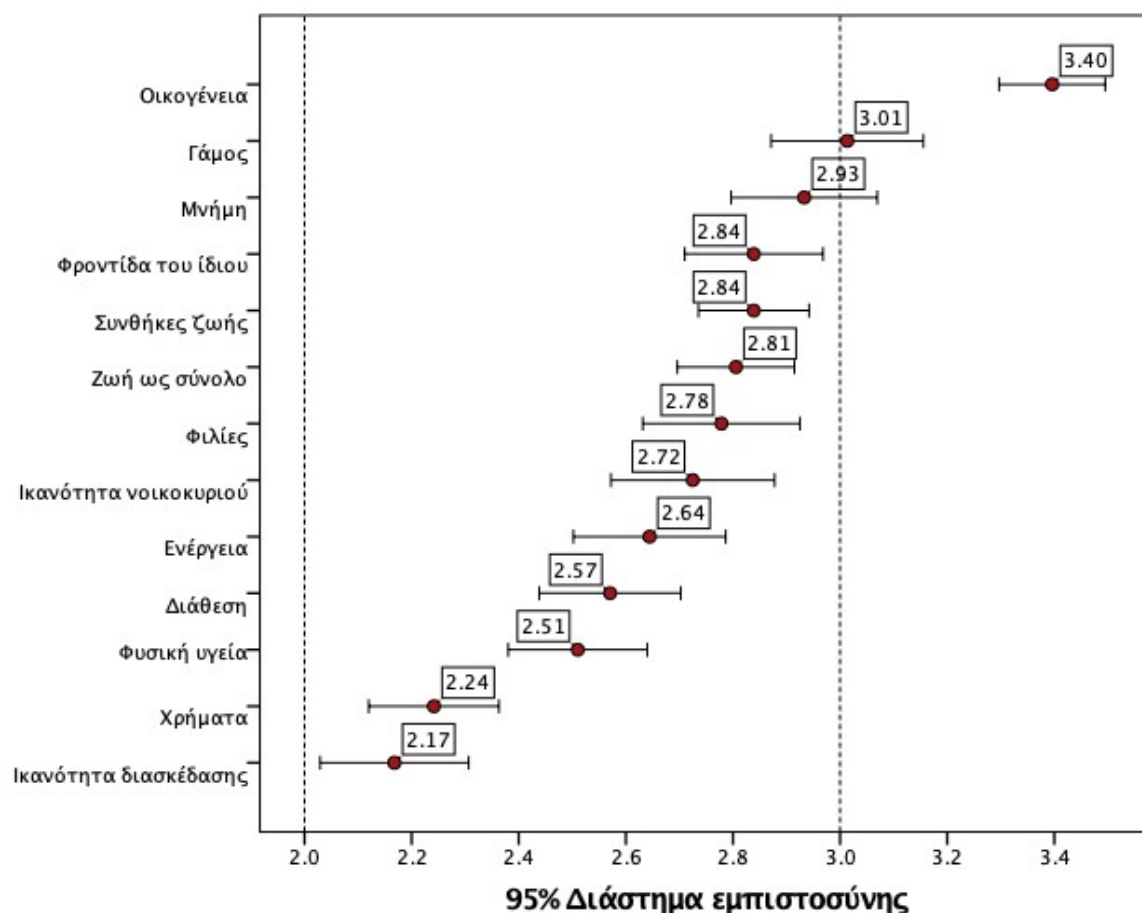
Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα ευρήματα από την ανάλυση των απαντήσεων των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα αναφορικά με τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους. Τα αποτελέσματα δίνονται ανά διάσταση του εργαλείου. Στον Πίνακα 3.5 παρουσιάζονται τα ευρήματα αναφορικά με τις 13 ερωτήσεις που αξιολογούν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι έχουν καλή έως άριστη ποιότητα ζωής αναφορικά με την οικογένεια τους (MT=3.39, TA=0.620) και ως προς το γάμο τους (MT=3.01, TA=0.88). Στις υπόλοιπες δηλώσεις η μέση τιμή κυμάνθηκε μεταξύ 2 (μέτρια) και 3 (καλή). Αναλυτικότερα οι ηλικιωμένοι δήλωσαν μέτρια προς καλά επίπεδα ποιότητα ζωής ως προς τη μνήμη (MT=2.94, TA=0.85), τη φροντίδα του ίδιου (MT=2.84, TA=0.79), τις συνθήκες ζωής (MT=2.83, TA=0.64), τη ζωή ως σύνολο (MT=2.81, TA=0.67), τις

φιλίες (MT=2.79, TA=0.91), την ικανότητα νοικοκυριού (MT=2.73, TA=0.94), την ενέργεια (MT=2.65, TA=0.88), τη διάθεση (MT=2.65, TA=0.88), τη φυσική υγεία (MT=2.51, TA=0.80), τα χρήματα (MT=2.17, TA=0.86) και την ικανότητα διασκέδασης (MT=2.17, TA=0.86).

**Πίνακας 3.5.** Περιγραφικά αποτελέσματα για τις 13 ερωτήσεις που αξιολογούν την ποιότητα ζωής (1=Φτωχή, 4=Άριστη)

	1	2	3	4	MT	TA
Φυσική υγεία	8.7%	42.0%	38.7%	10.7%	2.51	.80
Ενέργεια	12.7%	24.0%	49.3%	14.0%	2.65	.88
Διάθεση	10.0%	33.3%	46.0%	10.7%	2.57	.81
Συνθήκες ζωής	1.3%	26.0%	60.7%	12.0%	2.83	.64
Μνήμη	4.0%	26.7%	40.7%	28.7%	2.94	.85
Οικογένεια	0.0%	7.3%	46.7%	46.0%	3.39	.62
Γάμος	7.4%	15.4%	45.6%	31.5%	3.01	.88
Φιλίες	12.0%	18.0%	49.3%	20.7%	2.79	.91
Φροντίδα του ίδιου	4.0%	28.7%	46.7%	20.7%	2.84	.79
Ικανότητα νοικοκυριού	11.3%	27.3%	38.7%	22.7%	2.73	.94
Ικανότητα διασκέδασης	22.0%	46.0%	24.7%	7.3%	2.17	.86
Χρήματα	14.7%	50.7%	30.7%	4.0%	2.24	.75
Ζωή ως σύνολο	2.0%	28.0%	57.3%	12.7%	2.81	.67

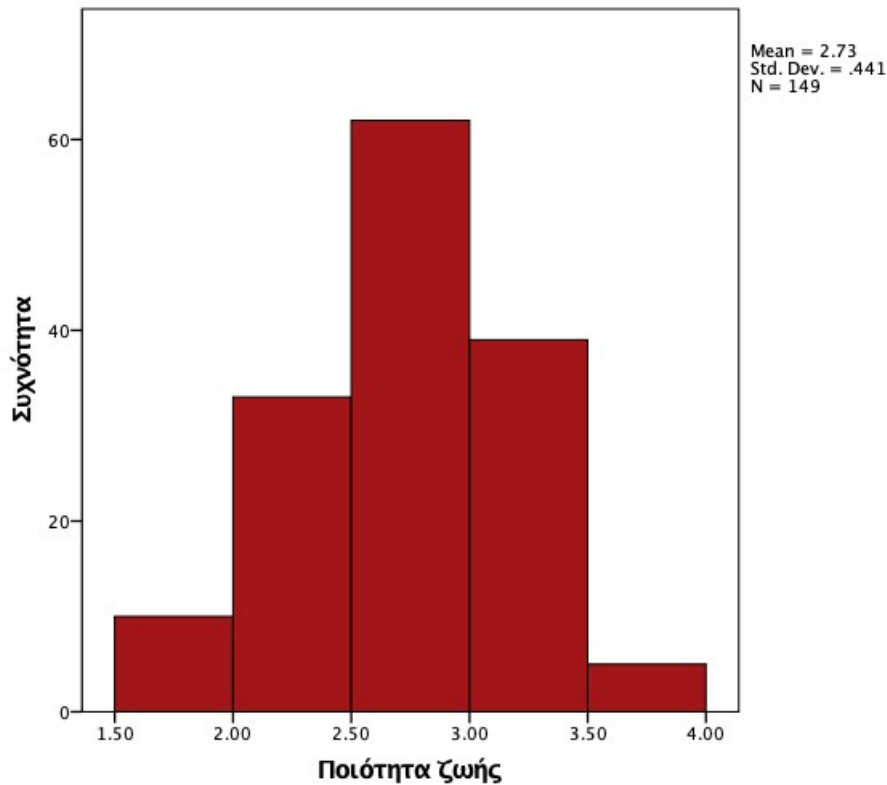
Τα αποτελέσματα σε διαγραμματική μορφή με τη μορφή μέσης τιμής και 95% διαστήματος εμπιστοσύνης στο Διάγραμμα 3.4.



**Διάγραμμα 3.4.** Αποτελέσματα δεκατριών διαστάσεων ποιότητας ζωής με τη μορφή μέσης τιμής και 95% διαστήματος εμπιστοσύνης (1=Φτωχή, 2=Μέτρια, 3=Καλή, 4=Άριστη)

Τέλος, υπολογίστηκε η συνολική μέση τιμή για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Από το Διάγραμμα 3.5 προκύπτει ότι η μέση τιμή της συνολικής κλίμακας ισούται με 2.73 στα 4 (TA=0.44). Η μέση τιμή δείχνει ότι οι ηλικιωμένοι συνολικά έχουν μέτρια προς καλή ποιότητα ζωής. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχαν μέσο σκορ στην κλίμακα της ποιότητας ζωής από 2.5 έως 3.





**Διάγραμμα 3.5.** Κατανομή της συνολικής ποιότητας ζωής (1=Φτωχή, 2=Μέτρια, 3=Καλή, 4=Άριστη)

### 3.5. Διαφοροποίηση ως προς το φύλο και συσχέτιση με τη ηλικία

Στην συνέχεια διερευνήθηκε κατά πόσο τα αποτελέσματα για το αυτοέλεγχο και την ποιότητα ζωής διαφοροποιούνται ως προς το φύλο των ηλικιωμένων (έλεγχος t-test) και με το αν ο αυτοέλεγχος και η ποιότητα ζωής σχετίζονται με την ηλικία των ηλικιωμένων (συντελεστής συσχέτισης Pearson). Από τον Πίνακα 3.6 και τα αποτελέσματα του ελέγχου t-test προέκυψαν δύο σημαντικές διαφορές ως προς την ποιότητα ζωής ενώ δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις διαστάσεις του αυτοελέγχου. Αναλυτικότερα προέκυψε σημαντική διαφορά στην διάσταση της ποιότητας ζωής που αφορά στη διάθεση ( $t=2.758$ ,  $p=0.007<0.05$ ) και στην διάσταση της ποιότητας ζωής που αφορά στην ικανότητα του νοικοκυριού ( $t=-7.504$ ,  $p=0.000<0.05$ ). Η ανάλυση έδειξε ότι οι άντρες εκφράζουν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής αναφορικά με τη διάθεση τους (2.78 έναντι 2.42), ενώ οι γυναίκες εκφράζουν καλύτερα επίπεδα ποιότητα ζωής αναφορικά με την ικανότητα του νοικοκυριού (3.15 έναντι 2.16).

**Πίνακας 3.6.** Αποτελέσματα ελέγχου t-test για τη σύγκριση μεταξύ αντρών και γυναικών

	Φύλο				t	p
	Αντρας		Γυναίκα			
	MT	TA	MT	TA		
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους	2.38	.66	2.60	.61	-2.119	0.036
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους	2.92	.44	2.93	.41	-0.058	0.954
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το Θεό	1.86	1.12	1.60	.92	1.508	0.134
Φυσική υγεία	2.55	.82	2.49	.79	0.442	0.659
Ενέργεια	2.78	.90	2.55	.85	1.633	0.105
Διάθεση	2.78	.83	2.42	.77	2.758	0.007*
Συνθήκες ζωής	2.72	.70	2.92	.58	-1.911	0.058
Μνήμη	3.05	.88	2.86	.81	1.339	0.182
Οικογένεια	3.28	.63	3.47	.61	-1.805	0.073
Γάμος	3.06	.88	2.98	.88	0.595	0.553
Φιλίες	2.95	.84	2.66	.94	1.952	0.053
Φροντίδα του ίδιου	2.70	.83	2.94	.76	-1.834	0.069
Ικανότητα νοικοκυριού	2.16	.82	3.15	.79	-7.504	0.000*
Ικανότητα διασκέδασης	2.30	.85	2.08	.86	1.529	0.128
Χρήματα	2.22	.68	2.26	.80	-0.299	0.765
Ζωή ως σύνολο	2.89	.65	2.74	.69	1.322	0.188
QOL	2.72	.49	2.73	.41	-0.120	0.904

Από τον Πίνακα 3.7 και τα αποτελέσματα του συντελεστή συσχέτισης του Pearson προέκυψαν αρκετές σημαντικές συσχετίσεις της ηλικίας τόσο με την ποιότητα ζωής όσο και με τον αυτοέλεγχο. Αναλυτικότερα προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας με τον βαθμό στον οποίο πιστεύουν ότι η επίτευξη

αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό ( $r=0.363$ ,  $p=0.000<0.05$ ), ενώ προέκυψε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του βαθμού στον οποίο θεωρούν ότι η επίτευξη των αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους ( $r=-0.259$ ,  $p=0.002<0.05$ ). Αυτό δείχνει πως η αύξηση της ηλικίας σχετίζεται με θετικότερη στάση απέναντι στο κατά πόσο η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό ενώ σχετίζεται με αρνητικότερη στάση απέναντι στο κατά πόσο η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους.

Από την ανάλυση ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής, διαπιστώθηκε ότι η ηλικία σχετίζεται με μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής που αφορά στην φυσική υγεία ( $r=-0.338$ ,  $p=0.000<0.05$ ), την ενέργεια ( $r=-0.361$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τη διάθεση ( $r=-0.225$ ,  $p=0.006<0.05$ ), τη φροντίδα του ίδιου ( $r=-0.280$ ,  $p=0.001<0.05$ ), την ικανότητα του νοικοκυριού ( $r=-0.219$ ,  $p=0.007<0.05$ ) και τη συνολική ποιότητα ζωής ( $r=-0.282$ ,  $p=0.001<0.05$ ).

**Πίνακας 3.7.** Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson για τη συσχέτιση αυτοελέγχου και ποιότητας ζωής με την ηλικία

		Ηλικία
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους	Pearson r	-.259
	p	.002*
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους	Pearson r	.027
	p	.749
Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το Θεό	Pearson r	.363
	p	.000*
Φυσική υγεία	Pearson r	-.338
	p	.000*
Ενέργεια	Pearson r	-.361
	p	.000*
Διάθεση	Pearson r	-.225
	p	.006*
Συνθήκες ζωής	Pearson r	-.063
	p	.442
Μνήμη	Pearson r	.001
	p	.991
Οικογένεια	Pearson r	-.029
	p	.721
Γάμος	Pearson r	.032
	p	.697
Φιλίες	Pearson r	-.160
	p	.051
Φροντίδα του ίδιου	Pearson r	-.280
	p	.001*
Ικανότητα νοικοκυριού	Pearson r	-.219
	p	.007*
Ικανότητα διασκέδασης	Pearson r	-.175
	p	.032
Χρήματα	Pearson r	.002
	p	.985
Ζωή ως σύνολο	Pearson r	-.148
	p	.071
QOL	Pearson r	-.282
	p	.001*

### 3.6. Συσχέτιση ποιότητας ζωής και αυτοελέγχου σε ηλικιωμένα άτομα

Στην τελευταία ενότητα διερευνήθηκε κατά πόσο τα αποτελέσματα για το αυτοέλεγχο σχετίζονται με τα αποτελέσματα για την ποιότητα ζωής με χρήση του συντελεστή συσχέτισης Pearson. Από τον Πίνακα 3.8 προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ των διαστάσεων αυτοελέγχου και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

Αναλυτικότερα προέκυψε σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού στον οποίο οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους, και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής που αφορούν στη φυσική υγεία ( $r=0.347$ ,  $p=0.000<0.05$ ), την ενέργεια ( $r=0.558$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τη διάθεση ( $r=0.382$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τη μνήμη ( $r=0.177$ ,  $p=0.033<0.05$ ), τις φιλίες ( $r=0.351$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τη φροντίδα του ίδιου ( $r=0.214$ ,  $p=0.010<0.05$ ), την ικανότητα διασκέδασης ( $r=0.411$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τα χρήματα ( $r=0.423$ ,  $p=0.000<0.05$ ), τη ζωή ως σύνολο ( $r=0.397$ ,  $p=0.000<0.05$ ) και τη συνολική ποιότητα ζωής ( $r=0.500$ ,  $p=0.000<0.05$ ).

Επιπρόσθετα προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού στον οποίο πιστεύουν ότι η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή άλλους ανθρώπους και της διάστασης της ποιότητας ζωής που αφορά στην ικανότητα διασκέδασης ( $r=0.172$ ,  $p=0.040<0.05$ ). Τέλος, προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού στον οποίο πιστεύουν ότι η επίτευξη των αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό και της διάστασης της ποιότητας ζωής που αφορά τα χρήματα ( $r=0.182$ ,  $p=0.028<0.05$ ).

**Πίνακας 3.8.** Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης Pearson για τη συσχέτιση αυτοελέγχου και ποιότητας ζωής

		Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους	Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους	Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το Θεό
Φυσική υγεία	Pearson r	.347	.150	.085
	p	.000	.076	.306
Ενέργεια	Pearson r	.558	.035	.049
	p	.000	.683	.554
Διάθεση	Pearson r	.382	.073	.010
	p	.000	.390	.909
Συνθήκες ζωής	Pearson r	.065	.029	.144
	p	.437	.729	.082
Μνήμη	Pearson r	.177	.146	.119
	P	.033	.084	.152
Οικογένεια	Pearson r	.046	.035	.086
	P	.587	.679	.298
Γάμος	Pearson r	.022	.145	.050
	P	.791	.086	.551
Φιλίες	Pearson r	.351	.143	.032
	P	.000	.091	.698
Φροντίδα του ίδιου	Pearson r	.214	.049	.006
	P	.010	.565	.946
	Pearson r	.150	.029	.052

		Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τον εαυτό τους	Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από τη μοίρα ή από άλλους ανθρώπους	Επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το Θεό
Ικανότητα νοικοκυριού	P	.071	.734	.530
Ικανότητα διασκέδασης	Pearson r	.411	.172	.089
	P	.000	.040	.283
Χρήματα	Pearson r	.423	.057	.182
	P	.000	.499	.028
Ζωή ως σύνολο	Pearson r	.397	.101	.153
	P	.000	.230	.064
QOL	Pearson r	.500	.021	.078
	P	.000	.803	.351

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: ΣΥΖΗΤΗΣΗ –ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

### 4.1. Συζήτηση αποτελεσμάτων

Η παρούσα εργασία διερεύνησε την σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και της αντίληψης του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων στην Π.Ε. Ηρακλείου, μέσω διεξαγωγής ποσοτικής έρευνας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων που επέδειξαν έναν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας, υποδεικνύοντας την συγκλίνουσα εγκυρότητα τους.

Τα αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων έδειξαν ότι αυτοί έχουν μέτρια προς καλά επίπεδα ποιότητας ζωής. Τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής εκφράστηκαν στις διαστάσεις της οικογένειας και του γάμου τους, καθώς επίσης και σε διαστάσεις όπως η μνήμη, οι συνθήκες ζωής, η ζωή ως σύνολο και η φροντίδα των ιδίων. Αντίθετα τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας εκφράστηκαν στις διαστάσεις της ικανότητας διασκέδασης και των χρημάτων.

Είναι γνωστό ότι οι ηλικιωμένοι γενικά λόγω προβλημάτων υγείας και λόγω έκπτωσης της φυσικής λειτουργίας μπορεί να μην έχουν την ικανότητα ή ακόμα και την θέληση να διασκεδάσουν όπως οι νεότεροι (Τατσιώνη, Καραθάνος & Μίσιου, 2015). Από την άλλη είναι επίσης γνωστό ότι η οικονομική ύφεση και οι συνακόλουθες συνεχείς περικοπές στις συντάξεις τους, μείωσαν το εισόδημα τους (Τσοκανάρη, 2017). Αυτοί οι παράγοντες δικαιολογούν ενδεχομένως τα χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής στις δύο ως άνω διαστάσεις. Ωστόσο συνολικά ως προς το επίπεδο ποιότητας ζωής, αλλά και ως προς τις επιμέρους διαστάσεις της, όπως ο τομέας της φυσικής υγείας και της διεξαγωγής των καθημερινών δραστηριοτήτων, τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δεν συμφωνούν με τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που έγιναν πρόσφατα στην Ελλάδα, οι οποίες έδειξαν ότι τα ηλικιωμένα άτομα στην χώρα έχουν μέτρια προς χαμηλά επίπεδα ζωής που σχετίζονται με χαμηλότερα υποκειμενικά επίπεδα υγείας και περιορισμούς στην διεξαγωγή των καθημερινών δραστηριοτήτων (Chrysoroulou, 2015; Conde-Salaetal., 2017). Οι διαφορές στα αποτελέσματα μπορεί να αποδίδονται στην σύνθεση των δειγμάτων των ερευνών και στα διαφορετικά εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Παρόμοια με προηγούμενες έρευνες η ηλικία σχετίστηκε με μειωμένα επίπεδα ποιότητας ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων, που αφορά στην φυσική υγεία, την ενέργεια, τη διάθεση, την αυτοφροντίδα, την ικανότητα φροντίδας του νοικοκυριού και τη συνολική ποιότητα ζωής. Πολλές προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει επίσης ότι με την αύξηση της ηλικίας, η ποιότητα ζωής μειώνεται (Layte, Sexton&Savva, 2013; Conde-Salaetal., 2017), ωστόσο αυτή η σχέση τείνει να παρουσιάζεται κυρίως για άτομα άνω των 75- 80 ετών. Οι Netuvelietal., (2008) και οι Layte, Sexton&Savva (2013) είχαν βρει ότι μέχρι την ηλικία των 67-68 ετών η ποιότητα ζωής φτάνει σε υψηλά επίπεδα και στην συνέχεια τείνει να μειώνεται. Αυτό μπορεί επίσης να δικαιολογεί τα ευρήματα της παρούσας έρευνας, όπου τα συνολικά επίπεδα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στην ΠΕ Ηρακλείου κυμάνθηκαν σε μέτρια προς υψηλά επίπεδα. Δεδομένου ότι τα ηλικιωμένα άτομα στην παρούσα έρευνα εκδήλωσαν ένα υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής, ως προς την οικογένεια και τον γάμο, αυτό υποδηλώνει επίσης ότι οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν επαρκή κοινωνική υποστήριξη, δηλαδή υποστήριξη από το οικείο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η οποία συνεισφέρει στα δηλούμενα υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής τους.

Σε ότι αφορά την αντίληψη του αυτοελέγχου, το εργαλείο αξιολόγησης περιλάμβανε τρεις διαστάσεις: την επίτευξη των αποτελεσμάτων από τον εαυτό, τους άλλους και τον θεό. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι αναγνωρίζουν σε μεγαλύτερο βαθμό τη συμβολή του Θεού στην επίτευξη των δικών τους αποτελεσμάτων και λιγότερο την συμβολή του εαυτού τους, της μοίρας και των άλλων ανθρώπων. Το αποτέλεσμα αυτό είναι σύμφωνο με τα αποτελέσματα της έρευνας του Krause (2005), στην οποία δείχθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλή αυτό-αντιληπτή αίσθηση ελέγχου, πιστεύουν ότι τα γεγονότα στη ζωή τους διαμορφώνονται από δυνάμεις που είναι έξω από την επιρροή τους (όπως ο Θεός) και αισθάνονται ότι έχουν μικρή ικανότητα να ρυθμίζουν τα πράγματα που τους συμβαίνουν.

Τέλος η ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ της αντίληψης του αυτοελέγχου και της ποιότητας ζωής έδειξε ότι όντως υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των δύο διαστάσεων. Αρχικά ο αυτοέλεγχος ως προς την διάσταση των αποτελεσμάτων τα οποία προέρχονται από τον εαυτό τους, συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής που αφορά στην φυσική υγεία, την ενέργεια, τη διάθεση, τη μνήμη, τις φιλίες, την αυτοφροντίδα, την ικανότητα διασκέδασης, τα χρήματα και τη ζωή ως σύνολο. Τα ηλικιωμένα



άτομα, λοιπόν, τα οποία πιστεύουν ότι έχουν προσωπικά μεγαλύτερο έλεγχο επί των αποτελεσμάτων τους, είναι πιο πιθανό να έχουν υψηλότερα ποιότητας ζωής ως προς τις παραπάνω διαστάσεις και γενικά συνολικά υψηλότερη ποιότητας ζωής. Η συσχέτιση αυτή έχει υποστηριχθεί σε αρκετές προηγούμενες έρευνες, οι οποίες έχουν δείξει ότι ο αυτοέλεγχος συνδέεται με καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής στην διάσταση της φυσικής υγείας και της ευεξίας (Banerjee et al., 2014; Bowling et al., 2007; Kunzmann, Little και Smith, 2002; Lachman, Rosnick & Röcke, 2009; Maher και Cummins, 2010; Wirtz et al., 2016). Αυτή η σχέση στηρίζεται σε διάφορους μηχανισμούς, όπως το γεγονός ότι η μεγαλύτερη αντίληψη αυτοελέγχου οδηγεί σε πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση των προβλημάτων της ζωής και των προβλημάτων υγείας, τα οποία είναι πολύ κοινά στους ηλικιωμένους πληθυσμούς, σε καλύτερη ρύθμιση των συναισθημάτων, σε μεγαλύτερη συμμετοχή σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία και στην ανάπτυξη αντιδραστικότητας στο άγχος (Heckhausen et al., 2010; Maher και Cummins, 2010; Robinson & Lachman, 2017).

Επιπρόσθετα στην παρούσα έρευνα προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ του κατά πόσο τα ηλικιωμένα άτομα πιστεύουν ότι η επίτευξη αποτελεσμάτων προέρχεται από το θεό με τη διάσταση της ποιότητας ζωής που αφορά τα χρήματα. Είναι γεγονός ότι κατά την διάρκεια των τελευταίων ετών οι ηλικιωμένοι έχουν υποστεί σημαντικές μειώσεις στις συντάξεις τους και αυτή η διάσταση της ποιότητας ζωής δεν είναι κάτι που βασίζεται στο χέρι τους. Τα χρήματα εν ολίγοις και το εισόδημα γενικότερα είναι ένας παράγοντας επί του οποίου οι ηλικιωμένοι δεν έχουν έλεγχο. Ως εκ τούτου είναι λογικό να έχουν περιορισμένο αυτοέλεγχο σε αυτό το θέμα και να βασίζονται σε ανώτερες δυνάμεις (Θεός) για το αν αυτή η κατάσταση θα αλλάξει. Οι Chen και Feeley (2012) είχαν επίσης βρει ότι η οικονομική στήριξη μειώνει την ευημερία μέσω του χαμηλότερου αντιληπτού ελέγχου.

## 4.2. Συμπεράσματα

Συνοψίζοντας, η έρευνα αυτή παρέχει μια πρώτη εικόνα σχετικά με την ποιότητα ζωής και την αντίληψη του αυτοελέγχου στα ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα. Οι ηλικιωμένοι επιδεικνύουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής, κυρίως στις διαστάσεις της οικογένειας και του γάμου και χαμηλά επίπεδα ποιότητας ζωής ως προς την ικανότητα διασκέδασης και τα χρήματα. Είναι σημαντικό να αναληφθούν πρωτοβουλίες από το Ελληνικό κράτος, ώστε να βελτιωθεί το εισόδημα των ηλικιωμένων και να αυξηθούν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής τους. Σε ότι αφορά τον αυτοέλεγχο, τα ηλικιωμένα άτομα στην παρούσα έρευνα έτειναν να πιστεύουν κυρίως ότι τα αποτελέσματά τους προέρχονται από παράγοντες που δεν μπορούν να ελέγξουν, όπως ο Θεός, και λιγότερο από ελεγχόμενους παράγοντες όπως ο εαυτός τους. Είναι σημαντικό τα ηλικιωμένα άτομα να αποκτήσουν μεγαλύτερο αυτοέλεγχο επειδή οι προηγούμενες έρευνες έχουν δείξει ότι τα άτομα με ισχυρή αίσθηση προσωπικού ελέγχου τείνουν να απολαμβάνουν μεγαλύτερη αίσθηση ψυχολογικής ευεξίας, σε σύγκριση με τα άτομα με αδύναμη αίσθηση ελέγχου, το οποίο επιβεβαιώθηκε επίσης και στην παρούσα έρευνα, καθώς ο αντιληπτός αυτοέλεγχος στην διάσταση των αποτελεσμάτων τα οποία προέρχονται από τον εαυτό τους συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής που αφορά στην φυσική υγεία, την ενέργεια, τη διάθεση, τη μνήμη, τις φιλίες, την αυτοφροντίδα, την ικανότητα διασκέδασης, τα χρήματα και τη ζωή ως σύνολο.

Οι παρεμβάσεις αυτές θα πρέπει να στοχεύσουν στην καλύτερη κατανόηση των μηχανισμών στους οποίους βασίζονται τα αποτελέσματα και τα οφέλη του αντιληπτού ελέγχου από τα ηλικιωμένα άτομα. Έχουν προταθεί διάφορες παρεμβάσεις στην βιβλιογραφία για αυτή την ομάδα του πληθυσμού όπως οι γνωστικές συμπεριφορικές θεραπείες, οι οποίες ενισχύουν την αντίληψη των ατόμων για τον προσωπικό έλεγχο. Η παρέμβαση αυτή βοηθά στον εντοπισμό, την πρόκληση και τη μεταβολή των δυσπροσαρμοστικών πεποιθήσεων των ηλικιωμένων ατόμων, λειτουργώντας ως ένας τρόπος για τον επαναπροσδιορισμό των «παρανοήσεων» σχετικά με τη δυνατότητα ελέγχου των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Η εκπαίδευση σε δεξιότητες μνήμης μπορεί επίσης να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να αποκτήσουν μεγαλύτερο έλεγχο στη ζωή τους.

### **4.3. Περιορισμοί έρευνας και προτάσεις μελλοντικής έρευνας**

Η παρούσα έρευνα αντιμετωπίζει κάποιους περιορισμούς, υπό τους οποίους πρέπει να εξεταστούν τα ευρήματα της. Αρχικά υπάρχουν περιορισμοί ως προς το δείγμα και στο γεγονός ότι αυτό αντλήθηκε από μια συγκεκριμένη περιοχή της Ελλάδας, δηλαδή την ΠΕ Ηρακλείου. Επίσης, στην παρούσα έρευνα λήφθηκε ένα δείγμα ευκολίας και έτσι δεν είναι δυνατό να γνωρίζουμε κατά πόσο αυτό είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού. Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται απαραίτητο μελλοντικές έρευνες να λάβουν περισσότερο αντιπροσωπευτικά δείγματα ηλικιωμένων ατόμων από τις διάφορες περιφέρειες της Ελλάδας.

Επίσης ένας περιορισμός είναι το γεγονός ότι υπάρχει έλλειψη προηγούμενων ερευνών στην Ελλάδα, πάνω στο θέμα της αξιολόγησης της αντίληψης του αυτοελέγχου των ηλικιωμένων ατόμων στην χώρα, το οποίο περιόρισε την δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας. Η έρευνα αυτή συμβάλλει στον εμπλουτισμό της σχετικής βιβλιογραφίας στην Ελλάδα, ωστόσο είναι αναγκαίο μελλοντικές μελέτες να επιβεβαιώσουν τα ευρήματα της.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Abeles, R. P. (1991). Sense of control, quality of life, and frail older people. In *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 297-314). US: Academic Press.

Anderson, R., & Bury, M. (1988). *Living with chronic illness: The experience of patients and their families*. New South Wales: Unwin Hyman.

Αναστασιάδου, Β. (2015). Ηλικιωμένοι με Χρόνια Συστηματικά Νοσήματα. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Αναστασιάδου, Β., Νάκα, Ό., Παντελίδου-Παπαδοπούλου, Ο., Σακελλάρη, Δ., Τοπίτσογλου, Β., Τορτοπίδης, Δ. 2015. *Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της γηριατρικής οδοντιατρικής*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 16

Banerjee, T., Lee, K. S., Browning, S. R., Hopenhayn, C., Westneat, S., Biddle, M. J., & Moser, D. K. (2014). Limited association between perceived control and health-related quality of life in patients with heart failure. *The Journal of Cardiovascular Nursing, 29*(3), 227.

Baumeister R.F., Boone A.L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality, 72*, 271-324.

Berrenberg, J. L. (1994). Belief in Personal Control Scale. In J. Fischer & K. Corcoran (Eds.), *Measures for clinical practice: A source book* (2nd ed., Vol. 2, pp. 81-84). New York: Free Press

Birren, J. E., Lubben, J. E., Rowe, J. C., & Deutchman, D. E. (Eds.). (2014). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. US: Academic Press.

Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing, 36*(3), 310-315.

Brandtstädter, J., Wentura, D., & Rothermund, K. (1999). *Intentional self-development through adulthood and later life: Tenacious pursuit and flexible adjustment of goals*. UK: Sage Publications, Inc.

Bullers S. (2000). The mediating role of perceived control in the relationship between social ties and depressive symptoms. *Women and Health*31, 97–116

Burns, E. R., Stevens, J. A., & Lee, R. (2016).The direct costs of fatal and non-fatal falls among older adults—United States. *Journal of safety research*, 58, 99-103.

Cadenas, E., & Davies, K. J. (2000).Mitochondrial free radical generation, oxidative stress, and aging. *Free Radical Biology and Medicine*, 29(3-4), 222-230.

Chen, Y., & Feeley, T. H. (2012). Enacted support and well-being: A test of the mediating role of perceived control. *Communication Studies*, 63(5), 608-625.

Chin, Y. R., Lee, I. S., & Lee, H. Y. (2014). Effects of hypertension, diabetes, and/or cardiovascular disease on health-related quality of life in elderly Korean individuals: a population-based cross-sectional survey. *Asian Nursing Research*, 8(4), 267-273.

Chipperfield, J. G., Campbell, D. W., & Perry, R. P. (2004). Stability in perceived control: Implications for health among very old community-dwelling adults. *Journal of aging and health*, 16(1), 116-147.

Chrysopoulou P. (2015). *Greece One of the Worst Countries for the Elderly – 4 in 10 Greeks Over 60 by 2050*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://greece.greekreporter.com/2015/10/01/greece-one-of-the-worst-countries-for-the-elderly-4-in-10-greeks-over-60-by-2050/> (Ημερομηνία ανάκτησης 27/8/2019)

Chung, H. Y., Kim, H. J., Kim, J. W., & Yu, B. P. (2000). The inflammation hypothesis of aging: molecular modulation by calorie restriction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 928(1), 327-335.

Chung, M. L., Bakas, T., Plue, L. D., & Williams, L. S. (2016). Effects of self-esteem, optimism, and perceived control on depressive symptoms in stroke survivor-spouse dyads. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 31(2), E8.

Γκρέις Ν. (2016). *Ο ορθόδοξος Χριστιανισμός στην Ελλάδα του 21<sup>ου</sup> αιώνα*. Αθήνα: Επίκεντρο

Cohen L., Manion L. & Morrison K., (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*, Αθήνα: Μεταίχμιο

Conde-Sala, J. L., Portellano-Ortiz, C., Calvó-Perxas, L., & Garre-Olmo, J. (2017). Quality of life in people aged 65+ in Europe: associated factors and models of social welfare—analysis of data from the SHARE project (Wave 5). *Quality of Life Research*, 26(4), 1059-1070.

De Luca A., Bonacci, S., & Giraldi, G. (2011). Aging populations: the health and quality of life of the elderly. *La Clinica Terapeutica*, 162(1), e13-8.

EC (2018). *A look at the lives of the elderly in the EU today*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/infographs/elderly/index.html> (Ημερομηνία ανάκτησης 27/8/2019)

Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G. (2003). Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist*, 8(3), 178.

Engevold, M. H., & Heggdal, K. (2016). Patients' experiences with changes in perceived control in chronic illness: A pilot study of the outcomes of a new health promotion program in community health care. *Scandinavian Psychologist*, 3

ΕΓΓΕ (2015). *Δημογραφικά στοιχεία*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.gerontology.gr/2015/07/10/%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AC-%CF%83%CF%84%CE%BF%CE%B9%CF%87%CE%B5%CE%AF%CE%B1/> (Ημερομηνία ανάκτησης 27/8/2019)

ΕΛΣΤΑΤ (2019). *Ελλάς με αριθμούς Απρίλιος – Ιούνιος 2019*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures\\_2019Q2\\_GR.pdf/6dec9800-0b7b-877d-0a5f-6469ccb5504a](http://www.statistics.gr/documents/20181/1515741/GreeceInFigures_2019Q2_GR.pdf/6dec9800-0b7b-877d-0a5f-6469ccb5504a) (Ημερομηνία ανάκτησης 27/8/2019)

Ferreira, L. K., Meireles, J. F. F., & Ferreira, M. E. C. (2018). Evaluation of lifestyle and quality of life in the elderly: a literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(5), 616-627.

Franceschi, C., Bonafè, M., Valensin, S., Olivieri, F., De Luca, M., Ottaviani, E., & De Benedictis, G. (2000). Inflamm-aging: an evolutionary perspective on immunosenescence. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 908(1), 244-254.

Gallup, G. J., & Lindsay, D. M. (1999). *Surveying the religious landscape. Trends in the US. Beliefs*. Harrisburg, PA: Morehouse.

Haas, B. K. (1999). A multidisciplinary concept analysis of quality of life. *Western journal of nursing research*, 21(6), 728-742.

Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological review*, 117(1), 32.

Heo, S., Lennie, T. A., Pressler, S. J., Dunbar, S. B., Chung, M. L., & Moser, D. K. (2015). Factors associated with perceived control and the relationship to quality of life in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(2), 137-144.

Hofmann, W., Luhmann, M., Fisher, R. R., Vohs, K. D., & Baumeister, R. F. (2014). Yes, but are they happy? Effects of trait self-control on affective well-being and life satisfaction. *Journal of personality*, 82(4), 265-277.

Humes, L. E., & Young, L. A. (2016). Sensory-cognitive interactions in older adults. *Ear and hearing*, 37(Suppl 1), 52S.

Infurna, F. J., Gerstorf, D., & Zarit, S. H. (2011). Examining dynamic links between perceived control and health: Longitudinal evidence for differential effects in midlife and old age. *Developmental Psychology*, 47(1), 9.

Jacelon, C. S. (2007). Theoretical perspectives of perceived control in older adults: A selective review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 1-10.

Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the 85 years old and over population. *Frontiers in public health*, 5, 335.

Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Jafarabadi, M. A. (2014). Assessing the quality of life in elderly people and related factors in Tabriz, Iran. *Journal of caring sciences*, 3(4), 257.

Krause, N. (2005). God-Mediated Control and Psychological Well-Being in Late Life. *Research on Aging*, 27(2), 136-164.

Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2002). Perceiving control: A double-edged sword in old age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(6), P484-P491.

Lachman, M. E., & Firth, K. M. (2004). The adaptive value of feeling in control during midlife. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife* (pp. 320–349). Chicago: University of Chicago Press.

Lachman, M. E., Neupert, S. D., & Agrigoroaei, S. (2011). The relevance of control beliefs for health and aging. In *Handbook of the psychology of aging* (pp. 175-190). US: Academic Press.

Lachman, M. E., Rosnick, C. B., Röcke, C., & Bosworth, H. B. (2009). The rise and fall of control beliefs in adulthood: Cognitive and biopsychosocial antecedents and consequences of stability and change over 9 years. In H. Bosworth and C. Hertzog (eds). *Aging and cognition: Research methodologies and empirical advances*, (pp.143-160). Washington D.C.: American Psychological Association

Lang, F. R., Kliegel, M., & Albert, I. (2018). Psychology and Aging: European Perspectives. *European Psychologist*, 23 (2), 267-268

Langer, E. J., & Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of personality and social psychology*, 34(2), 191.

Lawton, M. P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23(4), 349-357.

Layte, R., Sexton, E., & Savva, G. (2013). Quality of life in older age: evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, S299-S305.

Logsdon, M.C., Usui, W.M., Miracle, V.A., (1998). Social support and adjustment in women following coronary artery bypass surgery. *Health Care for Women International* 19(1), 61–70

Maher, E., & Cummins, R. A. (2010). Subjective quality of life, perceived control and dispositional optimism among older people. *Australasian Journal on Ageing*, 20(3), 139-146.



Mallers, M. H., Claver, M., & Lares, L. A. (2013). Perceived control in the lives of older adults: The influence of Langer and Rodin's work on gerontological theory, policy, and practice. *The Gerontologist*, 54(1), 67-74.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2007). Life course trajectories of perceived control and their relationship to education. *American Journal of Sociology*, 112(5), 1339-1382.

Μίσσιου, Α. 2015. *Εισαγωγή στη γενική ιατρική*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ5

Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85(1), 113-126.

Netuveli, G., Wiggins, R. D., Hildon, Z., Montgomery, S. M., & Blane, D. (2006). Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(4), 357-363.

Ng, S. T., Tey, N. P., & Asadullah, M. N. (2017). What matters for life satisfaction among the oldest-old? Evidence from China. *PloSone*, 12(2), e0171799.

Πάσχος Κ., Μαλλιάρου Μ., Μπαμίδης Π. (2016). Η γήρανση του πληθυσμού πρόκληση για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας-Μέθοδοι υποστήριξης της ενεργού γήρανσης. *Επιστημονικά Χρονικά*; 21(1): 11-25

Pew Research, (2015). *Christians*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.pewforum.org/2015/04/02/christians/> (Ημερομηνία ανάκτησης 10/03/2020)

Πολίτης Α. (2011). Ψυχική Υγεία στην Τρίτη ηλικία. Στο Γραμματικοπούλου Ε. (2011). *Ψυχική υγεία. Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί*. Επιστήμης Κοινωνία-Ειδικές Μορφωτικές Εκδηλώσεις, σελ. 71-74, Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών

Pudrovska, T. (2015). Gender and health control beliefs among middle-aged and older adults. *Journal of aging and health*, 27(2), 284-303.

Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., DeTorres, L. & Martinuzzi, A. (2016). Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*, 11(7), e0159293.

Reinhardt, J. P., Boerner, K., & Horowitz, A. (2006). Good to have but not to use: Differential impact of perceived and received support on well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(1), 117-129.

Robinson, S. A., & Lachman, M. E. (2017). Perceived control and aging: A mini-review and directions for future research. *Gerontology*, 63(5), 435-442.

Rodin, J. (2014). Health, control, and aging. In M. Baltes & P. Baltes (eds). *The psychology of control and aging*, (pp.139-165). NY: Psychology Press

Rodin, J., & Timko, C. (1992). Sense of control, aging, and health. In Ory, M. G., Abeles, R. P. E., & Lipman, P. D. E. (eds). *Aging, health, and behavior*. UK: Sage Publications, Inc.

Rondón García, L. M., & Ramírez Navarro, J. M. (2018). The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective. *Journal of aging research*, 2018.

Ross, C. E., & Mirowsky, J. (2002). Age and the gender gap in the sense of personal control. *Social psychology quarterly*, 65(2), 125.

Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237(4811), 143-149.

Ryff, C. D. (1982). Successful aging: A developmental approach. *The Gerontologist*, 22(2), 209-214.

Shupe, D. R. (1985). Perceived control, helplessness, and choice: Their relationship to health and aging. In J. E. Birren & J. Livingston (Eds.), *Cognition, stress, and aging* (pp. 174–197). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Singh, A. P., Shukla, A., & Singh, P. A. (2010). Perceived self efficacy and mental health among elderly. *Delhi Psychiatry Journal*, 13(2), 314-321.

Soósová, M. S. (2016). Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7(3), 484-93.

Steptoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801.

Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72(2), 271-324.

Taylor, S. E. (2009). *Health psychology* (7th ed.). Boston, MA: McGraw-Hill.

Tosato, M., Zamboni, V., Ferrini, A., & Cesari, M. (2007). The aging process and potential interventions to extend life expectancy. *Clinical interventions in aging*, 2(3), 401.

Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. (2015). Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους. [Κεφάλαιο Συγγράμματος]. Στο Τατσιώνη, Α., Καραθάνος, Β., Μίσσιου, Α. 2015. *Εισαγωγή στη γενική ιατρική*. [ηλεκτρ. βιβλ.] Αθήνα: Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών. κεφ 5

Τσοκανάρη Ι. (2017). *Ο ρόλος των ηλικιωμένων στην σύγχρονη πραγματικότητα. Μονάδα Αντιμετώπισης Προβλημάτων Νόσου Alzheimer «Αγία Ελένη»*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα [https://static.livemedia.gr/livemedia/documents/all19449\\_us147\\_20170203111938\\_or\\_olostwnilikiwomenwnstisygxronipragmatikotita.pdf](https://static.livemedia.gr/livemedia/documents/all19449_us147_20170203111938_or_olostwnilikiwomenwnstisygxronipragmatikotita.pdf) (Ημερομηνία ανάκτησης 27/8/2019)

Τσολάκη Μ. & Φ. Κουντή (2010). *Δοκιμασίες και κριτήρια για την εκτίμηση των εγκεφαλικών δυσλειτουργιών*. Θεσσαλονίκη: Γιαχούδη

Walker, A., & Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*. 6 (2), 61-66

Walston, J. D. (2012). Sarcopenia in older adults. *Current opinion in rheumatology*, 24(6), 623.

Wettstein, M., Wahl, H. W., & Heyl, V. (2018). Visual Acuity and Cognition in Older Adults With and Without Hearing Loss: Evidence For Late-Life Sensory Compensation?. *Ear and hearing*, 39(4), 746-755.

WHO (2018). *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/> (Ημερομηνία ανάκτησης 22/12/2019)

WHO (2019). *Ageing and health*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health> (Ημερομηνία ανάκτησης 02/9/2019)

WHO (2019). *WHOQOL: Measuring Quality of Life*. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/> (Ημερομηνία ανάκτησης 22/12/2019)

Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011). Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study. *PLoS One*, 6(4), e18952.

Wirtz, D., Stalls, J., Scollon, C. N., & Wuensch, K. L. (2016). Is the good life characterized by self-control? Perceived regulatory success and judgments of life quality. *The Journal of Positive Psychology*, 11(6), 572-583.

Wolinsky, F. D., Wyrwich, K. W., Babu, A. N., Kroenke, K., & Tierney, W. M. (2003). Age, aging, and the sense of control among older adults: A longitudinal reconsideration. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(4), S212-S220.