

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

**ΣΑΡΛΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ MSc**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΑΘΗΝΑ 2017**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**

**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

**ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ  
ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

**ΣΑΡΛΑ ΕΥΣΤΑΘΙΑ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ MSc**

**ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ**

**ΑΘΗΝΑ 2017**

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΟΥΡΤΖΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)**

**ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΛΑΜΠΡΙΝΟΥ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΞΕΤΑΣΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΣΟΥΡΤΖΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ (ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ)**

**ΑΘΗΝΑ ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΛΑΜΠΡΙΝΟΥ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΡΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΛΕΜΟΝΙΔΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ ΒΕΛΟΝΑΚΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ**

**ΕΛΙΣΣΑΒΕΤ ΠΑΤΗΡΑΚΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**ΣΤΥΛΙΑΝΗ ΤΖΙΑΦΕΡΗ ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

*Στη μνήμη της πολυαγαπημένης μου γιαγιάς,*

*Ελένης Χουλάκη*

«Η έγκριση Διδακτορικής Διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών δεν σημαίνει και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα» (Σχετικές διατάξεις του άρθρου 50 του Νόμου 1268/82, σε συνδυασμό με τις διατάξεις του Πανεπιστημίου Αθηνών, Άρθρο 202 παρ 2 του Νόμου 5343/32).

	<b>Σελίδες</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b>	1
<b>I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	3
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b>	
1.1 Εισαγωγή	4
1.2 Περιγραφή του προβλήματος	7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup></b>	
<b>Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ</b>	
2.1 Εισαγωγή	10
2.2 Η φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα	12
2.2.1 Ανοικτά κέντρα περίθαλψης για τους ηλικιωμένους (ΚΑΠΗ)	12
2.3 Συμπέρασμα	15
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup></b>	
<b>ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>	
3.1 Εισαγωγή	16
3.2 Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου	17
3.3 Αυτοφροντίδα- Ορισμοί	18
3.4 Οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα	20
3.5 Λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα	20
3.6 Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα	22
3.7 Μέτρηση της αυτοφροντίδας	23
3.7.1 Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living)	23
3.7.2 Δείκτης Lawton IADL των Σύνθετων Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale)	24
3.7.3 Barthel Index	25
3.7.4 SPICES	26
3.8 Συμπέρασμα	26
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup></b>	
<b>ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ</b>	

4.1	Εισαγωγή	28
4.2	Αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων, ποιότητα ζωής κι ευεξία	31
4.3	Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής	33
4.4	Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	35
4.4.1	Sickness Impact Profile	36
4.4.2	General Health Questionnaire	36
4.4.3	Nottingham Health Profile	36
4.4.4	EuroQol	37
4.4.5	15-D	38
4.4.6	SF-36 ( Medical Outcomes Trust short form questionnaire)	39
4.4.7	CASP-19	40
4.5	Προβλήματα στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	40
4.6	Συμπέρασμα	42

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>**

### **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ**

5.1	Ορισμός - είδη κοινωνικής στήριξης	43
	Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	
5.2		47
5.3	Εργαλεία μέτρησης της κοινωνικής υποστήριξης	49
5.3.1	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)	49
5.3.2	Duke social support and stress scale	50
5.3.3	Social Support Questionnaire (SSQ)	50
5.3.4	Social Provisions Scale	50
5.3.5	Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS	51
5.3.6	F-SozU K-14	51
5.3.7	ISSI	52
5.4	Συμπέρασμα	52

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>**

### **Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

6.1	Εισαγωγή	54
6.2	Σκοπός	56
6.3	Υλικό και Μέθοδος	56
6.4	Αποτελέσματα	57
6.4.1	Γενική Περιγραφή των Μελετών	57
6.5	Συζήτηση	67
6.6	Αξιολόγηση της Μεθοδολογικής Ποιότητας των Μελετών	69
6.7	Συμπέρασμα	71



## Π.ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 72

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7<sup>ο</sup>

#### ΜΕΘΟΔΟΣ

7.1	Σκοπός	73
7.1.1	Επιμέρους στόχοι	73
7.2	Ερευνητικός σχεδιασμός	73
7.2.1	Δείγμα	74
7.2.2	Μεταβλητές της μελέτης	75
7.2.3	Διαδικασία επιλογής μεθόδου συλλογής δεδομένων	75
7.2.4	Επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου	76
7.2.5	Διαδικασία προσέγγισης των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα ΚΑΠΗ	79
7.2.6	Αποτελέσματα για το Δείκτη Αξιοπιστίας Cronbach's Alpha	80
7.2.7	Πιλοτική Μελέτη-Διαδικασία αξιολόγησης ερευνητικών εργαλείων	80
7.3	Ηθικά Θέματα	81
7.4	Διαχείριση δεδομένων-Στατιστική ανάλυση	81

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8<sup>ο</sup>

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

8.1	Το Δείγμα	83
8.1.1	Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά του δείγματος	83
8.1.2	Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	92
8.1.3	Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη	94
8.1.4	Αυτοφροντίδα σύμφωνα με την κλίμακα Barthel	97
	Συσχέτιση δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος με την κοινωνική υποστήριξη, τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα	
8.2		99
8.2.1	Κλίμακα <b>EQ5D</b>	99
8.2.2	Δείκτης <b>VAS</b>	104
8.2.3	Κλίμακα <b>MSPSS</b>	109
	Συσχέτιση της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Significant Other, με τα με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.	
8.2.3.1		115
	Συσχέτιση της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Family, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.	
8.2.3.2		117
	Συσχέτιση της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Friends, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.	
8.2.3.3		120

8.2.4	Συσχέτιση της κλίμακας Barthel με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος	122
8.3	Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων κοινωνικής υποστήριξης, σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής και λειτουργικότητας.	127
8.4	Πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης	133
8.4.1	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης MSPSS με ανεξάρτητες μεταβλητές (με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες Barthel και EuroQol)	133
8.4.2	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από άλλα σημαντικά πρόσωπα με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol)	134
8.4.3	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol)	136
8.4.4	Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol)	137
8.4.5	Κλίμακα Barthel με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS και EuroQol)	138
8.4.6	Κλίμακα EQ5D με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ-VAS)	139
8.4.7	Κατάσταση υγείας EQ-VAS με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ5D)	140

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9<sup>ο</sup>**

### **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

9.1	Εισαγωγή	142
9.2	Επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στο επίπεδο της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων	144
9.3	Σχέση μεταξύ αυτοφροντίδας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων	147
9.4	Σχέση μεταξύ υποστηρικτικού περιβάλλοντος και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων	148
9.5	Σύγκριση του επιπέδου υγείας σχετιζόμενης με την ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι σε σύγκριση με εκείνους που ζουν με σύντροφο ή την οικογένεια	157
9.6	Περιορισμοί της μελέτης	160

	<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10<sup>ο</sup></b>	
	<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	162
10.2	Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	164
	ΠΕΡΙΛΗΨΗ	166
	ABSTRACT	169
	ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	172
	ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	207
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	210

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Σελίδες

5.1	Χαρακτηριστικά και λειτουργίες των κοινωνικών δικτύων	45
6.1	Ανάλυση των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση	61
8.1	Μέγεθος δείγματος και ποσοστά συμμετοχής ηλικιωμένων σε κάθε δήμο	83
8.2	Περιγραφικά Μέτρα-Ηλικία και Ηλικία Συνταξιοδότησης	84
8.3	Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης (n=451)	84
8.4	Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης (n=451)	85
8.5	Κοινωνικο-οικογενειακά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης (n=451)	87
8.6	Κατανομή συχνοτήτων (αριθμός ερωτώμενων (N) και ποσοστό (%) ερωτήσεων που αναφέρονται στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των συμμετεχόντων στην έρευνα	88
8.7	Κατανομή συχνοτήτων αριθμός ερωτώμενων (N) και ποσοστό (%) ερωτήσεων που σχετικά με το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα I	90
8.8	Κατανομή συχνοτήτων (αριθμός ερωτώμενων (N) και ποσοστό (%) ερωτήσεων που σχετικά με το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα II	92
8.9	Κατανομή συχνοτήτων (%) των 6 3-βαθμιων των ερωτήσεων της κλίμακας EQ-5D (αριθμός συμμετεχόντων N=451)	93
8.10	Περιγραφική στατιστική της κλίμακας VAS (εύρος 0-100) για την παρούσα κατάσταση υγείας	94
8.11	Κατανομή συχνοτήτων (%) των 12 επταβάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας MSPSS (αριθμός συμμετεχόντων N=451)	95

8.12	Περιγραφική στατιστική της κλίμακας για την κοινωνική υποστήριξη MSPSS (εύρος 7-84) και των 3 υποκλιμάκων για την υποστήριξη από σημαντικά άλλα πρόσωπα (SO), την οικογένεια (FAM) και τους φίλους (FRI) (εύρος 4-28)	97
8.13	Κατανομή συχνοτήτων (%) των 10 ερωτήσεων της κλίμακας αυτοφροντίδας Barthel (αριθμός συμμετεχόντων N=451)	98
8.14	Περιγραφική στατιστική της κλίμακας αυτοφροντίδας Barthel (εύρος 0-100)	98
8.15	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης του δείκτη EQ5D με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά	100
8.16	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης του δείκτη EQ5D VAS με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά	106
8.17	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά.	111
8.18	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Significant Others, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά	115
8.19	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Family, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά	118

8.20	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Friends, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος	120
8.21	Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας BARTHEL με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος	123
8.22	Συσχετίσεις (Pearson's r) μεταξύ των κλιμάκων MSPSS, Barthel και EuroQol (n=451)	127
8.23	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης MSPSS με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης	134
8.24	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικά πρόσωπα (SO) με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.	135
8.25	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης	137
8.26	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης	138

8.27	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα Barthel με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις και τις κλίμακες MSPSS και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης	139
8.28	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την δείκτη υγείας EQ5D με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ VAS) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης	140
8.29	Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κατάσταση υγείας EQ VAS με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ5D) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης	141

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σελίδες

6.1	Διάγραμμα ροής των μελετών που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.	59
8.1	Προβλήματα υγείας όπως αναφέρθηκαν από τους ηλικιωμένους στην 5 ερωτήσεων κλίμακα EQ5D.	93
8.2	Κατανομή συχνοτήτων (%) των 12 επταβάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας MSPSS (αριθμός συμμετεχόντων N=451).	96
8.3	Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης και EQ5D ( $r=0,33$ ).	128
8.4	Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης και Barthel Index ( $r=0,31$ ).	128
8.5	Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια και EQ5D ( $r=0,22$ ).	129
8.6	Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους και EQ5D ( $r=0,25$ ).	129
8.7	Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους και EQ5D ( $r=0,31$ ).	130
8.8	Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης και κατάστασης υγείας VAS ( $r=0,41$ ).	130
8.9	Συσχέτιση αυτοφροντίδας (Κλίμακα Barthel) και EQ5D ( $r=0,50$ ).	131
8.10	Συσχέτιση κατάστασης υγείας VAS και EQ5D ( $r=0,50$ ).	131
8.11	Συσχέτιση κατάστασης υγείας VAS και αυτοφροντίδας (Κλίμακα Barthel) ( $r=0,46$ ).	132



## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι τρέχουσες δημογραφικές τάσεις δείχνουν ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σημαντικά και θα συνεχίσει να αυξάνεται με ραγδαίους ρυθμούς και τα επόμενα χρόνια. Ιδιαίτερα δε, ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι αυξάνεται συνεχώς ενώ στη χώρα μας το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι από τα μεγαλύτερα μεταξύ των αναπτυγμένων κοινωνιών, ενώ και ο αριθμός των μοναχικών ηλικιωμένων αυξάνεται εξαιτίας των μεταβολών που παρατηρούνται στη δομή της οικογένειας, αλλά και στην αστικοποίηση, τις τελευταίες δεκαετίες.

Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες που παρουσιάζουν τη συναισθηματική κατάσταση, την ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων. Παρ' όλα αυτά θέματα ρύθμισης της διαβίωσης που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς στη χώρα μας. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι ίσως έχουν μεγαλύτερες ανάγκες φροντίδας προκαλώντας έτσι τη δημιουργία περισσότερων και καταλληλότερων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

Η παρακολούθηση αυτών των αλλαγών με βοήθησε να συνειδητοποιήσω ότι ενδιαφέρομαι ιδιαίτερα για τον πληθυσμό αυτό. Κατά τη διάρκεια των σπουδών μου αντιλήφθηκα ότι το ενδιαφέρον μου επικεντρώνεται στους ηλικιωμένους, η επαφή μαζί τους ήταν άκρως καθοριστική και γέννησε ερεθίσματα που με έκαναν να σκεφτώ πως θα μπορούσα να μελετήσω όχι μόνο την ιδιαίτερη παροχή φροντίδας αλλά και τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ατόμων σε μεγαλύτερη ηλικία και το δίκτυο της κοινωνικής υποστήριξης που διαθέτουν.

Οφείλω εδώ να τονίσω ότι η διατριβή αυτή εκπονήθηκε με την αμέριστη συμβολή, ανοχή και συμπαράσταση της κας Σουρτζή Παναγιώτας, επιβλέπουσας της εργασίας μου και αισθάνομαι ιδιαίτερη χαρά και τύχη που η επιλογή μου να ασχοληθώ με τον πληθυσμό των ηλικιωμένων μου έδωσε την ευκαιρία να τη γνωρίσω καλύτερα από τις μεταπτυχιακές μου σπουδές και να συνεργαστώ μαζί της. Την ευχαριστώ θερμά για την ψυχολογική στήριξη και την επιστημονική καθοδήγηση κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Επιπρόσθετα, καθοριστική θεωρώ ότι ήταν και η συμβολή της κας Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Αθηνάς καθώς η παρουσία της και η επαφή μου μαζί της αποτέλεσαν τις αιτίες που με έκαναν να αποφασίσω να κατευθυνθώ στον τομέα της Κοινωνικής Νοσηλευτικής ύστερα από την ολοκλήρωση

των προπτυχιακών μου σπουδών. Τέλος, ιδιαίτερη είναι η συμβολή της κας Λαμπρινού Αικατερίνης που με τις πολύτιμες συμβουλές της με βοήθησε να ξεπεράσω τα εμπόδια που προέκυπταν στη διαδικασία της παρούσας μελέτης.

Φυσικά δε θα έπρεπε να ξεχάσω σε αυτό το σημείο και όλους αυτούς, που τα τελευταία χρόνια στάθηκαν συμπαραστάτες στην εκπόνηση αυτής της διατριβής με πρώτους φυσικά τους γονείς μου, για τη συμπαράστασή τους. Χωρίς αυτούς, τα όνειρα και οι φιλοδοξίες μου δύσκολα θα είχαν υλοποιηθεί. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους τους στενούς φίλους χωρίς τους οποίους η ζωή μου θα ήταν πολύ διαφορετική. Πέρα από αυτούς θα ήθελα να ευχαριστήσω και τον Γκοντόπουλο Κωνσταντίνο για την ανεκτίμητη συμπαράστασή του σε στιγμές που ήμουν έτοιμη να σταματήσω.

Τέλος ευχαριστώ το Θεό που μου έδωσε δύναμη να ολοκληρώσω τις σπουδές μου και να φτάσω ως εδώ.

Αθήνα 2017

Σαρλά Ευσταθία

## **I. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### 1.1 Εισαγωγή

Ο ΠΟΥ στην ιδρυτική του διακήρυξη το 1946 όρισε την υγεία ως "τη φυσική, πνευματική και κοινωνική ευεξία κι όχι απλά ως την απουσία νόσου ή αναπηρίας". Εξ αυτού προκύπτει ότι ο προσδιορισμός του επιπέδου υγείας και των επακόλουθων συνεπειών αυτού οδηγεί σε υποθέσεις σχετικά με την ευεξία του ατόμου. Κατά συνέπεια, μπορούμε να αξιολογήσουμε το επίπεδο υγείας μετρώντας τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με τη φροντίδα υγείας.

Το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού σήμερα αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα των αναπτυγμένων κοινωνιών. Η πρόοδος της επιστήμης, η βελτίωση της υγείας, της υγιεινής του περιβάλλοντος και της διατροφής είχαν ως αποτέλεσμα την πρόσθεση 20 χρόνων στη μέση αναμενόμενη διάρκεια ζωής σε παγκόσμια κλίμακα τα τελευταία πενήντα χρόνια. Τα στοιχεία σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), επιβεβαιώνουν την επικρατούσα άποψη ότι η Ευρώπη είναι μια γερασμένη ήπειρος. Η γήρανση του πληθυσμού ξεκίνησε από αρκετές δεκαετίες στην Ευρώπη κι είναι σήμερα ορατή στη δομή του πληθυσμού (Eurostat 2012). Το ποσοστό των ατόμων άνω των 65 ετών από 17,4% το 2010 αναμένεται να εκτιναχθεί στο 29,5% το 2060. Παράλληλα, τα άτομα πάνω από 80 ετών προβλέπεται να τριπλασιαστούν ως το 2060 (Eurostat 2012). Οι δημογραφικές προβολές της Eurostat δείχνουν ότι μέχρι το 2060 στην ΕΕ σε κάθε ηλικιωμένο άνω των 65 ετών θα αντιστοιχούν λιγότερα από δύο άτομα σε ηλικία εργασίας (15 έως 64 ετών), σε σύγκριση με την αντίστοιχη σημερινή αναλογία που είναι ένα προς τέσσερα. Οι πιο ραγδαίες αλλαγές ως προς τον πληθυσμό που βρίσκεται σε ηλικία εργασίας αναμένεται να συμβούν –έως και το 2035, όταν ένα μεγάλο μέρος του πληθυσμού της γενιάς που γεννήθηκε μεταπολεμικά και τη δεκαετία του 1960 θα συνταξιοδοτηθούν.

Οι προβολές πληθυσμού προβλέπουν μικρή μεταβολή στον συνολικό αριθμό των κατοίκων στην Ευρώπη μεταξύ 2010 και 2060. Ωστόσο, η δομή του πληθυσμού αναμένεται να αλλάξει σημαντικά ηλικιακά καθώς οι ηλικιωμένοι θα είναι πολύ περισσότεροι. Πράγματι, οι αλλαγές που προβλέπονται είναι άνευ προηγουμένου, καθώς δεν υπάρχουν ιστορικά παραδείγματα ηλικιακής κατανομής πληθυσμού που να

διαμορφώνεται σαν αντίστροφη πυραμίδα, με τους ηλικιωμένους περισσότερους από τα παιδιά. Η μετανάστευση από αναπτυσσόμενες χώρες που παρατηρείται έντονη τα τελευταία χρόνια θα εξακολουθήσει να αμβλύνει τη διαδικασία γήρανσης της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ωστόσο, καθώς οι μετανάστες είναι μεγαλύτερης ηλικίας από τα νεογέννητα παιδιά, η άμβλυνση αυτή θα είναι πολύ μικρότερη από εκείνη που θα επιτυγχανόταν με αύξηση των γεννήσεων (Giannakouris 2008).

Σύμφωνα με τα Ηνωμένα Έθνη, ο παγκόσμιος το 2011 οι «μεγάλοι» ηλικιωμένοι ή αλλιώς “oldest old” ήταν 109 εκατομμύρια που αναλογούσε στο 1,6% του παγκόσμιου πληθυσμού. Ως το 2050, αυτό το τμήμα του πληθυσμού προβλέπεται να φτάσει στα 402 εκατομμύρια ή 4,3% του παγκόσμιου πληθυσμού και ως το 2100 στα 792 εκατομμύρια ή 7,8% του παγκόσμιου πληθυσμού. Η ηλικιακή ομάδα των oldest old είναι η ταχύτερα αναπτυσσόμενη στον κόσμο (United Nations 2011).

Οι προβολές πληθυσμού για την Ελλάδα καταρτίστηκαν με βάση τον εκτιμώμενο πληθυσμό της 1<sup>ης</sup> Ιανουαρίου 2007 σε 3 σενάρια (χαμηλό, υψηλό, ενδιάμεσο) για κάθε μία από τις δημογραφικές συνιστώσες (γονιμότητα, θνησιμότητα, μετανάστευση). Σε ό,τι αφορά στη γονιμότητα, για το χαμηλό και το υψηλό σενάριο δόθηκαν κατά περίπτωση τελικές τιμές για το 2050 και, στη συνέχεια υπολογίστηκαν οι ενδιάμεσες τιμές ως ο μέσος όρος των άλλων δύο, ενώ για τη θνησιμότητα προβλέπεται αύξηση του προσδόκιμου ζωής, μεγάλη για το υψηλό και μικρή για το χαμηλό σενάριο. Η κατανομή της καθαρής ετήσιας μεταναστευτικής ροής έγινε με βάση τα αποτελέσματα της Απογραφής πληθυσμού 2001 και τα διοικητικά στοιχεία του Υπουργείου Εσωτερικών. Οι τιμές για το ενδιάμεσο (κύριο) σενάριο, σε όλες τις περιπτώσεις, είναι ο μέσος όρος των άλλων δύο. Η δομή του πληθυσμού στο ενδιάμεσο σενάριο, αναμένεται να είναι διαφορετική με κύριο χαρακτηριστικό την υψηλή γήρανση. Το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών στην Ελλάδα το 2016, όπως το παρουσίασε η Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδας σύμφωνα με το ενδιάμεσο σενάριο ήταν 20,1 % ενώ αξίζει να αναφερθεί και το ποσοστό των ατόμων που βρίσκονται πάνω από 70 έτη που ανέρχεται σε 10,3 %. Το έτος 2050 το ποσοστό των ηλικιωμένων (65+) αναμένεται να αυξηθεί σε 32,1 % με το αντίστοιχο ποσοστό εκείνων που είναι πάνω από 75 έτη να ανέρχεται αντίστοιχα στο 17,8%. Σύμφωνα με τις ίδιες προβλέψεις μετά το έτος 2010 δεν θα γίνεται αντικατάσταση του πληθυσμού (ΕΛΣΤΑΤ 2007α και ΕΛΣΤΑΤ 2007β).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρεται σε όλες τις διαστάσεις της πρώτης, καθώς επηρεάζεται από τις εμπειρίες ενός ατόμου, τις

πεποιθήσεις του, τις αντιλήψεις και τις προσδοκίες του (Testa & Simonson 1996). Η καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που συνεισφέρουν στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη και την εφαρμογή στρατηγικών για την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων.

Τα τελευταία χρόνια γίνονται προσπάθειες να προλαμβάνονται οι ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση και να διευκολύνονται γενικότερα συμπεριφορές που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας. Η προαγωγή της υγείας αντιπροσωπεύει μια θεωρητική οπτική και διερευνά τους παράγοντες και τις σχέσεις που συνεισφέρουν σε συμπεριφορές προαγωγής της υγείας και επιπλέον στην ενδυνάμωση της υγείας ως έννοιας και της ποιότητας ζωής (Resnick 2003, Kim et al. 2006).

Το μοντέλο προαγωγής της υγείας που αναπτύχθηκε στις αρχές της δεκαετίας του 1980 από τη Nola Pender (Pender 2011) ορίζει ως συμπεριφορά προαγωγής της υγείας ένα πολυδιάστατο σύνολο από αυτόβουλες πράξεις και αντιλήψεις που διατηρούν ή βελτιώνουν το επίπεδο ευεξίας, αυτοπραγμάτωσης και ολοκλήρωσης του ατόμου. Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο κάθε άτομο έχει μοναδικά προσωπικά χαρακτηριστικά κι εμπειρίες. Με βάση το μοντέλο της Pender δίνεται ιδιαίτερη σημασία στη σχετιζόμενη συμπεριφορά του ατόμου και τη συχνότητα παρόμοιων συμπεριφορών στο παρελθόν σχετικά με την προαγωγή της υγείας. Οι συμπεριφορές προαγωγής της υγείας θα πρέπει να καταλήγουν σε βελτίωση της υγείας, της λειτουργικής ικανότητας και της ποιότητας ζωής. Το μοντέλο αυτό αποτελεί το θεωρητικό πλαίσιο της συγκεκριμένης μελέτης.

Το μοντέλο προαγωγής της υγείας περιλαμβάνει τρεις ομάδες χαρακτηριστικών (Pender 2011):

α. τα χαρακτηριστικά του ατόμου, όπως η ηλικία, το φύλο ή ακόμα τα σωματικά χαρακτηριστικά όπως η ισορροπία, η δύναμη ή η ευκινησία, αλλά και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως το άγχος και η ανησυχία.

β. ειδικές γνωστικές και συμπεριφορικές λειτουργίες και επιρροές, όπως η αυτοεκτίμηση, το προσωπικό κίνητρο και το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται το επίπεδο υγείας του και την υγεία γενικότερα, οικογένεια και διαπροσωπικές σχέσεις.

γ. απορρέουσες συμπεριφορές, όπως η υιοθέτηση των νέων συνηθειών για το άτομο ή η δέσμευση σε ένα πλάνο δράσης.

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκαν τρεις κύριες μεταβλητές προς μελέτη, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων από τον τομέα

των ατομικών χαρακτηριστικών, το υποστηρικτικό περιβάλλον ως διαπροσωπική επιρροή και η ποιότητα ζωής ως το συμπεριφορικό αποτέλεσμα.

Οι Kawamoto et al. (2005) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της μοναχικής διαβίωσης και της ποιότητας ζωής και καθόρισαν τα χαρακτηριστικά που την επηρεάζουν και είναι το επίπεδο της σωματικής υγείας, το επίπεδο της πνευματικής υγείας, η κοινωνική υποστήριξη και οι ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους στην κοινότητα στην Ιαπωνία. Η οικογένεια είναι μία σημαντική πηγή υποστήριξης για τους ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι που απολαμβάνουν οικογενειακή υποστήριξη βρέθηκαν με καλή αυτοαντίληψη της υγείας τους και χαμηλότερο επιπολασμό ανησυχίας (Kotkamp-Mothes et al. 2005, Leung et al. 2007).

Η οικογένεια ως υποστηρικτικό περιβάλλον χρησιμοποιείται για να καταδείξει τη σημαντικότητα της ύπαρξης στενών δεσμών μεταξύ της οικογένειας και των μελών της (Fänge & Ivanoff 2009). Οι ηλικιωμένοι που απολαμβάνουν οικογενειακή υποστήριξη έχει αναφερθεί ότι αντιλαμβάνονται καλύτερα οι ίδιοι την κατάσταση της υγείας τους και παρουσιάζουν μειωμένο στρες (Kotkamp-Mothes et al. 2005, Leung et al. 2007). Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες ο υποστηρικτικός ρόλος της οικογένειας στους ηλικιωμένους ενισχύει την αυτονομία, την καλύτερη ποιότητα ζωής και τη δραστηριοποίηση τους (Pietilä & Tervo 1998, Song 2001, Kim 2007).

## **1.2 Περιγραφή του προβλήματος**

Στην Ελλάδα υπάρχουν ακόμη στενοί οικογενειακοί δεσμοί και σεβασμός προς τους ηλικιωμένους. Γι' αυτό το λόγο, το μεγαλύτερο μέρος της βοήθειας και φροντίδας οι ηλικιωμένοι το λαμβάνουν από τα παιδιά τους, είτε ζώντας μαζί με αυτά στο ίδιο σπίτι, είτε λαμβάνοντας βοήθεια από αυτά όποτε τη χρειάζονται, εάν μένουν μόνοι τους.

Η οικογένεια ως δομή αλλάζει συνεχώς τον τελευταίο αιώνα. Τέτοιες αλλαγές επηρεάζουν άμεσα και έμμεσα τη φροντίδα που η οικογένεια παρέχει στα μέλη της, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για τους ηλικιωμένους. Η μεγαλύτερη ισορροπία στη λειτουργία της οικογένειας οδηγεί σε καλύτερη ποιότητα φροντίδας. Ως πάροχος φροντίδας η οικογένεια αντιμετωπίζει και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και με βάση κοινωνικοπολιτικές αξίες, οπότε δίνεται έμφαση στον τρόπο παροχής της φροντίδας. Γενικότερα, η φροντίδα εντάσσεται σε ένα πλαίσιο καθώς το κοινωνικό δίκτυο των

ηλικιωμένων μαζί με την οικογένεια επηρεάζει την παρεχόμενη φροντίδα (Sá et al. 2016).

Η οικογένεια παρέχει διαφορετικές μορφές φροντίδας και υποστήριξης ώστε να προάγει την ευεξία της. Οι ηλικιωμένοι επιλέγουν κοινωνικά δίκτυα που αποτελούνται από μέλη της οικογένειας και τους παρέχουν ουσιαστική αλληλεπίδραση και βοήθεια (Frahm 2009). Τέτοιου είδους κοινωνική υποστήριξη μετριάζει το άγχος και μειώνει τη μοναξιά, ενώ παράλληλα βελτιώνει και την ποιότητα ζωής (Chalise 2010).

Εντούτοις, οι δημογραφικές αλλαγές έχουν επιφέρει αλλαγές στα διαθέσιμα μέλη που εμπλέκονται στη φροντίδα κυρίως γιατί και τα παιδιά των ηλικιωμένων γερνούν πλέον και αυτά ενώ σε συνδυασμό με τη μακροζωία οι φροντιστές πλέον φροντίζουν και τα παιδιά τους και τους ηλικιωμένους γονείς τους. Επιπρόσθετα, στην παρούσα συγκυρία, οι οικογενειακοί δεσμοί είναι περισσότερο σύνθετοι με τις οικογένειες λόγω κοινωνικών ή οικονομικών αναγκών. Επιπλέον, το γυναικείο φύλο που κάποτε αποτελούσε κατεξοχήν τους φροντιστές πλέον στην πλειοψηφία του απασχολείται επαγγελματικά ενώ συνολικά ο αριθμός των εξαρτημένων ατόμων μέσα σε αυτό το πλαίσιο αυξάνεται (Roberto & Jarrott, 2008).

Με βάση τις θεωρίες κοινωνικής συμπεριφοράς και τον αντίκτυπό της εφαρμογής τους στην υγεία των ηλικιωμένων η συμβίωση με τους ηλικιωμένους θα μπορούσε να θεωρηθεί καλύτερη για την ευεξία των ηλικιωμένων, από το να ζουν μόνοι, καθώς έχουν περισσότερες πιθανότητες κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και υγιούς τρόπου ζωής. Στις δυτικές κοινωνίες διάφορες μελέτες έχουν επιβεβαιώσει ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν με άλλους από το να ζουν μόνοι τους έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και μικρότερο κίνδυνο θανάτου (Lund et al. 2002, Kharicha et al. 2007).

Ο αριθμός των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι αυξάνεται συνεχώς στις σύγχρονες κοινωνίες (Juvani et al. 2005). Εξαιτίας αυτής της εξέλιξης υπάρχουν αρκετοί ερευνητές που ερευνούν το φαινόμενο και υποστηρίζουν ότι η μοναχική διαβίωση προσφέρει ένα πλεονέκτημα και ότι οι ηλικιωμένοι που αναλαμβάνουν τη φροντίδα του εαυτού τους έχουν μεγαλύτερη ανεξαρτησία (Yin et al. 2007). Η μοναχική διαβίωση έχει βρεθεί ότι προστατεύει από την έκπτωση της αυτοαναφερόμενης υγείας και της λειτουργικότητας. Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι με κακή υγεία είναι περισσότερο πιθανό να ζουν μαζί με τα παιδιά και να εξαρτώνται από αυτά για τη φροντίδα τους (Michael et al. 2001, Hughes & Waite 2002).



Στην Ελλάδα το ποσοστό των ηλικιωμένων είναι από τα μεγαλύτερα μεταξύ των αναπτυγμένων κοινωνιών, ενώ και ο αριθμός των μοναχικών ηλικιωμένων αυξάνεται εξαιτίας των μεταβολών που παρατηρούνται στη δομή της οικογένειας, αλλά και στην αστικοποίηση, τις τελευταίες δεκαετίες. Οι ηλικιωμένοι οι οποίοι ζουν στο σπίτι τους με τους συζύγους αποτελούν μια καλύτερη προοπτική για την ψυχολογική τους κατάσταση σε σχέση με αυτούς που έχουν χηρέψει. Όσο υπάρχει το ζευγάρι ακόμα και αν και τα δυο άτομα βασανίζονται από σκέψεις που αναφέραμε παραπάνω, υπάρχει η έννοια της συντροφικότητας και η σιγουριά ότι υπάρχει ένας άνθρωπος δικός τους να τους ακούσει και να τους καταλάβει καλύτερα από οποιονδήποτε άλλο γιατί ο ένας βιώνει τα ίδια προβλήματα με τον άλλον (Βάρβογλη 2006).

Μέχρι σήμερα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές μελέτες διεθνώς που παρουσιάζουν τη συναισθηματική κατάσταση, την ποιότητα ζωής και το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων (Kawamoto et al. 2005, Lin et al. 2008, Kang et al. 2008). Η φροντίδα του ηλικιωμένου εμπεριέχει την ανάγκη ανάπτυξης καλύτερης συνεργασίας με τους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους καθώς και σύγχρονων μεθόδων για την αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα. Το 2013 ολοκληρώθηκε μία πιλοτική μελέτη στάθμισης της Κλίμακας αξιολογήσεως της συνεργασίας της οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (Family Collaboration Scale- FSC36) στην Ελλάδα που αναφέρεται στη σημασία της σημαντικής συμβολής των συγγενών στην ποιότητα της φροντίδας και αναδεικνύει το ρόλο τους ως συνεργάτες στη φροντίδα με κοινό στόχο το όφελος του ασθενή, αποτελώντας πρόκληση και για τους επαγγελματίες υγείας (Τζιαφέρη και συν. 2013). Παρ' όλα αυτά θέματα ρύθμισης της διαβίωσης που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς, ενώ δεν έχουν μελετηθεί σχεδόν καθόλου στη χώρα μας. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι ίσως έχουν μεγαλύτερες ανάγκες φροντίδας προκαλώντας έτσι τη δημιουργία περισσότερων και καταλληλότερων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### Η ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΠΑΡΟΧΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

#### 2.1 Εισαγωγή

Με την πάροδο της ηλικίας, τα ηλικιωμένα άτομα σταδιακά νιώθουν την ανάγκη για βοήθεια στη φροντίδα τους ακόμα και για τις καθημερινές τους δραστηριότητες στο σπίτι, όπως κατά το ντύσιμο, τη διατροφή και τη χρησιμοποίηση της τουαλέτας και του μπάνιου. Συνήθως, τις ανάγκες αυτές καλύπτουν τα μέλη της οικογένειας, στην περίπτωση που οι ηλικιωμένοι ζουν με τις οικογένειές τους. Όταν πάλι τα ηλικιωμένα ζευγάρια ζουν μόνα τους, το άτομο που βρίσκεται σε καλύτερη φυσική κατάσταση βοηθάει το σύντροφό του. Σε κάθε κοινωνία υπάρχει είτε ένας ηλικιωμένος είτε ένα ζευγάρι ηλικιωμένων που βρίσκονται σε τέτοια φυσική κατάσταση, ώστε να χρειάζονται βοήθεια προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές τους ανάγκες μέσα και έξω από το σπίτι.

Οι ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων είναι παρόμοιες με αυτές των ατόμων μέσης ηλικίας. Τα φυσιολογικά, λειτουργικά, πνευματικά και συναισθηματικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων είναι σαφώς διαφορετικά από εκείνα των νέων ή ακόμη και των ατόμων μέσης ηλικίας. Οι μηχανισμοί νοσηρότητας και θνησιμότητας είναι επίσης διαφορετικοί (Καλοκαιρινού & Σουρτζή 2005). Η γήρανση είναι μια μη παθολογική βιολογική διεργασία. Ωστόσο, η διεργασία αυτή δημιουργεί κάποιες αλλαγές στον ανθρώπινο οργανισμό, οι οποίες μπορούν να περιορίσουν τον τρόπο ζωής που το άτομο ακολουθούσε κατά το παρελθόν (Eliopoulos 2013).

Οι περισσότερες παθήσεις των ηλικιωμένων είναι από τη φύση τους χρόνιες (Birchfield 1996, Eliopoulos 2013), π.χ. αρθρίτιδα, διανοητικές διαταραχές, απώλεια ή διαταραχή της όρασης και ακοής, ακράτεια ούρων. Τα άτομα αυτά πρέπει να ενημερωθούν για το γεγονός ότι οφείλουν να μάθουν να ζουν με πολλές απ' αυτές τις καταστάσεις. Ωστόσο, αν οι συγκεκριμένες διαταραχές διαγνωστούν έγκαιρα, τότε είναι δυνατό να αποφευχθούν σοβαρές καταστάσεις, μέσω της κατάλληλης χρήσης βοηθημάτων που μπορούν να προλάβουν τη δυσλειτουργία και την ανικανότητα.

Είναι επίσης συνηθισμένο οι ηλικιωμένοι να παρουσιάζουν ταυτόχρονα πολλές διαταραχές και συννοσηρότητες, με αποτέλεσμα η πληθώρα των σημείων και συμπτωμάτων να προκαλεί διαγνωστική σύγχυση. Σε ένα ηλικιωμένο άτομο, η έναρξη μιας νόσου είναι συχνά βαθμιαία, αλλά η ανάρρωση είναι παρατεταμένη και

ελλιπής. Πολύ συχνά η έναρξη μιας νόσου δεν γίνεται αντιληπτή, καθώς οι ήπιες κλινικές διαταραχές εκλαμβάνονται ως μέρος της διαδικασίας γήρανσης. Μη διαγνωσμένες και μη καταγραμμένες νόσοι είναι πολύ συχνές μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων. Ακόμα, σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά δεν έχουν κάποιον να τους φροντίζει και έτσι η έναρξη της διαταραχής δεν αναφέρεται καν. Στη συγκεκριμένη περίπτωση, όταν τελικά υποπέσουν στην αντίληψη των φροντιστών τους αλλά και των νοσηλευτών ή γιατρών, οι διαταραχές είναι ήδη προχωρημένες (Eliopoulos 2013).

Ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα στους ηλικιωμένους είναι η πολυφαρμακία. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι καταναλώνουν διάφορα φάρμακα στο πλαίσιο της αντιμετώπισης ποικίλων χρόνιων παθήσεων. Εξαιτίας της διαταραγμένης όρασης και των διαταραχών μνήμης, είναι πολύ συχνές τόσο η υπερδοσολογία όσο και η μειωμένη δοσολογία των λαμβανόμενων φαρμάκων. Οι κίνδυνοι που προκύπτουν απ' αυτό το φαινόμενο πρέπει να τονίζονται συνεχώς στους ηλικιωμένους και στα άτομα που τους φροντίζουν. Επιπλέον, πολλά φάρμακα είναι δυνατό να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, με σημαντικές επιπτώσεις στη υγεία των ηλικιωμένων (Sergi et al. 2011).

Η απομόνωση και η μοναξιά αποτελούν συχνές αιτίες κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν με τις οικογένειές τους και βρίσκονται κοντά στα παιδιά δεν υποφέρουν από κατάθλιψη. Στα ιδρύματα και τους οίκους ευγηρίας, που είναι καλά οργανωμένα, γίνονται συνεχείς προσπάθειες προκειμένου οι ηλικιωμένοι να έρχονται σε επαφή με άλλους και να αισθάνονται επιθυμητοί (Μαντζώρου 2004, Shankar et al. 2011).

Η κατάλληλα οργανωμένη κοινωνική φροντίδα για τα άτομα τρίτης ηλικίας μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση τους σε καλή φυσική και πνευματική κατάσταση. Σημαντική βοήθεια στην ένταξη στην κοινωνία μπορεί να αποτελέσει η εθελοντική προσφορά των ηλικιωμένων που βρίσκονται σε καλή φυσική κατάσταση σε κοινωνικό έργο (π.χ. παιδικούς σταθμούς, νηπιαγωγεία και δημοτικά σχολεία).

Είναι σημαντικό να γίνει κατανοητό ότι, παρόλο που οι ηλικιωμένοι έχουν ειδικές ανάγκες αναφορικά με την υγεία τους, η υγεία τους δεν πρέπει και δεν μπορεί να αντιμετωπίζεται στο πλαίσιο ενός απόλυτα ξεχωριστού προγράμματος. Αντίθετα, πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του εθνικού συστήματος υγείας και πρόνοιας,

το οποίο είναι υπεύθυνο για την προστασία και την προαγωγή υγείας στο γενικό πληθυσμό (Καλοκαιρινού & Σουρτζή 2005).

## **2.2 Η φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα**

Στην Ελλάδα υπάρχουν ακόμη στενοί οικογενειακοί δεσμοί και σεβασμός προς τους ηλικιωμένους. Γι' αυτό το λόγο, το μεγαλύτερο μέρος της βοήθειας και φροντίδας οι ηλικιωμένοι το λαμβάνουν από τα παιδιά τους, είτε ζώντας μαζί με αυτά στο ίδιο σπίτι, είτε λαμβάνοντας βοήθεια από αυτά όποτε τη χρειάζονται, εάν μένουν μόνοι τους.

Η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης δεν έχει αξία αν δεν παρέχονται οι προϋποθέσεις για καλή ποιότητα ζωής στα άτομα μεγάλης ηλικίας. Οι υπηρεσίες υγείας και οι κοινωνικές υπηρεσίες στην πλειονότητά τους, απευθύνονται σε όλον τον πληθυσμό και όχι ειδικά στους ηλικιωμένους. Εξάιρεση αποτελούν τα Κέντρα Ανοικτής Περίθαλψης/Προστασίας για τους Ηλικιωμένους (ΚΑΠΗ), αλλά και υπηρεσίες που παρέχονται μέσω αυτών ή συμπληρωματικά όπως το Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας. Επίσης, υπάρχουν υπηρεσίες κλειστής φροντίδας που παρέχονται είτε από φιλανθρωπικούς μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς όπως σωματεία ή η εκκλησία. Οι περισσότερες όμως δομές για τη μακροχρόνια φροντίδα των ηλικιωμένων οργανώνονται από ιδιωτικούς φορείς -οίκοι ευγηρίας-, οι οποίοι ελέγχονται από το κράτος ως προς τη λειτουργία τους.

### **2.2.1 Ανοικτά κέντρα περίθαλψης για τους ηλικιωμένους (ΚΑΠΗ)**

Σήμερα η κυρίαρχη αντίληψη όσον αφορά στην κοινωνική φροντίδα για τον ηλικιωμένο είναι η «παραμονή στο σπίτι». Η νέα αντίληψη τον θέλει στο ανοιχτό περιβάλλον, μέσα στη γειτονιά, στην κοινότητα, στο σπίτι, που μπορεί να είναι των παιδιών του, των συγγενών του, ή το δικό του. Ο οίκος ευγηρίας και γενικά το ίδρυμα εκπροσωπεί μια ιδεολογία πατερναλιστικής προστασίας, εξάρτησης, διαχωρισμού των ηλικιών, ενώ με το θεσμό «παραμονή στο σπίτι» εκφράζονται οι σύγχρονες ιδέες: κοινωνικοποίηση, δραστηριότητα, αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών, ελευθερία, αξιοπρέπεια που καθιστούν το άτομο μέλος ενταγμένο στην κοινότητα, ενεργό, αυτόνομο, ισότιμο, βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του και μειώνοντας παράλληλα το κόστος της φροντίδας (Gerson & Berg 2004).

Η δημιουργία ενός κατάλληλου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ο ηλικιωμένος, θα αισθάνεται τον εαυτό του ζωντανό κύτταρο ενός δραστηριοποιημένου ανθρωπίνου συνόλου, αποτελεί στοιχείο εκσυγχρονισμού. Τα ΚΑΠΗ από τη δημιουργία τους πριν τέσσερις σχεδόν δεκαετίες κάλυψαν ένα κενό που υπήρχε στη φροντίδα υγείας και πρόνοιας για τους ηλικιωμένους κυρίως στα αστικά κέντρα. Μέσα σ' αυτά πολλοί ηλικιωμένοι βρήκαν την ψυχική τους ηρεμία και κοντά σ' αυτήν και τη σωματική τους υγεία, αφού οι δύο αυτές όψεις της μιας ενιαίας υγείας του κάθε ανθρώπου, αλληλοσυμπληρώνονται. Για να λειτουργήσει αποτελεσματικά ο θεσμός αυτός, απαιτείται ένα ευρύ πλέγμα υπηρεσιών που θα καλύπτουν τις ανάγκες και θα δίνουν λύσεις στα προβλήματα του ηλικιωμένου, που προέρχονται κυρίως από: α) την απομόνωση, β) το φόβο και την ανησυχία για την υγεία του, γ) την αδράνεια στην οποία τον καταδικάζει ο απεριόριστος ελεύθερος χρόνος του.

Το 1979 έγινε πρόταση για πιλοτική ίδρυση και λειτουργία ενός Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων και υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας από την Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Το Κέντρο αυτό πρέπει να είναι στελεχωμένο από το απαιτούμενο εξειδικευμένο προσωπικό. Έτσι, το 1983, τα Κ.Α.Π.Η. στον Ελλαδικό χώρο έφτασαν τα 74. Με το Ν.1416/84, για την ενίσχυση της αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, το κράτος μεταβίβασε στην τοπική αυτοδιοίκηση την ανάπτυξη του θεσμού των ΚΑΠΗ. Τα Κ.Α.Π.Η. βρισκόταν υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας μέχρι το 1989, ενώ αργότερα αποτέλεσαν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και ανήκουν στην Τοπική Αυτοδιοίκηση (Γεωργούση και συν. 2000). Στη συνέχεια τα ΚΑΠΗ εδραιώθηκαν στη συνείδηση του λαού με τη χρησιμότητα και το δυναμισμό τους (Daniilidou et al. 2003). Βασική φιλοσοφία του θεσμού των ΚΑΠΗ είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση. Σκοπός τους είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων που θα τους βοηθήσει να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, η ενημέρωση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών

φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων και η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Οι υπηρεσίες που συνήθως προσφέρουν τα ΚΑΠΗ, όπως φαίνεται από την περιγραφή της λειτουργίας τους σε πολλούς δήμους της χώρας, είναι:

- Οργανωμένη ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν κ.α.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία με ομάδες κλπ.).
- Νοσηλευτική φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και περίθαλψη.
- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους.
- Κοινωνική εργασία που προσφέρεται όχι μόνο στους ίδιους αλλά και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- Αγωγή υγείας και εκπαίδευση όσον αφορά την υγεία τους.
- Φυσικοθεραπεία.
- Εργοθεραπεία.
- Κατ' οίκον παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών.
- Βοήθεια στο σπίτι για όσους δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν.
- Εθελοντική εργασία.
- Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινές κατασκηνώσεις.
- Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα που προσφέρει ροφήματα, αναψυκτικά κλπ. όπου βρίσκουν συντροφιά και απασχόληση τα μέλη.

Επιπρόσθετα τα ΚΑΠΗ ως θεσμός στοχεύουν στην κοινωνικοποίηση, στην πρόληψη της νόσου και της αναπηρίας, στη διατήρηση της ανεξαρτησίας μέσω της δραστηριοποίησης και της αξιοποίησης των ικανοτήτων και δυνατοτήτων των ίδιων των ηλικιωμένων και η διασύνδεση με άλλες δομές της κοινότητας για τη γεφύρωση του χάσματος των γενεών (Γεωργούση και συν. 2000).

Σήμερα που ο αριθμός των ΚΑΠΗ έχει επεκταθεί σε όλη τη χώρα αξίζει να συζητηθεί αν η λειτουργία τους απαντά επαρκώς στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Από δημοσιευμένες μελέτες φαίνεται αρκετά να λειτουργούν με επιτυχία, κάποια άλλα όμως έχουν μικρότερη επιτυχία. Δεν είναι λίγες οι περιοχές με αρκετά ηλικιωμένα άτομα που δεν υπάρχουν ΚΑΠΗ, ενώ οι περισσότεροι άντρες και γυναίκες που τα χρησιμοποιούν είναι μόνοι ή διαθέτουν σύζυγο και χρειάζονται βοήθεια σε πρακτικά και κοινωνικά θέματα. Παρόλο που οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είναι γυναίκες συχνά στα ΚΑΠΗ συχνάζουν περισσότερο άντρες και η πλειοψηφία όσων τα

χρησιμοποιούν ανήκει στα μεσαία και κατώτερα κοινωνικά στρώματα (Εντυχίδου και συν. 2007).

### **2.3 Συμπέρασμα**

Στη χώρα μας η δημογραφική κατάσταση χαρακτηρίζεται από χαμηλή γεννητικότητα και αύξηση του προσδόκιμου ζωής και οι τάσεις δείχνουν ότι ο πληθυσμός θα συνεχίσει να γηράσκει. Μέσα στο πλαίσιο ευθύνης για διατήρηση, ποιοτική αναβάθμιση και εκσυγχρονισμό του κοινωνικού κράτους, η ελληνική πολιτεία προσπαθεί να βελτιώσει και να συντονίσει τις υπηρεσίες φροντίδας.

Στόχος είναι η αποτελεσματική παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα άτομα που έχουν ανάγκη και που πρέπει να τυγχάνουν ισότιμης, αλλά ταυτόχρονα ενεργητικής προστασίας και υποστήριξης, ώστε να εντάσσονται στις κοινωνικές και οικονομικές δραστηριότητες και να αποτρέπεται το φαινόμενο του κοινωνικού αποκλεισμού.

Τα τελευταία χρόνια το φάσμα των υπηρεσιών φροντίδας έχει διευρυνθεί και συμπληρωθεί με υπηρεσίες ανοικτής φροντίδας στο σπίτι. Υπάρχει σταδιακή απομάκρυνση από την Ιδρυματική-Κλινική φροντίδα (εκτός αν είναι αναγκαία) και υιοθέτηση του «κοινωνικού μοντέλου» το οποίο αναπτύσσεται κυρίως σε τοπικό επίπεδο. Η επιτυχία του κοινωνικού και τοπικού προσανατολισμού βοηθά να περιορίζεται στο ελάχιστο η προσφυγή σε Ιδρυματική φροντίδα, και να γίνεται σεβαστή η επιθυμία των ηλικιωμένων να παραμένουν στο σπίτι τους.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ

#### 3.1 Εισαγωγή

Το ενδιαφέρον για τους ηλικιωμένους θα έπρεπε να συμπεριλαμβάνει το επίπεδο της λειτουργικότητάς τους κι όχι να καθορίζεται μόνο από την ηλικία τους. Το επίπεδο λειτουργικότητας είναι ο πιο ακριβής παράγοντας των δυσκολιών που έχει ξεπεράσει το ηλικιωμένο άτομο και των απαιτούμενων παρεμβάσεων (Hagberg et al. 2004). Τούτο διότι τόσο οι απαιτήσεις, όσο και οι δραστηριότητες, επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου. Αυτό καθορίζει ως φροντίδα από το νοσηλευτή την εξασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των δραστηριοτήτων που διεκπεραιώνονται και αυτών που απαιτούνται από τη μια πλευρά και από την άλλη πλευρά των μηχανισμών προσαρμογής και του υποστηρικτικού συστήματος του ατόμου (Kirkevold 2002).

Ο τρόπος ζωής του ατόμου μπορεί να βαρύνει στη μία ή την άλλη πλευρά αυξάνοντας τις απαιτήσεις ή ενισχύοντας τους μηχανισμούς προσαρμογής, αλλά και το αντίθετο. Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της έκπτωσης των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται, ενώ πηγές και μηχανισμοί υποστηρικτικοί περιορίζονται. Πολλές βασικές φυσιολογικές λειτουργίες δεν μπορούν να διεκπεραιωθούν ικανοποιητικά (Stineman et al. 2005).

Ο σύζυγος ή η σύζυγος, τόσο σπουδαίος παράγων υποστήριξης, γηράσκει ή πεθαίνει, τα παιδιά δραστηριοποιούνται με δικά τους ζητήματα και είναι πολύ απασχολημένα για να δώσουν βοήθεια και υποστήριξη στον ηλικιωμένο. Το εισόδημα μένει στάσιμο ή μειώνεται και οι απαιτήσεις της ζωής αυξάνονται. Οι τρόποι μεταφοράς και τα μέσα συγκοινωνίας δεν είναι επαρκή για να καλύψουν τις ανάγκες του ηλικιωμένου και έτσι αρχίζουν να γίνονται δύσχρηστα ή και άχρηστα γι' αυτόν. Κατ' ανάλογο τρόπο και άλλες πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η αυτονομία του. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους για



τα ψώνια ή την τακτοποίηση του σπιτιού του, παραιτείται από τη δυνατότητα που είχε να οδηγεί το αυτοκίνητό του ή να φροντίζει τον κήπο του ή ακόμα δεν έχει τη δυνατότητα να μείνει άλλο στο δικό του σπίτι.

Όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν στην ισορροπία του ατόμου. Η ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων-αναγκών και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται και είναι δύσκολο γι' αυτόν να ανταποκριθεί ακόμη και όταν δεν έχει κάποια σοβαρή αρρώστια ή ιδιαίτερο πρόβλημα υγείας, χωρίς παρέμβαση και βοήθεια από το περιβάλλον. Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου ατόμου, ακόμη εξαντλεί και τις οικονομικές πηγές. Προσθέτει δε, περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, διότι ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες: νέα συμπτώματα και προβλήματα, διαγνωστικές εξετάσεις, διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων, παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων, αλλαγή περιβάλλοντος, αλλαγές στο διαιτολόγιο, παραβίαση της ατομικότητάς του, απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες (Aberg et al. 2004, Berg et al. 2005).

Η Νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό «συνθηκολόγησης» ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί η κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου. Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της Νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό ή όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση.

### **3.2 Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου**

Ο καθένας στην κοινωνία του 21ου αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο της ζωής του. Οτιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής αλλά και το πως χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του,

αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του. Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια. Η απομάκρυνσή του από τον χώρο της εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότησή του, μπορεί να του δημιουργήσει το αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια χρήσιμος και αποδοτικός οικονομικά, επαγγελματικά και κοινωνικά. Οι δύο αυτοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορέσει να διατηρήσει την ατομικότητα και αξιοπρέπειά του. Εάν ο ηλικιωμένος παραμείνει στο δικό του περιβάλλον, στο σπίτι και στην κοινότητα που συνήθισε να ζει, η ατομικότητά του είναι περισσότερο σεβαστή (Benyamini et al. 2004, Chao et al. 2006). Για να μπορέσει όμως να διατηρήσει αυτή την ανεξαρτησία, πρέπει να εξασφαλιστούν οι εξής προϋποθέσεις: ισορροπία στην υγεία του, ώστε να μη χρειάζεται εντατική φροντίδα ή 24ωρη κάλυψη, κατάλληλο περιβάλλον το οποίο να προσαρμόζεται στις αδυναμίες του και κοινωνική υποστήριξη, η οποία είναι ιδιαίτερα αναγκαία όταν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του.

### **3.3 Αυτοφροντίδα- Ορισμοί**

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται πολλοί ορισμοί για την αυτοφροντίδα, οι οποίοι σχετίζονται με το πλαίσιο της λειτουργίας του ατόμου στην κοινωνία, πολιτισμικές επιρροές, αλλά και τον τρόπο οργάνωσης του συστήματος υγείας και πρόνοιας. Ο Levin (1979) ήταν ο πρώτος που την όρισε ως διαδικασία όπου το άτομο ενεργεί μόνο του για την προαγωγή της υγείας του, την πρόληψη και τη θεραπεία της ασθένειάς του. Η αυτοφροντίδα συνδέθηκε με προσωπικές εμπειρίες και είναι η προσωπική φροντίδα που απαιτείται κάθε μέρα για να ρυθμίσει κάποιος τη λειτουργικότητα και την ανάπτυξή του (Allender & Spradley 2001, Orem et al. 2001). Η αυτοφροντίδα υποτίθεται ότι είναι το κλειδί για την υγεία και τη φροντίδα της ασθένειας (Toljamo & Hentinen 2001, William 2004, Parissopoulos & Kotzabassaki 2004).

Η θεωρία της αυτοφροντίδας προτείνει ότι τα άτομα μαθαίνουν ανεξάρτητα ή εξαρτημένα να εφαρμόζουν ή τους εφαρμόζονται σε συνεχή βάση εκείνες τις πράξεις που είναι απαραίτητες για να προστατευθεί η ακεραιότητα, η σωματική και πνευματική λειτουργικότητα και η περαιτέρω ανάπτυξη του ατόμου με τρόπους καθοριστικούς για την προαγωγή της ζωής, της υγείας και της ευημερίας (McAuley et al. 2000, Denyes et al. 2001, Tomey & Alligood 2002, Rode 2005, Allison 2007). Η φυσική δραστηριότητα φαίνεται να είναι ένας σημαντικός παράγοντας εκτίμησης της υγείας των ηλικιωμένων (Leinonen et al. 2001). Το άτομο κατακτά την έννοια της αυτοφροντίδας κατά την κοινωνικοποίησή του νωρίς στη διάρκεια της ζωής του κι έπειτα η έννοια ενισχύεται στον κύκλο της ζωής.

Η αυτοφροντίδα έχει οριστεί ως οι δραστηριότητες που σχετίζονται με την προαγωγή της υγείας (Backman 2003). Αντιπροσωπεύει το εύρος των συμπεριφορών των ατόμων για τη διατήρηση ή την προαγωγή της υγείας τους. Οι δραστηριότητες της καθημερινής ζωής συνήθως χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της αυτοφροντίδας. Δεν είναι ξεχωριστό κομμάτι της ζωής του ατόμου, αλλά σχετίζεται με τη ζωή κατά το παρελθόν και το μέλλον. Η γνώση για την αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων μπορεί να βοηθήσει στην κατανόηση πολλών πλευρών της αυτοφροντίδας και των συσχετίσεών της με την ευπάθειά τους (Ovid Aquero-Torres et al. 2001). Ορίζεται από την Orem (2001) ως ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων για ικανοποίηση των προσωπικών του αναγκών, με στόχο την υγεία και την ευεξία. Η αυτοφροντίδα διεξάγεται από ένα άτομο για τον εαυτό του, είναι δικαίωμα και ευθύνη κάθε ατόμου (Denyas et al. 2001).

Το ενδιαφέρον των ερευνητών-νοσηλευτών είναι έντονο για την κατανόηση και εμπλοκή των ασθενών στην αυτοδιαχείριση και αυτοφροντίδα τους. Στη νοσηλευτική επιστήμη υπάρχουν μοντέλα και θεωρίες που έχουν διατυπωθεί και που προάγουν την αυτοφροντίδα όπως είναι η Θεωρία του ελλείμματος της Αυτοφροντίδας της Orem και το Μοντέλο του Αυτοπροσδιορισμού για την Αυτοφροντίδα της Rice, τα οποία εφαρμόζονται στην καθημερινή πρακτική της κατ' οίκον νοσηλευτικής φροντίδας, διευκολύνουν την παροχή της και διασφαλίζουν την ποιότητά της (Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου και Αδαμακίδου 2014). Η παρέμβαση των κατ' οίκον επαγγελματιών υγείας, έγκειται στη βοήθεια του ατόμου και της οικογένειας να αναγνωρίσουν τις ανάγκες, τα προβλήματα και το έλλειμμα αυτοφροντίδας λόγω της κατάστασης της υγείας (Parissopoulos & Kotzabassaki

2004). Η αναγνώρισή των αναγκών αυτοφροντίδας θα συμβάλλει στον προγραμματισμό του σχεδίου φροντίδας.

### **3.4 Οι παράγοντες που σχετίζονται με την αυτοφροντίδα**

Η αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα εξαρτάται από πολλούς παράγοντες (Söderhamn 2001, Ball et al. 2004, Toye et al. 2006). Μαζί με την προχωρημένη ηλικία τα άτομα χρειάζονται περισσότερο χρόνο να αναρρώσουν από μια ασθένεια που επηρεάζει διάφορες πλευρές της ζωής κι αυτό με τη σειρά του αντικατοπτρίζεται στις δραστηριότητές τους και στα κίνητρα να φροντίσουν τον εαυτό τους (Bendixen et al. 2005). Γενικότερα η αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων ενισχύεται από ένα υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης, καλής κοινωνικο-οικονομικής κατάστασης και διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης ενώ και τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής παίζουν καθοριστικό ρόλο στην αυτοφροντίδα (Bliss et al. 2004, Bliss et al. 2005, De Raedt & Ponjaert-Kristoffersen 2006). Το κίνητρο των ηλικιωμένων για αυτονομία, αποτελεσματικότητα κι ευημερία μπορεί να αξιοποιηθεί για ενδυνάμωση των ηλικιωμένων να αναλάβουν την ευθύνη και να τροποποιήσουν τη ζωή τους ώστε η ικανοποίησή τους να συνεχίζεται και στην ασθένεια ή την αναπηρία (Magnan 2004, Forbes 2005, Hwang et al. 2006, Borg et al. 2006).

Όπως σημειώνουν οι Gallagher et al. (2003), Gill et al. (2004), Strandmark (2004), Strandmark (2006), το αίσθημα της υγείας είναι μια κινητήρια δύναμη που αποτελείται από επιμέρους αισθήματα αξίας, ικανότητας κατανίκησης των εμποδίων κι αισθήματος όρεξης για ζωή. Στην πραγματικότητα η προχωρημένη ηλικία και η έκπτωση της λειτουργικότητας φαίνεται να επηρεάζουν την αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων κάποια στιγμή στη ζωή τους. Παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια και τη θεραπεία της, τις προσωπικές εμπειρίες για την αρρώστια, την κοινωνική υποστήριξη, την ποιότητα ζωής και την αποτελεσματικότητα της νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται να σχετίζονται με την αυτοφροντίδα (Backman & Hentinen, 2001).

### **3.5 Λειτουργικότητα και αυτοφροντίδα**

Η λειτουργικότητα, όπως ορίζεται από τους Kutzleb & Reiner (2006) περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να διεκπεραιώνει τις συνηθισμένες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ADL-activities of daily living). Η

λειτουργικότητα προσεγγίζεται από την οπτική των ADL και IADL (instrumental activities of daily living) κι έχουν ευρέως χρησιμοποιηθεί για τη μελέτη της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων. Η λειτουργικότητα των ηλικιωμένων έχει μελετηθεί με τις παραπάνω δραστηριότητες ως οδηγούς, αλλά είναι λίγες οι μελέτες που αφορούν τη σχέση της λειτουργικότητας και της αυτοφροντίδας (Backman & Hentinen 2001, Lehtola et al. 2006). Σύμφωνα με τους Stineman et al. (2005), οι φυσιολογικές αλλαγές και συνήθεις ασθένειες που συνοδεύουν το γήρας μειώνουν τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων και κατά συνέπεια μειώνεται η φυσική δραστηριότητα.

Η ικανότητα να πραγματοποιούν ADLs σχετίζεται συχνά με την κινητική λειτουργικότητά τους, ενώ οι IADLs όπως η οικονομική διαχείριση και η προετοιμασία γευμάτων αντιπροσωπεύουν σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες που μπορούν να εκτελεσθούν από τον ηλικιωμένο ή με τη βοήθεια κάποιου άλλου ατόμου και σχετίζονται με διανοητικές ικανότητες (Vaughan & Giovanello 2010). Οι Kono & Kanagawa (2000) μελέτησαν τις φυσικές και ψυχοκοινωνικό και λειτουργικές αλλαγές σε ένα έτος και τους σχετιζόμενους παράγοντες σε ευπαθείς (frail) ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα. Κατέληξαν ότι οι ηλικιωμένοι σχετίζονται σημαντικά με χαμηλά επίπεδα ADL και λιγότερη λεκτική επικοινωνία με τους φροντιστές τους. Οι δραστηριότητες της καθημερινότητας όπως η έξοδος στον κήπο ή γύρω από το σπίτι, ο εκκλησιασμός, το νοικοκυριό, τα ψώνια και η κηπουρική έχουν συσχετιστεί με τη διατήρηση της λειτουργικότητας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο βαθμός της ανεξαρτησίας των ευπαθών ηλικιωμένων μπορεί εύκολα να αλλάξει.

Η λειτουργική ικανότητα του ηλικιωμένου επηρεάζεται από το επίπεδο της ανικανότητάς του (Hardy et al. 2005). Επίσης επηρεάζεται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Calmels et al. 2003, Peruzza et al. 2003) καθώς οι ηλικιωμένοι με ανικανότητα συνήθως έχουν άσχημη αντίληψη για το επίπεδο της υγείας τους (Holmes et al. 2005). Σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες η μειωμένη λειτουργικότητα εντοπίζεται σε μεγαλύτερες ηλικίες (Picavet & Hoeymans 2002, Rosa et al. 2003), σε γυναίκες (Picavet & Hoeymans 2002), σε άτομα με μειωμένη οπτική κι ακουστική ικανότητα και σε άτομα με χαμηλότερο εκπαιδευτικό υπόβαθρο (Rosa et al. 2003).

Οι Kastumata & Arai (2006) εξέτασαν τη συσχέτιση μεταξύ υψηλότερου επιπέδου λειτουργικότητας και πτώσεων σε ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, έδειξαν ότι ο διαχωρισμός με βάση το φύλο στη συσχέτιση υψηλότερου επιπέδου

λειτουργικότητας με τις πτώσεις, φαίνεται ότι μπορεί να σχετίζεται κοινωνικούς παράγοντες. Οι Farinasso et al. (2006) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ της αντίληψης της υγείας τους, της λειτουργικότητάς τους και τον επιπολασμό της αυτοαναφερόμενης νόσου σε 86 ηλικιωμένους άνω των 75 ετών στη Βραζιλία. Περίπου οι μισοί ηλικιωμένοι αξιολόγησαν την υγεία τους καλή ή άριστη, ενώ η μεγάλη πλειοψηφία (77,9%) ήταν ανεξάρτητοι με το 76,7% να έχει συννοσηρότητα.

Οι Fagerström et al. (2007), διερεύνησαν το αίσθημα δυσκολίας/ παρεμπόδισης από τα εκάστοτε προβλήματα υγείας σε 1297 ηλικιωμένους 60-98 ετών που ζούσαν στο σπίτι σε σχέση με την ικανότητά τους στις ADL, τα προβλήματα υγείας τους, την ικανοποίηση από τη ζωή, την αυτοεκτίμηση και τους κοινωνικοοικονομικούς πόρους,. Οι ηλικιωμένοι που αισθάνονταν μεγάλη δυσκολία από τα προβλήματα της υγείας τους, δεν είχαν καμία βοήθεια όταν χρειάζονταν υποστήριξη και είχαν χαμηλότερη ικανοποίηση για τη ζωή, καθώς και χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σύγκριση με εκείνους που δεν αισθάνονταν να τους δυσκολεύει μια ασθένεια. Το αίσθημα αυτό φαίνεται να έχει διαφορετικό νόημα, λαμβάνοντας υπόψη τη λειτουργικότητα στις ADL (Cheng et al. 2006).

### **3.6 Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα**

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία) καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες.

Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος που βοηθάει στη φροντίδα.

Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα (π.χ. ξύρισμα, ντύσιμο, φαγητό) και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένο από τους άλλους. Στο θέμα της αυτοφροντίδας

και της σημασίας της τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένεια έχουν ανάγκη από ενημέρωση. Χρειάζεται να αντιληφθεί η οικογένεια ότι η πλημμελής έστω διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων δίνει στον ηλικιωμένο το αίσθημα της χρησιμότητας και της ικανοποίησης.

Το θέμα γίνεται πιο δύσκολο, όταν ο ίδιος ο ηλικιωμένος δεν έχει την διάθεση και τη θέληση να δραστηριοποιηθεί, οπότε χρειάζεται προσεκτική μελέτη για να διαπιστωθούν τα αίτια της αδυναμίας αυτής, τα οποία τις πιο πολλές φορές είναι οργανικά, οφειλόμενα δηλαδή στην ίδια την αρρώστια, αλλά και σε ποικίλους άλλους λόγους, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς. Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο για τον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νοιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται (Donmez et al. 2005).

### **3.7 Μέτρηση της αυτοφροντίδας**

Στη διαδικασία της εκτίμησης των αναγκών των ηλικιωμένων για φροντίδα υγείας έγινε φανερό ότι χρειάζονται έγκυρες και αξιόπιστες μέθοδοι για τη μέτρηση των δραστηριοτήτων που θεωρούνται απαραίτητες για την αυτοφροντίδα του ατόμου. Έτσι έχουν αναπτυχθεί αρκετές σύντομες κλίμακες που αξιολογούν βασικές ή λειτουργικές καθημερινές δραστηριότητες και δείχνουν το επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου. Παρακάτω παρουσιάζονται οι πλέον χρησιμοποιούμενες διεθνώς.

#### **3.7.1 Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living):**

Δημιουργήθηκε αρχικά για την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης ηλικιωμένων σε κλειστά ιδρύματα περίθαλψης και βαθμολογεί την εξάρτηση σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας. Είναι το εργαλείο εκτίμησης της λειτουργικότητας μέσω της μέτρησης της ικανότητας του ηλικιωμένου να πραγματοποιεί καθημερινές δραστηριότητες ανεξάρτητα. Ο δείκτης του Katz αξιολογεί βασικές και όχι σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Ο δείκτης Katz που προκύπτει δείχνει επάρκεια σε 6 τομείς όπως λουτρό, ένδυση, τουαλέτα,

μεταφορά, έλεγχος εντέρου και κύστεως και σίτιση. Οι έξι ερωτήσεις που περιλαμβάνει είναι διατεταγμένες κατά βαθμίδα δυσκολίας. Συνολικό άθροισμα 6 δείχνει πλήρη λειτουργικότητα, άθροισμα 4 μέτρια δυσχέρεια και τέλος 2 ή λιγότερο, σοβαρή λειτουργική ανικανότητα. Το εργαλείο χρησιμοποιείται αποτελεσματικά σε ηλικιωμένους σε διάφορες δομές για το σχεδιασμό του κατάλληλου πλάνου φροντίδας (Υφαντόπουλος & Σαρρής 2001).

Χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά πριν από 35 χρόνια, έχει τροποποιηθεί και απλοποιηθεί, ενώ έχουν χρησιμοποιηθεί διαφορετικές προσεγγίσεις ως προς τον τρόπο υπολογισμού του αθροίσματος. Αναδείχθηκε βέβαια εξαιρετικά χρήσιμο στην αξιολόγηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ατόμων και τα αποτελέσματα μπορούν να συγκριθούν διαχρονικά και η ομάδα φροντίδας έχει ένα κοινό κώδικα επικοινωνίας. Παρόλο που είναι ευαίσθητος σε αλλαγές που σχετίζονται με τη χειροτέρευση της υγείας, παρουσιάζει περιορισμούς στη μέτρηση οριακών μεταβολών που παρουσιάζει η αποκατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων. Είναι αξιόπιστο εργαλείο (Cronbach's  $\alpha=0,84-0,94$ ) κι έγκυρο (Pearson: 0,74 & 0,88) (Pearson 2000, Gallo & Paveza 2006). Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά κι έχει σταθμιστεί από τους Mystakidou et al. (2013) με Cronbach's  $\alpha=0,88$ .

### **3.7.2 Δείκτης Lawton IADL των Σύνθετων Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale):**

Όταν πρόκειται για πιο σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινότητας όπως η ικανότητα χρήσης τηλεφώνου, τα ψώνια, η προετοιμασία γευμάτων, νοικοκυριό, πλύσιμο ρούχων, χρήση νέσων μεταφοράς, λήψη φαρμακευτικής αγωγής και οικονομική διαχείριση χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της αυτοφροντίδας ο δείκτης Lawton. Η τελική αξιολόγηση ποικίλλει από 0 (χαμηλή λειτουργικότητα, εξάρτηση) ως 8 (υψηλή λειτουργικότητα, ανεξάρτητο άτομο) για τις γυναίκες και 0 έως 5 για τους άνδρες. Είναι κατάλληλος για ηλικιωμένους στην κοινότητα ή το νοσοκομείο. Δεν είναι κατάλληλος για ιδρυματοποιημένους ηλικιωμένους. Επιπλέον, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως σημείο αναφοράς της αξιολόγησης για περαιτέρω περιοδικές μετρήσεις και συγκρίσεις. Είναι εύκολος στη διαχείριση και τη χρήση και δίνει τη δυνατότητα καταγραφής των απαραίτητων πληροφοριών από τον ίδιο τον επαγγελματία υγείας. Ο χρόνος διεξαγωγής της συνέντευξης είναι περίπου 10-15



λεπτά. Ωστόσο, η προσωπική καταγραφή μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση ή υποτίμηση των δυνατοτήτων των ηλικιωμένων, ενώ δεν είναι ιδιαίτερα ευαίσθητο σε πολύ οριακές αλλαγές στη λειτουργικότητα, παρ' όλα αυτά είναι αξιόπιστο εργαλείο (Cronbach's  $\alpha = 0,85$ ) με μέτρια εγκυρότητα (Pearson: 0,40 & 0,61) (Pearson 2000, Gallo & Paveza 2006). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Mystakidou et al. (2013) με Cronbach's  $\alpha = 0,88$  για τους άνδρες και  $\alpha = 0,83$  για τις γυναίκες.

### **3.7.3 Barthel Index**

Αναπτύχθηκε από τους Mahoney and Barthel (1965) για να αξιολογήσει τη λειτουργικότητα σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής σε ασθενείς με εγκεφαλικό επεισόδιο πριν και μετά τη θεραπεία και για να αξιολογηθεί η αναγκαία νοσηλευτική φροντίδα γι' αυτούς τους ασθενείς.

Η συγκεκριμένη κλίμακα εξετάζει 10 τομείς που μετρούν την καθημερινή λειτουργικότητα ειδικά σε δραστηριότητες επιβίωσης και κινητικότητας. Οι τομείς περιλαμβάνουν: τη σίτιση, τη μεταφορά από την καρέκλα στο κρεβάτι και αντίστροφα, την περιποίηση του ατόμου, τη μεταφορά από και προς την τουαλέτα, το λουτρό, το περπάτημα σε επίπεδη επιφάνεια, την άνοδο και την κάθοδο στις σκάλες, την ένδυση και την ελεγχόμενη λειτουργία του εντέρου και της ουροδόχου κύστης. Έπειτα από την αξιολόγηση το άτομο συγκεντρώνει ένα άθροισμα που προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους βαθμών στην αξιολόγηση των επιμέρους δραστηριοτήτων ως προς την ύπαρξη ή μη βοήθειας τη στιγμή που επιτελείται η δραστηριότητα.

Όσο υψηλότερο είναι το άθροισμα τόσο περισσότερο «ανεξάρτητος» είναι ο ηλικιωμένος, με μέγιστο άθροισμα το 100 που δείχνει έναν πλήρως ικανό ηλικιωμένο. «Ανεξάρτητος» είναι ο ηλικιωμένος που δεν χρήζει βοήθειας σε κανένα στάδιο της δραστηριότητας που επιτελεί. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 5 λεπτά. Συμπληρώνεται με βάση τι κάνει ο ηλικιωμένος κι όχι τι μπορεί να κάνει, ενώ οι πληροφορίες μπορούν να ληφθούν και από το περιβάλλον του ηλικιωμένου με προσοχή στην αξιοπιστία σε σχέση με την ακρίβεια ως προς τις ικανότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Κατά συνέπεια μπορεί να κάνει μια αξιόπιστη πρόγνωση πορείας κι επιπέδου ανεξαρτησίας με ένα αξιόπιστο

εργαλείο (Cronbach's  $\alpha = 0,87-0,95$ ) (κι έγκυρο (Pearson: 0,79) (Pearson 2000, Gallo & Paveza 2006). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τον Theofanidis (2016) με Cronbach's  $\alpha = 0,93-0,95$ .

### **3.7.4 SPICES**

Η κλίμακα SPICES είναι ένα αρκτικόλεξο για τα κοινά σύνδρομα των ηλικιωμένων ενηλίκων που απαιτούν νοσηλευτική παρέμβαση: το S είναι για διαταραχές του ύπνου, το P είναι για προβλήματα με το φαγητό ή τη σίτιση, το I είναι για την ακράτεια, το C είναι για σύγχυση, το E είναι για τον κίνδυνο πτώσεων και το S είναι για λύση της συνέχειας του δέρματος. Αναπτύχθηκε από τον Terry Fulmer το 1991, στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης. Το SPICES είναι το κατάλληλο μέσο για την απόκτηση πληροφοριών σημαντικών για την πρόληψη αλλαγών στην κατάσταση της υγείας. Το όργανο έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς για την αξιολόγηση και την πρόληψη των πιο συχνών προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων Σε οργανωμένους χώρους παροχής φροντίδας υγείας, ενώ μπορεί να χρησιμοποιηθεί για υγιείς κι ευπαθείς ηλικιωμένους (Fulmer 2001, Turner et al. 2001, Lopez et al. 2002, Pfaff 2002). Στην αξιολόγηση απλά καταγράφεται θετική ή αρνητική κατάσταση στις επιμέρους κατηγορίες οπότε, πρόκειται για πρωτόκολλο βασισμένο σε ενδείξεις. Πρόκειται για ένα ιδιαίτερα εύκολο εργαλείο που αφορά στα σημαντικότερα προβλήματα των ηλικιωμένων και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ιδιαίτερα εύκολα κι αποδοτικά στη νοσηλευτική διεργασία. Δεν βρέθηκε ελληνική μετάφραση, αλλά ούτε δημοσιευμένες μελέτες για την αξιοπιστία και εγκυρότητά του.

### **3.8 Συμπέρασμα**

Λόγω των αλλαγών στις λειτουργίες του οργανισμού κατά τη γήρανση, οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτερα ευπαθείς κι αυτό οφείλεται σε πολλαπλούς παράγοντες (Espinoza & Walston 2005, Rockwood et al. 2005). Υπάρχουν τεκμήρια που δείχνουν ότι η εκπαίδευση, η πρόληψη της νόσου και η προαγωγή ενός υγιούς τρόπου ζωής μπορούν να προάγουν την υγιή γήρανση και να βοηθήσουν τον ηλικιωμένο να διατηρήσει ένα καλό επίπεδο ανεξαρτησίας και αυτοφροντίδας και σε μεγαλύτερη

ηλικία. Κατά την εκτίμηση του επιπέδου υγείας ενός ηλικιωμένου , προτείνεται η χρήση εργαλείων αξιολόγησης της αυτοφροντίδας, τα οποία είναι απλά και μπορούν να εντοπίσουν πιθανά ελλείμματα στις λειτουργίες του (Reuben 2009). Η εντόπιση τέτοιων ελλειμμάτων έχει ως σκοπό την υιοθέτηση παρεμβάσεων που θα μειώσουν την εξάρτηση και θα καταστήσουν έτσι τον ηλικιωμένο λιγότερο ευπαθή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

#### 4.1 Εισαγωγή

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες έχει παρατηρηθεί έντονο ενδιαφέρον στο θέμα της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ζωής χαρακτηρίζει διάφορες πλευρές της ζωής του ατόμου, όπως για παράδειγμα την κατοικία, την εργασία, το περιβάλλον, τις μεταφορές, τη διασκέδαση, την υγεία ή ακόμα και τα προϊόντα που καταναλώνουμε. Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτατη και πολυδιάστατη. Επιπρόσθετα, μπορεί να οριστεί με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία, αλλά θεωρητικά εμπεριέχει όλες τις πλευρές της ζωής ενός ατόμου. Πιο συγκεκριμένα, περιλαμβάνει προσωπικές προτιμήσεις, εμπειρίες, αντιλήψεις και στάσεις σχετικά με φιλοσοφικές, πολιτιστικές, πνευματικές, ψυχολογικές, οικονομικές, πολιτικές και διαπροσωπικές διαστάσεις της καθημερινής ζωής (Yfantopoulos 2001a). Η ποιότητα ζωής ορίζεται άλλοτε ως το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας και άλλοτε ως η προσωπική δήλωση των θετικών και των αρνητικών χαρακτηριστικών, τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ανθρώπου (Bowling 1997).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) προσδιορίζει την ποιότητα ζωής ως την αντίληψη του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμικού - αξιακού συστήματος όπου ζει και σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του (Bonomi et al. 2000). Η ποιότητα ζωής δηλαδή, είναι το προϊόν των φυσικών χαρισμάτων του ατόμου σε συνδυασμό με την επίδραση της οικογένειας και της κοινωνίας, ή αλλιώς, η προσωπική δήλωση των θετικών και αρνητικών χαρακτηριστικών τα οποία προσδιορίζουν τη ζωή ενός ατόμου (Bowling 2013).

Παρόλα αυτά, όμως, σε αρκετές περιπτώσεις, κρίνεται αναγκαία η προσέγγιση του ορισμού και της μέτρησης της ποιότητας ζωής με πιο συγκεκριμένο τρόπο. Γι' αυτόν το λόγο, χρησιμοποιείται μια περισσότερο περιορισμένη έννοια της ποιότητας ζωής, η οποία δεν αναφέρεται γενικά στην ευτυχία, την ικανοποίηση, τα πρότυπα ζωής, του κλίματος ή του περιβάλλοντος, αλλά περιλαμβάνει τις πλευρές της

ποιότητας ζωής που σχετίζονται με την υγεία, δηλαδή τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Patrick & Erickson 1993, Υφαντόπουλος και Σαρρής 2001, Γείτονα και συν. 2004).

Γεγονός αποτελεί το φαινόμενο ότι η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής παρουσιάζει αυξανόμενο ενδιαφέρον για τους επιστήμονες που ασχολούνται με την υγεία. Τις τελευταίες δεκαετίες, με τη βοήθεια των σύγχρονων ιατρικών ανακαλύψεων και της υψηλής βιοϊατρικής τεχνολογίας, αυξήθηκε σημαντικά το προσδόκιμο ζωής αλλά και η επιβίωση για πολλά απειλητικά για τη ζωή νοσήματα. Το ερώτημα, όμως, που απασχολεί τους επιστήμονες είναι κατά πόσον αυτά τα επιπλέον χρόνια ζωής είναι ποιοτικά χρόνια με καλή υγεία, ελεύθερα συμπτωμάτων και ασθενειών, ή μήπως, τελικά, αυτή η αύξηση του μέσου όρου ζωής ακολουθείται από μια χρόνια νοσηρότητα, κυρίως στις μεγάλες ηλικίες. Ως αποτέλεσμα αυτών, οι μετρήσεις των καταστάσεων υγείας εστιάζονται πλέον στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και όχι μόνο στις παραδοσιακές μετρήσεις θνησιμότητας και νοσηρότητας, όπως παλαιότερα. Παράλληλα, η πρόοδος που έχει σημειωθεί στις επιστήμες υγείας ενθαρρύνει την ιδιαίτερη σημασία που έχει δοθεί στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, επειδή στις περισσότερες περιπτώσεις οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν καταστάσεις που απαιτούν έναν ευρύτερο ορισμό της υγείας, ο οποίος περιλαμβάνει το σύνολο των σωματικών, κοινωνικών και ψυχικών λειτουργιών του ασθενούς και δεν περιορίζεται απλά και μόνο στη θεραπεία των βιολογικών εκδηλώσεων μιας ασθένειας. Κατά συνέπεια, η διατήρηση ή η ανάκτηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι πολύ σημαντικός στόχος σε ασθένειες όπου δεν υπάρχει θεραπεία αλλά η ιατρική παρέμβαση συνδέεται με τον έλεγχο των συμπτωμάτων και την πορεία της νόσου.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί ένα ειδικό πεδίο έρευνας, στο οποίο περιλαμβάνονται οι πλευρές της ζωής των ατόμων που επηρεάζονται τόσο από την προσωπική υγεία όσο και από τις δραστηριότητες που στοχεύουν στη διατήρηση ή τη βελτίωση της υγείας. Είναι μια υποκειμενική αντίληψη του επιπέδου υγείας, η οποία επικεντρώνεται στην επίδραση που έχει μια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας στην ικανότητα του ατόμου να ζήσει μια ικανοποιητική ζωή. Με άλλα λόγια, πρόκειται για μια πολυδιάστατη έννοια με διττό χαρακτήρα, που αφορά στις θετικές και τις αρνητικές όψεις της ευεξίας και της ζωής και περιλαμβάνει τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική υγεία. Επίσης, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί μια δυναμική έννοια, η εκτίμηση

της οποίας μεταβάλλεται καθώς τροποποιείται το επίπεδο υγείας, οι σχέσεις, οι εμπειρίες και οι ρόλοι του ατόμου (Υφαντόπουλος 2007).

Ο όρος της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής ενέχει επίσης ασάφειες και είναι σχετικά δύσκολο να προσδιοριστούν τα στοιχεία που τον συνθέτουν, τα οποία ποικίλουν από μελέτη σε μελέτη (Οικονόμου και συν. 2001). Γενικά, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μπορεί να περιλαμβάνει θέματα όπως η υγεία γενικά, τα σωματικά συμπτώματα, η συναισθηματική, γνωστική, κοινωνική και σεξουαλική λειτουργικότητα, καθώς και έννοιες υπαρξιακού περιεχομένου (Fayers & Machin 2000). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μπορεί να οριστεί ως η λειτουργικότητα στη φυσική, συναισθηματική και κοινωνική διάσταση της ζωής με συνυπολογισμό της ευεξίας, όπως αυτή εκτιμάται από τον κάθε άνθρωπο, ή ως την αξία που αποδίδεται στο χρόνο επιβίωσης, όπως αυτή τροποποιείται από τις βλάβες, τις διάφορες καταστάσεις λειτουργικότητας, τις προσδοκίες και τις κοινωνικές ευκαιρίες (Bullinger 2003).

Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται συνεχώς στις ανεπτυγμένες κοινωνίες, η διατήρηση ενός υψηλού επιπέδου ποιότητας ζωής αποτελεί μείζον θέμα της δημόσιας υγείας και έχει ιδιαίτερη σημασία σε ερευνητικό και πρακτικό επίπεδο (Klavestrand & Vingard 2009). Μία καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που καθορίζουν την υγεία-ποιότητα ζωής μπορεί να βοηθήσει στην ανάπτυξη και εφαρμογή στρατηγικών για την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων. Επιπλέον απαιτείται μία διεπιστημονική προσέγγιση σε σχέση με τη γήρανση κυρίως εξαιτίας της ετερογένειας των διαφόρων φυσικών φθορών που σχετίζονται με τη γήρανση και προκύπτουν από αυτή, όπως προβλήματα με την όραση και την ακοή, μοναξιά, αναπηρία και γνωστικές αλλαγές και επιπτώσεις στις μετρήσεις της υγείας που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής (Orfila et al. 2000, Szanton et al. 2011). Πιο συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από ένα «σύνδρομο ευπάθειας» και περιορισμένη ικανότητα να ανταποκριθούν αποτελεσματικά σε εξωτερικούς στρεσογόνους παράγοντες, οπότε αυτό έχει άμεση επίδραση στην υγεία και ποιότητα ζωής τους (Boyd et al. 2005, Chou et al. 2012).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής δεν είναι μια ενιαία οντότητα. Είναι μια σύνθετη κατάσταση για να μετρηθεί, καθώς περιλαμβάνει τομείς που παίζουν καθοριστικό ρόλο όπως η φυσική, συναισθηματική, πνευματική, γνωστική και κοινωνική ευημερία (Khanna & Tsevat 2007, Ploeg et al. 2010). Υπάρχει ένας αριθμός διαφορετικών απόψεων γύρω από τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα

ζωής. Οι Patrick & Erikson (1993) την ορίζουν ως την αξία που αποκτά η ζωή καθώς τροποποιείται από την εμπλοκή, τη λειτουργικότητα, τις αντιλήψεις και τις δυνατότητες του ατόμου που επηρεάζονται από ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπευτικά σχήματα και πολιτικές αντιμετώπισης. Διάφορα μοντέλα έχουν σχέση με αυτήν τη πολυδιάστατη σκέψη και έχουν προταθεί (Sousa 1999, Ferrans et al. 2005, Bakas et al. 2012) μεταξύ των οποίων εκείνο των Wilson & Cleary (1995) είναι το πιο κοινό. Περιλαμβάνει 5 ειδών παράγοντες επιρροής όπως βιολογικοί παράγοντες, συμπτώματα και προβλήματα υγείας, λειτουργικότητα, γενική αντίληψη της υγείας, και συνολική ποιότητα ζωής που ενσωματώνει ατομικά και περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά. Κάθε ένας τομέας έχει άμεση επίδραση και μαζί με τους υπόλοιπους παράγοντες συνολικά. Οι Ferrans et al. (2005) τροποποίησαν αυτό το μοντέλο θεωρώντας ότι το άτομο και το περιβάλλον επηρεάζουν όλους τους υπόλοιπους παράγοντες.

#### **4.2 Αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων, ποιότητα ζωής κι ευεξία**

Η ποιότητα ζωής χρησιμοποιείται και ως έννοια και ως πεδίο έρευνας (Suzuki et al. 2002, Baker et al. 2003, Berglung & Ericsson 2003). Σύμφωνα με τους Helström & Hallberg (2001), που βασίστηκαν σε προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα, η ζωή δεν γίνεται απαραίτητα δύσκολη όταν κάποιος γερνάει. Συγκρίσεις μεταξύ νέων και ηλικιωμένων, έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι ήταν πιο ικανοποιημένοι με τη ζωή τους σε σχέση με τους νέους, παρόλο που μικρότερος αριθμός ηλικιωμένων ήταν ευτυχισμένοι (Campbell & Russo 2001) και ότι η ικανοποίηση από τη ζωή μειώθηκε στα 50 ή 60 έτη, ενώ μετά αυξήθηκε ελάχιστα ή παρέμεινε σταθερή (Helström et al. 2004). Η λειτουργικότητα, η αντιλαμβανόμενη υγεία, οι καλές συνθήκες διαβίωσης, ένας ενεργός τρόπος ζωής και οι καλές κοινωνικές σχέσεις ήταν κάποιοι από τους παράγοντες που εξηγούσαν την ικανοποίηση από τη ζωή και την αντικειμενική ποιότητα ζωής (McKevitt et al. 2003, Kamper et al. 2005, Ozcan et al. 2005).

Οι Kempen et al. (2006), υπογραμμίζουν ότι τα προβλήματα των ηλικιωμένων καταδεικνύονται κυρίως εξαιτίας της γήρανσης του πληθυσμού. Η μείωση της ικανότητας και της λειτουργικότητας και οι επιπτώσεις τους στις καθημερινές δραστηριότητες είναι δύο από τους κύριους παράγοντες που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Είναι σημαντικό ότι οι ηλικιωμένοι

μπορούν να αναγνωρίζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, επειδή είναι ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες αυτοφροντίδας (Wenger & Burholt 2003).

Σύμφωνα με τους Juvani et al. (2005), οι ηλικιωμένοι εκτιμούν ιδιαίτερα τη δυνατότητα να μένουν στο σπίτι τους και κατά συνέπεια έχουν αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή. Καθώς το άτομο γερνά, η σημασία του σπιτιού και της άμεσης γειτνίασης αυξάνει μαζί με την αυξανόμενη ευαισθησία του ατόμου και την προσπάθεια ανταπόκρισης στις περιβαλλοντικές αλλαγές. Το φυσικό περιβάλλον έχει μια κύρια επίδραση στην υγεία των ηλικιωμένων κυρίως μέσα από την ιδιωτικότητα, την κοινωνική αλληλεπίδραση και την ασφάλεια. Η ασφάλεια του φυσικού περιβάλλοντος έχει μελετηθεί ιδιαίτερα από τη σκοπιά της πρόληψης των ατυχημάτων στους ηλικιωμένους, που έχουν επηρεασμένες την κινητικότητά τους, τις αισθήσεις τους και τη διανοητική λειτουργία τους και συχνά διακινδυνεύουν την ικανότητά τους να διαχειριστούν με ασφάλεια και άνεση τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής στο σπίτι τους. Όπως υπογραμμίζεται από τους Grindley & Zizzi (2005), ένα ασφαλές περιβάλλον είναι πολύ σημαντικό για την αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων που ζουν στο σπίτι. Η αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων έχει μεγάλη επιρροή στην ποιότητα ζωής.

Οι Hellström & Hallberg (2001), στην έρευνα τους σε ηλικιωμένους μεταξύ 75-99 ετών, έδειξαν ότι η καταθλιπτική διάθεση, η μοναξιά, η κούραση, τα προβλήματα ύπνου και ο αριθμός των αναφερόμενων νόσων σχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι Jakobsson et al. (2004), έδειξαν ότι μεταξύ ηλικιωμένων 85+ ετών, ο πόνος, οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα, η κούραση, τα προβλήματα ύπνου και η καταθλιπτική διάθεση, σχετίστηκαν με χαμηλή ποιότητα ζωής.

Οι ερευνητές χρησιμοποιούν διάφορα συστατικά της ποιότητας ζωής στις έρευνές τους (Kobentar 2004). Άλλοι ορίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ως συνδυασμό των απόψεων των ηλικιωμένων, των οικογενειών τους και του νοσηλευτικού προσωπικού. Η φροντίδα υγείας του ηλικιωμένου περιλαμβάνει, εκτός από τη φροντίδα, και το συναίσθημα της ευτυχίας, τις ηθικές αξίες, την ικανοποίηση από τη ζωή και το αντικειμενικό συναίσθημα που προκύπτει (Calmels et al. 2003). Η συσχέτιση της ηλικίας και του φύλου με την αυτό-αναφερόμενη υγεία ποικίλλει σε διάφορες μελέτες (Orfila et al. 2006). Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι γυναίκες προσανατολίζονται περισσότερο στην αυτοφροντίδα τους σε σχέση με τους άνδρες



και θεωρούν ότι έχουν καλή ή άριστη υγεία και επιδεικνύουν ένα υψηλό επίπεδο ευημερίας. Οι ηλικιωμένοι άνδρες και οι γηραιότεροι τείνουν να αναφέρουν χειρότερο επίπεδο υγείας από τις γυναίκες και τους νεότερους ηλικιωμένους άνδρες για όμοιες καταστάσεις υγείας. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο απαισιόδοξοι για την υγεία τους από τους νέους. Το χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση σχετίζονται με χαμηλότερο επίπεδο αυτο-αναφερόμενης υγείας (Kivinen et al. 1998).

### **4.3 Η μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής**

Η ικανοποίηση από τη ζωή και η ευημερία, καθώς και η αντίληψη για την υγεία, είναι συστατικά της ποιότητας ζωής. Επειδή η ποιότητα ζωής αντιπροσωπεύει το αντιλαμβανόμενο υψηλό επίπεδο των διαφόρων διαστάσεων της ζωής, η μέτρησή της περιλαμβάνει συνήθως πολλούς διαφορετικούς τρόπους (Bowling 2013).

Η μέτρηση της υγείας και η διαθεσιμότητα αντιπροσωπευτικών στοιχείων βασισμένων στον εκάστοτε πληθυσμό, είναι μια σημαντική προϋπόθεση για τον προσδιορισμό και την κατανόηση των προβλημάτων δημόσιας υγείας, τον προγραμματισμό και την αξιολόγηση των επιλογών υγειονομικής περίθαλψης, ενώ παράλληλα δίνει τη δυνατότητα για εφαρμογή διεθνών συγκριτικών μελετών (Zwi & Yacht 2002).

Το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι σύγχρονες κοινωνίες για την υγεία, εξαιτίας των συνεχών δημογραφικών αλλαγών, αλλά και το συνεχώς αυξανόμενο κόστος διατήρησης ή βελτίωσής της, έχουν επιβάλλει την ανάγκη δημιουργίας μέτρων αξιολόγησής της. Οι κυριότεροι λόγοι που επιβάλλουν την αποτίμηση της υγείας ενός πληθυσμού, είναι επιδημιολογικοί, ιατρικοί, δεοντολογικοί, οικονομικοί, ερευνητικοί και ακαδημαϊκοί. Με τους κλασικούς δείκτες νοσηρότητας, θνησιμότητας, θνητότητας και δείκτες διάρκειας νοσηλείας δεν αποδίδεται ο πραγματικός αντίκτυπος των νοσημάτων και των επιπλοκών τους. Οι κλασικοί δείκτες δεν αξιολογούν την οπτική γωνία των ασθενών, ούτε δίνουν αξιοποιήσιμα στοιχεία για την εκτίμηση των κοινωνικών αποτελεσμάτων μιας νόσου. Παράλληλα, οι οριακές μεταβολές στους δείκτες θνησιμότητας των τελευταίων χρόνων και ο προβληματισμός σε σχέση με τον αυξανόμενο αριθμό των ηλικιωμένων σε συνδυασμό με τις ανισότητες στην υγεία και το αυξανόμενο κόστος των υγειονομικών υπηρεσιών οδηγούν στην αναζήτηση εργαλείων για τη μέτρηση της υγείας-ποιότητας ζωής (Σαρρής και συν. 2002).

Ο σχεδιασμός και η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας πρέπει πλέον να λαμβάνει υπόψη και τους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, που καθορίζουν τη χρήση των υπηρεσιών και την ανταπόκριση των χρηστών σε αυτές. Σήμερα, απαιτούνται επίσης νέοι δείκτες, που να μη μετρούν μόνο την αρνητική πλευρά της υγείας και το θάνατο, αλλά και τις θετικές διαστάσεις της υγείας, δηλαδή τη συναισθηματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Οι κλινικές αποφάσεις πρέπει να βασίζονται πλέον στην ωφελιμότητα της παρεχόμενης θεραπευτικής στρατηγικής, δηλαδή σε ένα καθαρό αποτέλεσμα της σύγκρισης οφέλους – ανεπιθύμητων ενεργειών, ή κόστους – αποτελεσματικότητας (Σαρρής και συν. 2001, Rapkin & Schwartz 2004).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Το πλούσιο περιεχόμενό της απαιτεί αφενός την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και αφετέρου την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις. Όταν επιχειρείται ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση και η μέτρησή της, τότε γίνεται αντιληπτό ότι ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώσες διατάσεις, που δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησης. Είναι κοινώς αντιληπτό ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια αποτελούμενη από διάφορες συνθήκες ή συστατικά.. Αρκετές μελέτες έχουν αναλύσει ποιες συνθήκες εμπλέκονται σε διάφορα σημεία της ζωής και σε διάφορες κουλτούρες και πληθυσμούς (Fernández–Ballesteros 2002). Όπως με κάθε άλλη αφηρημένη ή πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους (Υφαντόπουλος 2001).

Το ενδιαφέρον για την ανάπτυξη και τη χρήση των εργαλείων μέτρησης της ποιότητας ζωής έχει αρχίσει τα τελευταία χρόνια. Σήμερα, οι περισσότερες μελέτες για τα αποτελέσματα κλινικών παρεμβάσεων περιλαμβάνουν κάποιας μορφής μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής (Burckhard & Anderson 2003). Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής υπολογίζεται με τη χρήση σταθμισμένων ερωτηματολογίων, τα οποία εστιάζονται στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ένα κοινό θεωρητικό υπόβαθρο, σύμφωνα με το οποίο η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας είναι βασικός αλλά όχι επαρκής δείκτης αξιολόγησης της υγείας. Πέρα, όμως, από τη διαπίστωση της καλής λειτουργίας των οργανικών συστημάτων, η οποία αντιπροσωπεύει το

παραδοσιακό βιοϊατρικό πρότυπο για την υγεία, σημαντική κρίνεται και η ανάγκη αξιολόγησης της γενικής ευεξίας και της λειτουργικότητας του ατόμου σε όλους τους τομείς της ζωής του (Sloan 1996).

Τα ερωτηματολόγια γενικού επιπέδου υγείας αξιολογούν συγκεκριμένες πλευρές του επιπέδου υγείας του ατόμου, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και κοινωνικοοικονομικού επιπέδου, χωρίς ωστόσο να αναφέρονται σε συγκεκριμένες ιατρικές διαγνώσεις. Είναι πολυδιάστατα εργαλεία, τα οποία αξιολογούν τουλάχιστον τέσσερις διαστάσεις υγείας: τη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τις αντιλήψεις γενικής υγείας. Οι κλίμακες γενικού επιπέδου της υγείας επιτρέπουν στον ερευνητή τη διεύρυνση της μέτρησης του υγειονομικού αποτελέσματος και παράλληλα παρέχουν τη δυνατότητα συγκρίσεων ανάμεσα σε ασθενείς που βρίσκονται σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας (Torrance 1976, Kind et al. 1998).

Σήμερα, η αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής γίνεται με τη χρήση ειδικών ερωτηματολογίων, τα οποία πληρούν αυστηρά κριτήρια εγκυρότητας, αξιοπιστίας, ειδικότητας και ανταποκρισιμότητας. Τα ερωτηματολόγια αυτά στην ουσία αποτελούν τυποποιημένα μοντέλα για τη μέτρηση των θετικών δεικτών υγείας, που μπορούν να εκφραστούν με συνδυασμό υποκειμενικής συμπεριφοράς και αντικειμενικής πραγματικότητας. Πριν τη χρήση τους, τα όργανα αυτά πρέπει να έχουν υποστεί γλωσσική και πολιτιστική προσαρμογή, να έχουν δηλαδή σταθμιστεί στο γενικό πληθυσμό μίας χώρας (Κοντοδημόπουλος et al. 2004, Παππά και συν. 2006).

#### **4.4 Εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής**

Υπάρχουν πάρα πολλά εργαλεία μέτρησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Η σύνταξη των ερωτηματολογίων αυτών εστιάζει κατά περίπτωση στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου (γενικά ερωτηματολόγια) ή σε επιπτώσεις συγκεκριμένων παραμέτρων (ειδικά ερωτηματολόγια). Τα ερωτηματολόγια αυτά βασίζονται σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε κλινικές πρακτικές, σε μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας που προέρχεται από την οικονομική επιστήμη και τη θεωρία των αποφάσεων, ή και σε συνδυασμό αυτών των τεχνικών. Το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια αυτά μετράει, περισσότερο ή λιγότερο, το σύνολο ή επιμέρους διαστάσεις. Αρκετά από τα ερωτηματολόγια αυτά είναι μεταφρασμένα και

σταθμισμένα και στην ελληνική γλώσσα. Μερικά από τα κυριότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της υγείας- ποιότητας ζωής είναι τα παρακάτω.

#### **4.4.1 Sickness Impact Profile**

Το Sickness Impact Profile (SIP) δημοσιεύτηκε το 1976 (Bergner et al. 1981). Αναφέρεται σε 136 θέματα, χρειάζεται 20 με 30 λεπτά για να συμπληρωθεί και είναι διαθέσιμο σε διάφορες γλώσσες. Αποτελείται από δυο μεγάλες περιοχές μελέτης της ψυχολογικής και σωματικής υγείας, με 12 υποκατηγορίες. Οι υποκατηγορίες σχετίζονται με την κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, κοινωνική συμπεριφορά, επικοινωνία, επίπεδο ετοιμότητας και εγρήγορσης, συναισθηματική συμπεριφορά, ύπνο και ξεκούραση, διατροφή και άλλα. Το SIP θεωρείται αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης, αλλά χρησιμοποιείται κυρίως σε ασθενείς πληθυσμούς. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ασθενείς που πάσχουν από ασθένειες της σπονδυλικής στήλης, όπως στένωση σπονδυλικού σωλήνα, δισκοπάθειες, αυχεναλγίες, οστεοπόρωση, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και άλλες. Δεν είναι μεταφρασμένο στα ελληνικά.

#### **4.4.2 General Health Questionnaire**

Το General Health Questionnaire είναι όπως και τα προηγούμενα, ένα εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με το επίπεδο υγείας του υγιούς ή του ασθενή ανάλογα με το εξεταζόμενο δείγμα. Αναπτύχθηκε από τον Goldberg (1978) και έχει κυρίως χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση ψυχιατρικής νοσηρότητας σε μια κοινότητα. Ο Cronbach's  $\alpha$  κυμαίνεται από 0,78 έως 0,95 σε διάφορες μελέτες. Έχει μεταφραστεί σε 38 γλώσσες και στα ελληνικά Garyfallos et al. (1991).

#### **4.4.3 Nottingham Health Profile**

Το Nottingham Health Profile (NHP) αναπτύχθηκε από τους Hunt et al. και δημοσιεύτηκε το 1981. Αποτελείται από 38 αντικείμενα χωρισμένα σε 6 κατηγορίες και απαιτεί περίπου 10 λεπτά για να συμπληρωθεί. Είναι διαθέσιμο σε διάφορες γλώσσες και συμπληρώνεται από τον ίδιο τον ασθενή, μπορεί όμως να γίνει και υπό μορφή συνέντευξης από ειδικό. Σχεδιάστηκε για να παρέχει έναν περιεκτικό δείκτη

των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών προβλημάτων υγείας του ατόμου. Αρχικά, χρησιμοποιήθηκε στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, με σκοπό την αξιολόγηση των υγειονομικών αναγκών του πληθυσμού, με Cronbach's  $\alpha > 0,63$  (Franks & Moffatt 2001).

Περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με το επίπεδο ενεργητικότητας, τις συναισθηματικές αντιδράσεις, την αϋπνία, την κοινωνική απομόνωση, τη δυσανεξία και άλλες φυσιολογικές λειτουργίες. Κάθε επίπεδο που μελετάται προσδιορίζεται σε σχέση με την απόκλιση από τη «φυσιολογική» κατάσταση και οι ερωτηθέντες απαντούν με «Ναι» ή «Όχι». Τέλος, οι ερωτήσεις δίνουν κυρίως έμφαση στην υποκειμενική εκτίμηση των ερωτηθέντων για το επίπεδο της υγείας τους. Κάθε αντικείμενο αξιολογείται και βαθμολογείται σε μια κλίμακα από 0 έως 100. Στο τέλος βγαίνει μια μέση τιμή που αντικατοπτρίζει τον δείκτη υγείας. Το NHP έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά από τους Vidalis et al. (2002) στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

#### **4.4.4 EuroQol**

Το 1987, στο Πανεπιστήμιο του York της Αγγλίας συναντήθηκε μια ομάδα έμπειρων ερευνητών από πέντε ευρωπαϊκές χώρες με κύριο στόχο τη δημιουργία ενός «απλού» και «κατανοητού» εργαλείου για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού. Μετά από πολλές συναντήσεις και «πειραματικές» εφαρμογές σε κοινωνικές έρευνες πεδίου και σε κλινικές μελέτες κατέληξαν σε ένα επιστημονικό εργαλείο, το οποίο ονομάστηκε EuroQol (European Quality of life). Ο πνευματικός πατέρας του εργαλείου αυτού ήταν ο καθηγητής Alan Williams. Σε προηγούμενες μελέτες είχε συζητήσει εκτεταμένα την αναγκαιότητα μέτρησης των υγειονομικών αναγκών και την αποτίμηση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού με τη χρήση διαφορετικών κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών δεικτών (Sintonen 2001).

Η ομάδα του EuroQol (EuroQol 1990) πρότεινε ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, το οποίο αποτελείται από δύο μέρη: Στο πρώτο μέρος καταγράφεται το προφίλ υγείας του ατόμου. Χρησιμοποιούνται πέντε διαστάσεις, που αναφέρονται (α) στην κινητικότητα, (β) στην αυτοεξυπηρέτηση, (γ) στις συνήθειες δραστηριότητες, (δ) στον πόνο/δυσφορία και (ε) στο άγχος/κατάθλιψη. Καθεμιά από τις διαστάσεις αυτές λαμβάνει τρεις τιμές:

1=κανένα πρόβλημα, 2=κάποια προβλήματα και 3=σημαντικά προβλήματα. Στο σύνολό τους καταγράφονται 5 καταστάσεις υγείας, που αντιπροσωπεύουν 243 περιπτώσεις. Η καλύτερη νοητή κατάσταση υγείας περιγράφεται με (11111), που σημαίνει ότι δεν υπάρχει κάποιο πρόβλημα όσον αφορά στην κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο και το άγχος. Η χειρότερη νοητή κατάσταση υγείας λαμβάνει τις τιμές (33333), που σημαίνει σημαντικά προβλήματα στις πέντε παραπάνω διαστάσεις. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται υπό τη μορφή ενός «θερμομέτρου υγείας» μια οπτική αναλογική κλίμακα (visual analogue scale, VAS), που λαμβάνει τιμές από 0=χειρότερη νοητή υγεία μέχρι 100=άριστη νοητή υγεία. Ενδιάμεσες τιμές της οπτικής αναλογικής κλίμακας, π.χ. VAS=50, δηλώνουν ενδιάμεσες καταστάσεις υγείας. Η κλίμακα αυτή βασίζεται στις υποκειμενικές εκτιμήσεις του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του. Χρησιμοποιώντας το EQ-5D είναι δυνατή η εκτίμηση της ωφελιμότητας που απολαμβάνει το άτομο από διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Το EuroQoL ενσωματώνει σε ένα δείκτη ωφελιμότητας (Dolan 1997) το επίπεδο υγείας του ατόμου. Έχει χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής ευρύτατα ανά την Ευρώπη και την υφήλιο (Brooks et al. 2003). Στην Ελλάδα έχει μεταφραστεί και αξιολογηθεί (Yfantopoulos 1998, Yfantopoulos 2001b). Ο Cronbach έχει βρεθεί σε ελληνικό πληθυσμό ηλικιωμένων  $\alpha=0,74$  (Kontodimopoulos et al. 2008).

#### **4.4.5 15-D**

Το 15-D παρουσιάζει πολλές ομοιότητες με το EQ-5D. Ιστορικά, όμως, το 15-D προϋπάρχει του EQ-5D, γιατί διαμορφώνεται ως εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής στις αρχές της δεκαετίας του 1980. Η ιστορία του 15-D αρχίζει το 1981 στη Φινλανδία. Αρχικά, προτείνεται από τον Harry Sintonen ένα «εργαλείο-ερωτηματολόγιο» που βασίζεται σε 12 διαστάσεις. Περαιτέρω έρευνες και αναλύσεις, που έγιναν από τον ίδιο και τους συναδέλφους του, ανέδειξαν τη μετατροπή του οργάνου αυτού στις 15 διαστάσεις. Το 1986 διενεργούνται οι πρώτες πιλοτικές εφαρμογές, οι οποίες τελειοποιούν το 15-D στις 15 διαστάσεις. Το 1992, παρουσιάζεται η τελική μορφή του 15-D, η οποία χρησιμοποιείται και σήμερα σε πολλές έρευνες που αναφέρονται σε φυσιολογικό πληθυσμό καθώς και σε κλινικές έρευνες (Sintonen 2001). Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναφερθεί μεταφράσεις-

αποδόσεις του 15-D σε πολλές χώρες με διαφορετικό πολιτισμικό περιβάλλον και διαφορετικά επίπεδα κοινωνικοοικονομικής ανάπτυξης. Ενδεικτικά αναφέρονται οι παρακάτω χώρες, στις οποίες υπάρχουν αξιόπιστες αποδόσεις του 15-D: Φινλανδία, Σουηδία, Αγγλία, Νορβηγία, Ελλάδα, Τσεχία, Ιαπωνία, Ρωσία, Ισραήλ, Αραβικά Εμιράτα. Στην Ελλάδα, η μετάφραση και η αξιολόγηση του 15-D έχει γίνει από τον Υφαντόπουλο (2001) με (Cronbach's alpha = 0,8) (Aletas et al. 2009).

#### **4.4.6 SF-36 ( Medical Outcomes Trust short form questionnaire)**

Το SF-36 είναι ένα ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 36 ερωτήσεις και αποτελεί έναν υποκειμενικό δείκτη του επιπέδου υγείας ενός ατόμου, είτε είναι υγιής είτε ασθενής. Έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως σε ποικίλες περιπτώσεις. Το SF-36 πρωτοδημοσιεύτηκε το 1992 από τους Ware και Sherbourne και εξελίχθηκε περαιτέρω τα έτη 1993 και 1994. Το ερωτηματολόγιο χρειάζεται 5 με 10 λεπτά για να συμπληρωθεί. Το SF-36 διαιρείται σε 8 συστατικές κατηγορίες ψυχικής και σωματικής υγείας. Οι κατηγορίες αυτές είναι: επίπεδο σωματικών λειτουργιών, περιορισμοί λόγω σωματικών προβλημάτων, σωματικός πόνος, κοινωνική συμπεριφορά, ψυχική υγεία, περιορισμοί λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, ζωτικότητα και γενικό επίπεδο υγείας. Επίσης έχουν αναπτυχθεί και δύο σύντομες εκδοχές του, το SF-12 και το SF-6D. Η κλίμακα SF-36 είναι ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται τα τελευταία 20 χρόνια για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού ευρύτατα. Σε πολλές κλινικές μελέτες, αλλά και σε κοινωνικές έρευνες, έχει καταδειχθεί το μεγάλο ποσοστό ανταποκρισιμότητας του πληθυσμού (70–90% περίπου), καθώς και η αξιοπιστία (reliability) και η εγκυρότητα (validity) του (Brazier et al. 1992, Jenkinson et al. 1994, Ιωάννου 2011). Το βασικό πλεονέκτημα της επισκόπησης υγείας SF-36, όπως συζητήθηκε και για το EQ-5D, είναι η ταυτόχρονη καταγραφή της φυσικής και της πνευματικής κατάστασης υγείας του ερωτώμενου όσο και η υποκειμενική αξιολόγησή της.

Το SF-36 έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ αυτών και στην ελληνική, και οι στατιστικοί έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας της ελληνικής έκδοσης είχαν επιτυχή αποτελέσματα (Cronbach's  $\alpha > 0,7$ ), τόσο με χρήση μικρού δείγματος ευκολίας όσο και σε αντιπροσωπευτικό δείγμα ελληνικού αστικού πληθυσμού (Παππά και συν. 2006).

#### **4.4.7 CASP-19**

Το CASP-19 βασίζεται σε ένα μοντέλο ικανοποίησης αναγκών κι εστιάζει σε συγκεκριμένου και υψηλού επιπέδου ανάγκες. Η κλίμακα προσεγγίζει την υγεία-ποιότητα ζωής από κοινωνιολογική-παρά από βιολογική ή ιατρική-οπτική κι αντιστέκεται στην ταύτιση της ποιότητας ζωής με την κατάσταση της υγείας μόνο ως ιατρική κατάσταση (Higgs et al. 2003).

Το εργαλείο αυτό μετράει την υγεία-ποιότητα ζωής ως προς 4 τομείς (έλεγχος, αυτονομία, ευχαρίστηση και αυτοπραγμάτωση) και αναπτύχθηκε για άτομα ηλικίας 65-75 ετών (Hyde et al. 2003). Υπάρχει και μία νεότερη έκδοση το CASP-12. Κάθε ερώτηση απαντάται με τετράβαθμη κλίμακα (συχνά, μερικές φορές, όχι συχνά και ποτέ) με πιθανό εύρος άθροισματος 0-57, όπου υψηλότερο άθροισμα αντιπροσωπεύει καλύτερη ποιότητα ζωής (Sim et al. 2011) με Cronbach's  $\alpha = 0,6-0,8$ . Η κλίμακα υπάρχει μεταφρασμένη στα ελληνικά ενώ έχει χρησιμοποιηθεί από τους Vozikaki et al. (2016) με Cronbach's  $\alpha = 0,89$ .

#### **4.5 Προβλήματα στη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής**

Ο όρος της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής όπως αναφέρθηκε, αποτελεί μία πλούσια αλλά και αφηρημένη έννοια. Όταν επιχειρείται ο προσδιορισμός της με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση και μέτρησή της, τότε γίνεται αντιληπτό ότι ο όρος της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώσες διαστάσεις που δυσχεραίνουν και περιπλέκουν το έργο αυτό. Λόγω αυτής της ιδιαιτερότητας, η μέτρησή της μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους, ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Λόγω της ίδιας ιδιαιτερότητας, προκειμένου να μετρηθεί καλύτερα, πληρέστερα και ακριβέστερα κάθε ιδιαίτερη διάσταση, ή έστω μία ή περισσότερες, μπορεί να απαιτούνται περισσότερα από ένα ερωτηματολόγια ή όργανα μέτρησης και η ίδια τους η επιλογή ορισμένες φορές αποτελεί πρόβλημα (Υφαντόπουλος και Σαρρής 2001).

Η προσέγγιση επίσης μίας διάστασης δεν είναι δυνατό να γίνεται με τη διατύπωση μίας μόνο ερώτησης καθώς περιορίζεται το εύρος και το βάθος της υπό εξέταση διάστασης. Εάν δεν χρησιμοποιηθούν πολλαπλές μετρήσεις της ίδιας διάστασης με διαφορετικές προσεγγίσεις, το αποτέλεσμα της μέτρησης πιθανότατα να



μην εκφράζει αυτό που επιζητείται, να μην είναι έγκυρο ή και να συγγέεται με άλλες διαστάσεις. Η επιλογή λοιπόν οργάνων μέτρησης που περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε μία διάσταση της ποιότητας ζωής, κρίνεται μεθοδολογικά επιβεβλημένη. Η χρήση επιμέρους τμημάτων από διάφορα όργανα μέτρησης, όταν το ενδιαφέρον επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες μόνο διαστάσεις της ποιότητας ζωής, αποδίδουν μια πληρέστερη και ακριβέστερη εκτίμησή της, αλλά μπορεί να παρουσιάσουν προβλήματα συγκρισιμότητας των μετρήσεων.

Ένα άλλο μειονέκτημα των οργάνων μέτρησης είναι ότι όταν αυτά έχουν κατασκευαστεί για γενική χρήση, δεν μπορούν να εκτιμήσουν ειδικές κατηγορίες πληθυσμών. Προκειμένου να το επιτύχουν αυτό, θα πρέπει να εμπλουτιστούν με μετρήσεις επί μέρους θεμάτων της ποιότητας ζωής, που αφορούν στις ειδικές καταστάσεις που βιώνουν τα άτομα του συγκεκριμένου υπό μελέτη πληθυσμού ή να αντιστοιχιστούν με άλλα νοσολογικά ερωτηματολόγια. Γι' αυτό, συχνά απαιτείται παράλληλη χρήση των δύο ειδών ερωτηματολογίων για την εξασφάλιση στοιχείων που θα επιτρέπουν συγκρίσεις (Fenny 2002).

Η επιλογή των καταλληλότερων πηγών συλλογής δεδομένων και πληροφοριών, παίζει σημαντικό ρόλο στην έκβαση της μέτρησης. Οι πηγές μπορεί να είναι ο ίδιος ο μελετώμενος πληθυσμός, οι οικογένειές τους, οι επαγγελματίες υγείας, οι ιατρικοί φάκελοι κ.α. Είναι ευνόητο ότι τα μελετώμενα άτομα εκφράζουν μία υποκειμενική εκτίμηση της ποιότητας ζωής τους, ενώ είναι γενικά αποδεκτό ότι οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν πιο αντικειμενικούς όρους της ποιότητας ζωής του πληθυσμού που μελετούν (Υφαντόπουλος και Σαρρής 2001). Συχνά όμως οι εκτιμήσεις αυτές είναι αντίθετες, αντιφατικές και σπανίως συμπληρωματικές μεταξύ τους. Η επιλογή της καταλληλότερης πηγής πληροφοριών εξαρτάται όχι μόνο από τους γενικούς και ειδικούς στόχους της έρευνας, αλλά και από την εννοιολογική προσέγγιση, το θεωρητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο διερευνάται η ποιότητα ζωής καθώς και από το διαθέσιμο χρόνο και κόστος της έρευνας. Πάντως, η διάκριση μεταξύ υποκειμενικών και αντικειμενικών μετρήσεων είναι ιδιαίτερα σημαντική για την εκτίμησή της. Σημαντικός επίσης είναι και ο συσχετισμός των υποκειμενικών και αντικειμενικών εκτιμήσεων προκειμένου η έρευνα να οδηγηθεί σε μια συνολική μέτρηση της λειτουργικότητας του ασθενούς (Rapkin & Schwartz 2004).

Στην περίπτωση που χρησιμοποιηθούν πολλαπλές πηγές πληροφόρησης, ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να δοθεί και στο συγκριτικό μέτρο με βάση το οποίο αξιολογείται η κατάσταση της υγείας- ποιότητας ζωής ενός ασθενούς. Η εκτίμηση της

υπό μέτρησης διάστασης μπορεί να γίνει με πολλά συγκριτικά σημεία αναφοράς, όπως ο γενικός πληθυσμός, άλλα άτομα της ίδιας ή διαφορετικής ομάδας, ή το ίδιο το άτομο (Haywood et al. 2006).

Ο ερευνητής πρέπει να επιλέξει και τον πλέον ενδεδειγμένο τρόπο συλλογής πληροφοριών ανάλογα με τους στόχους, το χρόνο και το κόστος της έρευνας. Οι συνηθέστεροι τρόποι συλλογής πληροφοριών είναι το αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο, η προσωπική συνέντευξη και η τηλεφωνική έρευνα, ο καθένας με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματά του (Sapsford 2007). Ο συνδυασμός περισσότερων του ενός τρόπων συλλογής στοιχείων αποδίδει περισσότερα οφέλη και παρουσιάζει λιγότερα προβλήματα, εφόσον το επιτρέπουν οι χρονικοί και οικονομικοί περιορισμοί.

#### **4.6 Συμπέρασμα**

Από τα παραπάνω, συνηθέστερα χρησιμοποιούνται τα SF-36 και NHP με υγιείς πληθυσμούς. Από την σύγκριση που έχει γίνει φαίνεται και τα δυο ερωτηματολόγια έχουν επαρκή αξιοπιστία και εγκυρότητα, επίσης συχνά χρησιμοποιούμενο είναι και το GHQ για την ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας σε γενικό πληθυσμό. Τέλος το EQ5D έχει ελεγχθεί για την αξιοπιστία του και την εγκυρότητά του από τον Yfantopoulos (2001b) και διατίθεται στην ελληνική γλώσσα, είναι καταλληλότερο εργαλείο όσον αφορά στους ηλικιωμένους γιατί είναι ιδιαίτερα σύντομο και έχει μεγαλύτερη ευαισθησία ως εργαλείο (Brazier et al. 2004, Holland et al. 2004).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

#### 5.1 Ορισμός - είδη κοινωνικής στήριξης

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων ενός ατόμου, καθώς επίσης και τη λειτουργική πλευρά των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των μελών της ομάδας. Οι δομικές συνθήκες μπορούν να κατανοηθούν ως το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο συμβαίνουν οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, ενώ η παροχή «τρυφερότητας» και η ανταλλαγή υλικών πόρων, πληροφοριών, αγαθών ή υπηρεσιών ως τη λειτουργική πλευρά ενός δεδομένου δικτύου.

Διάφοροι όροι έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν τις συνιστώσες των κοινωνικών σχέσεων που βελτιώνουν την υγεία (Berkman et al. 2000). Ο όρος κοινωνική ενσωμάτωση αναφέρεται στην ύπαρξη κοινωνικών δεσμών. Το κοινωνικό δίκτυο αναφέρεται στον ιστό των κοινωνικών σχέσεων που περιβάλλει τα άτομα. Η πρόβλεψη της κοινωνικής υποστήριξης είναι μία από τις σημαντικές λειτουργίες των κοινωνικών σχέσεων. Έτσι, ο όρος κοινωνικό δίκτυο, αναφέρεται στους δεσμούς μεταξύ των ατόμων που μπορεί να παρέχουν κοινωνική υποστήριξη ή όχι ή ακόμα μπορεί να παρέχουν περισσότερο υποστήριξη. Πρόσφατα, ο όρος κοινωνικό κεφάλαιο χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει συγκεκριμένα πρότυπα που προκύπτουν από τα κοινωνικά δίκτυα (Ferlander 2007).

Σύμφωνα με τον Fernández-Ballesteros (2002), τα κοινωνικά δίκτυα αναφέρονται στα δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του δικτύου, της συχνότητας των επαφών και την ικανοποίηση του ατόμου από τις κοινωνικές επαφές του (Πίνακας 5.1). Επίσης, συμπεριλαμβάνονται πτυχές σχετικές με το αίσθημα της μοναξιάς.

α) Δομικά χαρακτηριστικά του δικτύου. Που και με ποιους ζει ένα άτομο, είναι ένας σημαντικός παράγοντας όσον αφορά την κοινωνική υποστήριξη και τις κοινωνικές σχέσεις. Η διαβίωση στην κοινότητα ή σε ένα ίδρυμα, η μοναχική

διαβίωση ή η διαβίωση με τα μέλη της οικογένειας ή με άλλους ανθρώπους δίνουν στα άτομα τις διαφορεικές ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές.

β) Συχνότητα κοινωνικών επαφών. Το πλήθος των μελών που απαρτίζουν μια οικογένεια είναι ένας μόνο δείκτης για να προσδιορίσει το κοινωνικό δίκτυο. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου είναι ένας σημαντικός συμπληρωματικός δείκτης.

γ) Ικανοποίηση από τις κοινωνικές επαφές. Ο βαθμός της ικανοποίησης από τις κοινωνικές σχέσεις είναι το τρίτο χαρακτηριστικό των κοινωνικών δικτύων. Η ικανοποίηση προέρχεται από τις σχέσεις με τα παιδιά, τα εγγόνια, τους φίλους, τους γείτονες και άλλους γνωστούς.

δ) Αίσθημα μοναξιάς. Εάν η ικανοποίηση είναι η θετική αντίδραση στην κοινωνική επαφή τότε η μοναξιά είναι η αρνητική. Αν και, προφανώς, το να είναι κανείς μόνος είναι ένα αντικειμενικό γεγονός, το να αισθάνεται μόνος είναι ένα υποκειμενικό γεγονός (Fernández–Ballesteros 2002).

Τα κοινωνικά δίκτυα προκαλούν διάφορες κοινωνικές λειτουργίες: κοινωνική επιρροή, έλεγχο, καθοδήγηση, συντροφιά και υποστήριξη. Ο όρος κοινωνική υποστήριξη έχει ορισθεί και μετρηθεί με πολυάριθμους τρόπους (Barrera 2000, Cohen et al. 2000a).

Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να τοποθετηθεί μέσα σε ένα ευρύ εννοιολογικό δίκτυο που καλύπτει την κοινωνική ένταξη, τα κοινωνικά δίκτυα, τις κοινωνικές σχέσεις και άλλες σχετικές έννοιες που αναφέρονται τόσο στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου (φανερή και συγκεκαλυμμένη) όσο και στην αλληλεπίδραση του με μια ομάδα, κοινότητα ή την κοινωνία (Fernández–Ballesteros 2002). Δεν υπάρχει όμως ομοφωνία σχετικά με την έννοια της κοινωνικής υποστήριξης, από όλους τους επιστήμονες (Kim et al. 2000).

Τις τελευταίες δεκαετίες, η κοινωνική υποστήριξη τυχαίνει τεράστιας προσοχής από την γεροντολογία. Έρευνες σχετικές με την κοινωνική υποστήριξη διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια των δεκαπέντε τελευταίων ετών σε διαφορετικά πλαίσια και κουλτούρες, και έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία κατά τη διάρκεια της ζωής, αλλά ειδικότερα στα γηρατειά (Fernández–Ballesteros 2002). Εντούτοις, όπως είναι ευρέως αποδεκτό, ένα σημαντικό πρόβλημα στην έρευνα για την κοινωνική στήριξη είναι η έλλειψη ενός επαρκούς θεωρητικού πλαισίου για την κατανόηση του αντίκτυπου της κοινωνικής υποστήριξης στην υγεία (Schreurs et al. 2000, Fernández–Ballesteros 2002).

Πίνακας 5.1. Χαρακτηριστικά και λειτουργίες των κοινωνικών δικτύων (Berkman and Glass 2000).

<b>Δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων</b>	
Αμοιβαιότητα	Ο βαθμός στον οποίο οι πόροι και η υποστήριξη δίνονται και παραλαμβάνονται σε μια σχέση
Ένταση ή δύναμη	Ο βαθμός στον οποίο οι κοινωνικές σχέσεις προσφέρουν συναισθηματική εγγύτητα
Περιπλοκότητα	Ο βαθμός στον οποίο οι κοινωνικές σχέσεις εξυπηρετούν πολλές λειτουργίες
Τυπικότητα	Ο βαθμός στον οποίο υπάρχουν κοινωνικές σχέσεις στο πλαίσιο των οργανωτικών ή θεσμικών ρόλων
Πυκνότητα	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη του δικτύου γνωρίζονται και αλληλεπιδρούν μεταξύ τους
Ομοιογένεια	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη του δικτύου είναι δημογραφικά όμοια
Γεωγραφική διασπορά	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη του δικτύου ζουν κοντά σε κομβικό πρόσωπο
Κατευθυντικότητα	Ο βαθμός στον οποίο τα μέλη μοιράζονται ίση δύναμη και επιρροή
<b>Λειτουργίες των κοινωνικών δικτύων</b>	
Κοινωνικό Κεφάλαιο	Πόροι που χαρακτηρίζεται από τους κανόνες της αμοιβαιότητας και της κοινωνικής εμπιστοσύνης
Κοινωνική επιρροή	Διαδικασία με την οποία οι σκέψεις και οι δράσεις αλλάζουν με τις δράσεις των άλλων
Κοινωνική υπονόμευση	Διαδικασία με την οποία οι άλλοι εκφράζουν αρνητικές επιπτώσεις ή κριτική ή παρεμποδίζουν την επίτευξη των στόχων κάποιου
Συντροφικότητα	Αναψυχή ή άλλες δραστηριότητες με τα μέλη του δικτύου
Κοινωνική υποστήριξη	Βοήθεια και αρωγή που ανταλλάσσονται μέσω των κοινωνικών σχέσεων και των διαπροσωπικών συναλλαγών
<b>Είδη κοινωνικής υποστήριξης</b>	
Συναισθηματική υποστήριξη	Εκφράσεις ενσυναίσθησης, αγάπης, εμπιστοσύνης και φροντίδας
Λειτουργική υποστήριξη	Απτή ενίσχυση και παροχή υπηρεσιών
Ενημερωτική υποστήριξη	Συμβουλές, συστάσεις και πληροφορίες
Υποστήριξη αξιολόγησης	Πληροφόρηση που είναι χρήσιμη για αυτό-αξιολόγηση

Παρά τη διερεύνηση των επιδράσεων των κοινωνικών σχέσεων στην υγεία, με την έννοια κυρίως της κοινωνικής υποστήριξης, η προσέγγιση από τη σκοπιά του ευρύτερου κοινωνικού δικτύου έχει διάφορα πλεονεκτήματα. Αρχικά, η προσέγγιση του κοινωνικού δικτύου μπορεί να ενσωματώσει λειτουργίες και χαρακτηριστικά των

κοινωνικών σχέσεων, άλλων από την κοινωνική υποστήριξη (Berkman & Glass 2000). Για παράδειγμα, υπάρχουν δεδομένα που υπογραμμίζουν ότι οι αρνητικές διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις, όπως η έλλειψη εμπιστοσύνης, η έκφραση ενόχλησης, η κριτική και η δεσποτική συμπεριφορά, σχετίζονται πιο έντονα με παράγοντες όπως η αρνητική διάθεση (Fleishman et al. 2000), η κατάθλιψη (Cranford 2004), οι επικίνδυνες συμπεριφορές σε σχέση με την υγεία, όπως η κατάχρηση ουσιών (Oetzel et al. 2007) και η ευαισθησία σε μολυσματικές ασθένειες (Cohen et al. 1997) από την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Δεύτερον, ενώ η προσέγγιση της κοινωνικής υποστήριξης συνήθως εστιάζει σε μία σχέση τη φορά, η προσέγγιση του κοινωνικού δικτύου επιτρέπει τη μελέτη των κοινωνικών σχέσεων ενώ επιδρούν σε αυτές η αλλαγές άλλων κοινωνικών σχέσεων. Τρίτον, η προσέγγιση μέσω του κοινωνικού δικτύου διευκολύνει τη διερεύνηση των δομικών χαρακτηριστικών του δικτύου και την ποιότητα και ποσότητα της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης (McLeroy et al. 2001).

Η κοινωνική υποστήριξη εξηγεί ουσιαστικά την επίδραση άλλων ατόμων όταν το άτομο αντιμετωπίζει καταστάσεις που προκαλούν στρες ή προκλήσεις της καθημερινής ζωής. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρέχεται από ανεπίσημες πηγές (οικογένεια, συγγενείς και γείτονες) ή από φορείς (κοινωνικές υπηρεσίες) (Schwarzer & Buchwald 2004). Σύμφωνα με τον ορισμό του Kahn (1979), η κοινωνική υποστήριξη χωρίζεται σε τρία στοιχεία, την *Επίδραση*, που περιγράφει τη συναισθηματική υποστήριξη και αναφέρεται στην εκτίμηση, το θαυμασμό, το σεβασμό ή την αγάπη και τη δημιουργία αισθήματος ασφάλειας, την *Επιβεβαίωση* που περιλαμβάνει ενίσχυση, ανατροφοδότηση και επηρεάζει τον τρόπο λήψης αποφάσεων του ατόμου. Το τρίτο στοιχείο είναι συγκεκριμένες ενισχύσεις, όπως αντικείμενα ή χρήματα και χρόνος βοηθώντας κάποιον (Tarkka et al. 2003).

Το κοινωνικό δίκτυο φαίνεται να βελτιώνει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Hellström et al. 2004). Σύμφωνα με τους Saito et al. (2005), η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική επίδραση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους που ζουν μόνοι. Οι Lyyra & Heikkinen (2006) παρατήρησαν στη μελέτη τους μια ισχυρή σύνδεση μεταξύ μη βοηθητικής σχετικής υποστήριξης (συνίσταται, για παράδειγμα, από συναισθηματική εγγύτητα, αίσθηση του ανήκειν) και την επιβίωση σε γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Μεταξύ των ανδρών, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη δεν συσχετίστηκε με τη θνησιμότητα.

Σύμφωνα με τους Broese Van Groenou & Van Tilburg (2003) γίνεται η παρακάτω διάκριση στους τύπους υποστήριξης. Η ανάγκη για πρακτική υποστήριξη συνδέεται έντονα με τις ικανότητες ενός προσώπου να εκτελέσει ορισμένες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, όπως το να φροντίζει το σπίτι, το να κάνει ψώνια, ή να φροντίζει την προσωπική υγιεινή του. Η ανάγκη για τη συναισθηματική υποστήριξη προκύπτει ειδικά κατά τη διάρκεια σημαντικών μεταβάσεων ζωής, όπως η απώλεια ενός συζύγου ή η μετακόμιση σε έναν οίκο ευγηρίας. Κατά την διάρκεια του γήρατος, η ανάγκη και για τους δύο τύπους υποστήριξης αυξάνεται καθώς οι φυσικές ικανότητές κάποιου μειώνονται και αυξάνεται η πιθανότητά να μην μπορεί να ακολουθεί κάποιες από τις αγαπημένες του συνήθειες. Η λειτουργία του δικτύου ως πηγή υποστήριξης, επομένως, αυξάνεται με την ηλικία.

## **5.2 Ο ρόλος της κοινωνικής υποστήριξης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής**

Η κοινωνική υποστήριξη είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια που έχει μελετηθεί εκτενώς σε πολλές επιστήμες συμπεριλαμβανομένης της γεροντολογίας. Ενώ υπάρχει τώρα γενική αποδοχή της σπουδαιότητας της κοινωνικής υποστήριξης για την υγεία και την ευημερία, οι ποικίλες πτυχές αυτής της σχέσης απαιτούν εκτενέστερη μελέτη.

Ιδιαίτερη πρόοδος έχει σημειωθεί στην τεκμηρίωση της ευεξίας στον κύκλο της ζωής και στη μελέτη των καθοριστικών παραγόντων της στους ηλικιωμένους (George 2010). Συγκεκριμένα τα επίπεδα της ευεξίας μπορεί να παραμένουν σταθερά ή και να αυξάνονται αποδεικνύοντας αποτελεσματική ανταπόκριση στην πορεία της ζωής (Gana et al. 2013), παρόλο που διαφορετικοί τομείς της ευεξίας επηρεάζονται διαφορετικά (Hansen & Slagsvold 2012).

Ένα καλό επίπεδο κοινωνικών σχέσεων σχετίζεται με καλύτερη ευεξία στους ηλικιωμένους, ενώ η επίδραση μπορεί να είναι άμεση ή έμμεση. Η ύπαρξη λιγότερων και πιο αδύναμων σχέσεων μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την υγεία και την ευημερία (Holt-Lunstad et al. 2010), καθώς και τη γνωστική λειτουργία (Shankar et al. 2013, Zunzunegui et al. 2003). Υπάρχουν πολλά δεδομένα που συνδέουν διαφορετικές πλευρές των κοινωνικών δικτύων των ατόμων με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους. Τόσο η ποσότητα (πλήθος κοινωνικών επαφών)

όσο και η ποιότητα (συχνότητα επαφών με τους άλλους) των κοινωνικών δικτύων έχει μελετηθεί εκτενώς σε σχέση με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Παρόλο που μία μετα-ανάλυση 286 μελετών καταλήγει ότι η ποιότητα των κοινωνικών δικτύων των ηλικιωμένων έχει ισχυρότερη επίδραση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε σχέση με το πλήθος των κοινωνικών επαφών, διάφορα θέματα μεθοδολογίας μπορούν να συζητηθούν. Πιο συγκεκριμένα στην πλειοψηφία τους οι μελέτες ήταν συγχρονικές, πάνω από το 80% είχε δείγμα κάτω από 1000 άτομα, 70% είχαν χαμηλό ποσοστό απαντητικότητας και μόνο ελάχιστες μέτρησαν τόσο την ποιότητα όσο και την ποσότητα των κοινωνικών σχέσεων (Pinquart & Sorensen, 2000). Τέτοιες μεθοδολογικές αδυναμίες δημιουργούν προβλήματα στη διερεύνηση σχέσης μεταξύ προαγωγής της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και των κοινωνικών σχέσεων.

Σύμφωνα με τη μελέτη ELSA, τα άτομα που δεν είχαν συχνές κοινωνικές επαφές ήταν σε υψηλότερο κίνδυνο θανάτου τα επόμενα 7 χρόνια (Stephoe et al. 2013, Jivraj et al. 2016). Η ύπαρξη υποστηρίξης βοηθά τους ηλικιωμένους να έχουν καλύτερο έλεγχο της ζωής τους και κατά συνέπεια περισσότερη ικανοποίηση στις υπάρχουσες συνθήκες (Higgs et al. 2003). Ένα ευρύ κοινωνικό δίκτυο δεν είναι επαρκές αν δε χρησιμοποιείται αποτελεσματικά, ενώ επιπρόσθετα, η τακτική επαφή με ένα μικρό κύκλο είναι λιγότερο αποτελεσματική από την επικοινωνία με ένα ευρύτερο δίκτυο (Rafnsson et al. 2015).

Σύμφωνα με τους Årestedt et al. (2013), η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται σημαντικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης είναι πιο ενθαρρυντικά από προηγούμενες μελέτες σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, όπως των Friedman & King (1994) που έδειξαν ότι η κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με ικανοποίηση για τη ζωή. Η σημασία για παράδειγμα της ύπαρξης συντρόφου, συζύγου ή συγκατοίκου στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχτεί σε προηγούμενες μελέτες (Yu et al. 2004, Lofvenmark et al. 2009). Παρόλο που οι πολιτιστικές διαφορές κάνουν δύσκολη τη γενίκευση των ευρημάτων, οι συσχετίσεις της κοινωνικής υποστήριξης με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής έχουν επίσης επισημανθεί σε νεότερους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Clark et al. 2003).

Οι ηλικιωμένοι που έχουν κοινωνική υποστήριξη έχουν κι έναν σκοπό ο οποίος είχε χαθεί νωρίτερα εξαιτίας της συνταξιοδότησης (Agahi and Parker 2008). Η κοινωνική δραστηριότητα μπορεί επίσης να επηρεάσει τη σωματική και την



πνευματική υγεία ενθαρρύνοντας τους ηλικιωμένους να διαχειρίζονται τα συναισθήματά τους και να αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης σε στρεσογόνες καταστάσεις (Kouvonen et al. 2012, Kim et al. 2013). Η κοινωνική δραστηριότητα που απαιτεί δε και σωματική συμμετοχή βελτιώνει για παράδειγμα την καρδιακή λειτουργία και το ανοσοποιητικό σύστημα (Agahi & Parker 2008).

Η αλληλεπίδραση με τις κοινωνικές επαφές σε διάφορες περιστάσεις μπορεί να παρέχει υποστήριξη που να ενθαρρύνει το άτομο να ανταλλάσει πληροφορίες για την υγεία του, να αναζητά θεραπείες, να ακολουθεί την αγωγή του και να εγκαταλείπει αρνητικές συμπεριφορές υγείας (Fothergill et al. 2011, Stephens et al. 2011, Coyle & Dugan 2012, Kouvonen et al. 2012). Υπάρχουν επιπλέον και δεδομένα για τις φυλετικές διαφορές ως προς την επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης. Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη θνησιμότητα (Agahi & Parker 2008), πιο αργή έκπτωση λειτουργικής ικανότητας (Thomas 2011) και καλύτερη αντικειμενική σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής (Jenkins 2011) από τους άνδρες.

### **5.3 Εργαλεία μέτρησης της κοινωνικής υποστήριξης**

#### **5.3.1 Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)**

Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο εργαλείο, με 12 ερωτήσεις, έγκυρο κι αξιόπιστο που μετρά την αντιλαμβανόμενη υποστήριξη για το άτομο από 3 πλευρές, δηλαδή την υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από τους φίλους, την οικογένεια, κι εκείνη των λεγόμενων σημαντικών άλλων (Significant Others). Οι απαντήσεις δίνονται σε επτάβαθμη κλίμακα Likert (όπου 1= Διαφωνώ πλήρως, 2=Διαφωνώ πολύ, 3=Διαφωνώ λίγο, 4=Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ, 5=Συμφωνώ λίγο, 6=Συμφωνώ πολύ, 7=Συμφωνώ πλήρως) (Zimet et al. 1988).

Οι δείκτες αξιοπιστίας Cronbach alphas για τις 3 υποκλίμακες είναι για τους φίλους  $\alpha=0,94$  (σε ψυχιατρικό δείγμα) και  $0,93$  (σε δείγμα φοιτητών), για την οικογένεια  $\alpha=0,92$  (σε ψυχιατρικό δείγμα) και  $0,92$  (σε δείγμα φοιτητών) και για τους σημαντικούς άλλους  $\alpha=0,94$  (σε ψυχιατρικό δείγμα) και  $0,93$  (σε δείγμα φοιτητών) (Canty-Mitchell & Zimet, 2000). Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε πληθυσμό Ελληνοκυπρίων με καρδιακή ανεπάρκεια με Cronbach's  $\alpha=0,87$ , για τη συνολική κλίμακα,  $0,92$  για τους φίλους και  $0,97$  για την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους (Chamboulidou et al. 2016).

### **5.3.2 Duke social support and stress scale**

Αποτελείται από 2 μέρη, με 12 ερωτήσεις το καθένα, το ένα εκ των οποίων μετρά την υποστήριξη του ατόμου, από μέλη της οικογένειας, συγγενείς, φίλους και συναδέλφους. Το δεύτερο σκέλος υπολογίζει κατά πόσο τα ίδια άτομα προκαλούν stress. Οι απαντήσεις στις 10 ερωτήσεις δίνονται με τη μορφή 4 βαθμης κλίμακας του Likert (καθόλου, λίγο, πολύ, δεν υπάρχει τέτοιο πρόσωπο) ενώ η 11η είναι δίτιμη (ναι/όχι) και η 12η ανοικτού τύπου. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα σε 3-5 λεπτά, ενώ το χαμηλότερο συνολικό άθροισμα δείχνει καλύτερη υγεία-ποιότητα ζωής (Parkerson et al. 1991). με Cronbach's  $\alpha$ : 0,97. Δε βρέθηκε ελληνική μετάφραση.

### **5.3.3 Social Support Questionnaire (SSQ)**

Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 27 ερωτήσεων που σχεδιάστηκε να μετρήσει την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη και την ικανοποίηση από αυτή. Το 1<sup>ο</sup> μέρος ζητά από το άτομο να φτιάξει μια λίστα από άτομα που ταιριάζουν στην ερώτηση συνήθως θα τους βοηθήσουν σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και το 2<sup>ο</sup> να εκφράσουν πόσο ικανοποιημένοι είναι γενικά από τα παραπάνω πρόσωπα. Κάθε περίπτωση επιτρέπει στο συμμετέχοντα να επιλέξει μέχρι εννέα άτομα. Η αξιοπιστία του μετρήθηκε με Cronbach's  $\alpha$ : 0,97. (Sarason et al. 1983). Η κλίμακα έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί από τον Kafetsios (2002) με Cronbach's  $\alpha$ = 0,92 και 0,89.

### **5.3.4 Social Provisions Scale**

Η κλίμακα εξετάζει το βαθμό που οι κοινωνικές σχέσεις του ατόμου παρέχουν συγκεκριμένες διαστάσεις κοινωνικής υποστήριξης. Αποτελείται από 24 απλές και κατανοητές ερωτήσεις σε σχέση με τη σύνδεση, την κοινωνική ενσωμάτωση, την εξασφάλιση της αξίας, τους αξιόπιστους συμμάχους, την καθοδήγηση και την ευκαιρία για φροντίδα. Η μισή κλίμακα αφορά στην παρουσία ενός τύπου υποστήριξης και η άλλη μισή στην απουσία. Μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα σε 5 λεπτά μέσω συνέντευξης. Οι απαντήσεις δίνονται με τη μορφή τετράβαθμης κλίμακας Likert (1=διαφωνώ απόλυτα, ως 4=συμφωνώ απόλυτα). Το

υψηλό άθροισμα συνδέεται με υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης υποστήριξης (Cutrona & Russell 1987) με Cronbach's  $\alpha=0,93$ . Έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Rousou et al. (2016) με Cronbach's  $\alpha= 0,92$ .

### **5.3.5 Medical Outcomes Study Social Support Survey, MOS-SSS**

Το εργαλείο δημιουργήθηκε για να αξιολογήσει την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη. Αποτελείται από 19 ερωτήσεις που το άτομο καλείται να απαντήσει με πεντάβαθμη κλίμακα Likert πόσο συχνά μπορούν να βασιστούν σε άλλους να τους βοηθήσουν σε διάφορες περιστάσεις. Οι ερωτήσεις είναι ομαδοποιημένες σε 4 υποομάδες: υλική και συναισθηματική κοινωνική υποστήριξη, θετική κοινωνική αλληλεπίδραση και συναισθηματική/ ενημερωτική.

Η θετική κοινωνική αλληλεπίδραση αξιολογεί την ύπαρξη των ανθρώπων με τους οποίους το άτομο μπορεί να δημιουργήσει ευχάριστες σχέσεις, αισθάνεται ότι συμπεριλαμβάνεται και έχει κοινωνική υποστήριξη, αντανakλώντας την αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης από την αντίληψη της κοινωνικής ένταξης και την ευχαρίστηση με την κοινωνική ζωή του. Ως προς τη συναισθηματική / ενημερωτική υποστήριξη αξιολογεί την αντίληψη των ανθρώπων για τους οποίους μπορεί να υπολογίζει ώστε να μοιράζεται τα προβλήματά του και να λαμβάνει πληροφορίες που το βοηθούν να τα κατανοήσει ή να τα αντιμετωπίσει. Με άλλα λόγια, αντανakλά την αντίληψη του ατόμου για τη διαθεσιμότητα υποστήριξης από το κοινωνικό δίκτυο του/της, σε συναισθηματικών πτυχές ή σημαντικές πληροφορίες που το βοηθούν να αντιμετωπίσει τα προβλήματα. Τέλος, η συνολική κλίμακα αξιολογεί σε ποιο βαθμό τα άτομα συνειδητοποιούν ότι υποστηρίζονται για να αντιμετωπίσουν διάφορες καταστάσεις στη ζωή τους. Πρόκειται συνολικά για αξιόπιστο εργαλείο (Cronbach  $\alpha= 0,91$ ) (Sherbourne & Stewart 1991). Έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε ελληνοκυπριακό πληθυσμό από τους Nikolaou et al. (2015) με Cronbach's  $\alpha= 0,92-0,96$ ).

### **5.3.6 F-SozU K-14**

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται 14 ερωτήσεις πεντάβαθμης κλίμακας Likert και 3 υποκλίμακες διαφορετικών τύπων κοινωνικής υποστήριξης, συναισθηματικής,

πρακτικής υποστήριξης και κοινωνικής ενσωμάτωσης. Είναι ένα έγκυρο και ιδιαίτερα αξιόπιστο εργαλείο με Cronbach's  $\alpha = 0.94$  για τη μέτρηση της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης που μπορεί να χρησιμοποιηθεί αποτελεσματικά σε επιδημιολογικές μελέτες κι αξιολογεί την κοινωνική υποστήριξη στο περιβάλλον του ατόμου παραβλέποντας τη βοήθεια από επαγγελματίες υγείας (Fydrich et al. 2009) με Cronbach's  $\alpha=0,94$ . Δε βρέθηκε μετάφραση στα ελληνικά.

### **5.3.7 ISSI**

Αναπτύχθηκε από τους Henderson et al. (1980) και μετράει την κοινωνική υποστήριξη από την οπτική της συμμετοχής σε κοινωνικές ομάδες. Μία διαφοροποίηση γίνεται μεταξύ στενών συναισθηματικών σχέσεων (δεσμών) και σχέσεων με άτομα που οι ερωτώμενοι μοιράζονται απλά ενδιαφέροντα και αξίες (κοινωνική ενσωμάτωση). Γίνεται μια διαφοροποίηση μεταξύ διαθεσιμότητας και υιοθέτησης της σύνδεσης και της κοινωνικής ενσωμάτωσης από 4 ομαδοποιημένες υποκλίμακες, AVSI (διαθεσιμότητα της κοινωνικής ενσωμάτωσης, 6 ερωτήσεις), ADSI (επάρκεια κοινωνικής ενσωμάτωσης, 8 ερωτήσεις), AVAT (διαθεσιμότητα των δεσμών, 6 ερωτήσεις), και ADAT (επάρκεια των δεσμών, 10 ερωτήσεις). Οι απάντησεις δίνονται με δίτιμη μορφή μεταξύ 0 και 1. Το άθροισμα σε κάθε κλίμακα είναι για την AVSI 0–6, την ADSI 0–8, την AVAT 0–6 και την ADAT 0–10, όπου όσο υψηλότερο είναι το σκορ τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης. Ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  ποικίλλει μεταξύ 0.73–0.84 για τις υποκλίμακες (Henderson et al. 1980). Δε βρέθηκε μετάφραση στα ελληνικά.

## **5.4 Συμπέρασμα**

Οι κοινωνικές σχέσεις είναι καθοριστικές για την ευημερία των ατόμων ιδιαίτερα δε των ηλικιωμένων και καθορίζουν τη διατήρηση του επιπέδου της υγείας (Holt-Lunstad et al. 2010). Φαίνεται λοιπόν, όσο υψηλότερη είναι η κοινωνική δικτύωση που διαθέτουν τα άτομα, τόσο καλύτερη είναι η αυτοεκτίμηση της υγείας τους, το επίπεδο και η φροντίδα της υγείας τους (Φακιολάς 2012).

Στη συνέχεια και για να διερευνηθεί αν όντως οι μέχρι τώρα θεωρητικοί ως επί το πολύ ισχυρισμοί ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την

υγεία ποιότητα ζωής, διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, η οποία παρουσιάζεται στο επόμενο κεφάλαιο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

#### 6.1.Εισαγωγή

Οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάζουν την ψυχική υγεία, τη συμπεριφορά, τη σωματική υγεία, και τη θνησιμότητα. Οι κοινωνιολόγοι έχουν διαδραματίσει κεντρικό ρόλο στον προσδιορισμό της σχέσης μεταξύ των κοινωνικών δικτύων και των αποτελεσμάτων στην υγεία (Umberson & Karas 2010). Οι επιδράσεις των κοινωνικών δικτύων στην κατάσταση υγείας, στη ζήτηση ή στη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών και στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού έχουν προσελκύσει το ενδιαφέρον της διεθνούς ερευνητικής κοινότητας (Hawe & Shiell 2000). Τόσο η μοναξιά, όσο και τα κοινωνικά δίκτυα, έχουν συνδεθεί με τη συναισθηματική διάθεση και την ευεξία, την αίσθηση ελέγχου των καταστάσεων και της αυτοεκτίμησης που μειώνουν την επίδραση στρεσογόνων καταστάσεων (Zimet et al. 1988).

Ιδιαίτερα στις σύγχρονες αναπτυσσόμενες και ανεπτυγμένες κοινωνίες, όπου ο πληθυσμός συνεχώς γηράσκει, η κοινωνική υποστήριξη είναι καθοριστικός παράγοντας διατήρησης καλού επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων (Berkman & Krishna, 2014). Ταυτόχρονα, παρά την υποβάθμιση της υγείας, οι ηλικιωμένοι έχουν μια θετική αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους και είναι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους (Greve & Staudinger 2006). Αυτό μπορεί να είναι δυνατό, λόγω των ψυχοκοινωνικών πόρων που προωθούν την ευεξία κατά τη διαδικασία της γήρανσης (Bueno & Navarro 2003, Diener et al. 2003).

Η κοινωνική υποστήριξη προστατεύει τους ηλικιωμένους από την αρνητική επίδραση των προκλήσεων που σχετίζονται με την ηλικία, όπως ο θάνατος μελών της οικογένειας, οι διαπροσωπικές συγκρούσεις, ακόμη και έκτακτα γεγονότα, όπως οι φυσικές καταστροφές, και επιπλέον, προλαμβάνει βιώματα ή συναισθηματικές διαταραχές όπως το άγχος και η κατάθλιψη (Taylor & Lynch 2004, Hsu & Tung 2010, Hatfield et al. 2013). Ως εκ τούτου, η κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να θεωρηθεί ως στρατηγική αντιμετώπισης που επιτρέπει στους ηλικιωμένους να ερμηνεύουν στρεσογόνες συνθήκες και να μειώνουν τις παθολογικές συνέπειες που

προκύπτουν λόγω της φυσιολογικής φθοράς κατά τη γήρανση (Chou et al. 2001, Gow et al. 2007).

Οι κοινωνικοί δεσμοί και η σύνδεσή τους με την υγεία έχουν σημαντικές συνέπειες για την πολιτική υγείας. Πράγματι, ορισμένες από τις υφιστάμενες κοινωνικές πολιτικές και προγράμματα σιωπηρά και έμμεσα ενσωματώνουν κοινωνικούς δεσμούς ως μηχανισμούς για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού και την ευημερία. Για παράδειγμα, πολλά προγράμματα που αφορούν στην υγεία των ηλικιωμένων (π.χ. υπηρεσίες υγείας στο σπίτι και παράδοση φαγητού στο σπίτι) επισημαίνουν τις αρνητικές επιπτώσεις της κοινωνικής απομόνωσης στην υγεία. Ένα εθνικό σχέδιο για την προαγωγή της υγείας (Healthy People 2010) που αναπτύχθηκε από το Υπουργείο Υγείας και Ανθρωπίνων Υπηρεσιών της Αμερικής (U.S. Department of Health and Human Services 2000), αναγνωρίζει ότι οι κοινωνικές σχέσεις διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην επιρροή των συνηθειών υγείας.

Οι Cohen et al. (2000b), αναφέρουν ότι η κοινωνική υποστήριξη χρησιμοποιείται συχνά με την ευρεία έννοια, αναφερόμενοι σε οποιαδήποτε διαδικασία μέσω της οποίας οι κοινωνικές σχέσεις θα μπορούσαν να προωθήσουν την υγεία και την ευημερία και αναφέρονται στους κοινωνικούς πόρους που αντιλαμβάνονται τα άτομα ότι διαθέτουν ή ότι πράγματι τους παρέχονται από μη επαγγελματίες φροντιστές, εθελοντικές ομάδες υποστήριξης και άτυπης βοήθειας από συγγενείς. Ειδικότερα, περιγράφουν την κοινωνική υποστήριξη με δύο μορφές, την αντικειμενική που δείχνει αυτό που οι άνθρωποι έχουν πράγματι λάβει ή αναφέρουν ότι έχουν λάβει και την υποκειμενική αντίληψη η οποία καταγράφει τις πεποιθήσεις του ατόμου σχετικά με τη διαθέσιμη υποστήριξη, και η οποία σχετίζεται πιο σταθερά και πιο δυναμικά με την υγεία και την ευημερία από τα αντικειμενικά μέτρα (Seeman and Berkman 1988, Faber & Wasserman 2002).

Γενικά, τα κοινωνικά δίκτυα ευνοούν το επίπεδο υγείας πληθυσμιακών ομάδων και ατόμων, καθώς και την αυτοεκτίμησή τους για την ατομική τους υγεία. Η επίδραση δε αυτή είναι τόσο υψηλότερη, όσο υψηλότερος και ο βαθμός κοινωνικής δικτύωσης, ενώ η κοινωνική δικτύωση των ατόμων διαφοροποιείται συνήθως ανάλογα με την κοινωνική και οικονομική τους θέση, με ορισμένους δημογραφικούς παράγοντες (οικογενειακή κατάσταση, μέγεθος του νοικοκυριού, παρουσία παιδιών), με τις επαφές με τα παιδιά και την εργασιακή κατάσταση των ατόμων (Φακιολάς 2012).

Στην Ελλάδα η οικογένεια θεωρείται ότι διατηρεί ακόμη τη συνοχή της, αν και σε πρόσφατη μελέτη (Ευτυχίδου και συν. 2007) φαίνεται ότι όλο και μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ζουν μόνοι τους, τόσο στα μεγάλα αστικά κέντρα, όσο και την περιφέρεια. Όπως αναφέρεται σε μία μελέτη, η ύπαρξη άτυπων δικτύων στήριξης στο πλαίσιο της ελληνικής οικογένειας είχε ως αποτέλεσμα να διαμένει σε δομές κλειστής φροντίδας ποσοστό κάτω από 1% των ηλικιωμένων, ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες το αντίστοιχο ποσοστό είναι δεκαπλάσιο (Παπαλιού και Φαγαδάκη 2001). Έχει επίσης διαπιστωθεί, ότι τα άτομα που ζουν απομονωμένα, χωρίς κοινωνική υποστήριξη, όπως οι διαζευγμένοι και οι χήροι, εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου, ενώ καλύτερα προστατεύονται τα άτομα που έχουν κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, φίλους ή από συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες (Πίτσαβος και συν. 2004).

## **6.2 Σκοπός**

Η παρούσα συστηματική ανασκόπηση εξετάζει εάν η κοινωνική υποστήριξη που αντιλαμβάνονται ότι λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από διάφορες ομάδες κοινωνικής υποστήριξης στη ζωή τους (οικογένεια, φίλοι και άλλο σημαντικό πρόσωπο) σχετίζεται ή επηρεάζει την υγεία και ποιότητα ζωής τους. Η υπόθεση ήταν ότι η κοινωνική υποστήριξη επηρεάζει θετικά την υγεία και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

## **6.3 Υλικό και Μέθοδος**

Η παρούσα μελέτη είναι μια συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση. Για την πραγματοποίησή της αναζητήθηκαν πλήρεις ερευνητικές μελέτες στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Pubmed, Scopus και Cochrane. Η αναζήτηση πραγματοποιήθηκε κατά τη διάρκεια του Οκτωβρίου-Νοεμβρίου 2016. Η αναζήτηση στις ηλεκτρονικές βάσεις έγινε με τις λέξεις κλειδιά “social support”, “perceived social support”, “health related quality of life”, “older people” σε όλους τους πιθανούς σχεδιασμούς χρησιμοποιώντας το σύνδεσμο “and”. Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο ‘similar articles’ (Pubmed).



Στην παρούσα ανασκόπηση χρησιμοποιήθηκαν κριτήρια εισαγωγής και αποκλεισμού. Τα κριτήρια εισαγωγής περιελάμβαναν τη δημοσίευση στην ελληνική, αγγλική και γαλλική γλώσσα, ολοκληρωμένων ερευνητικών μελετών, δημοσιευμένων σε επιστημονικά περιοδικά με κριτές και δυνατότητα πρόσβασης στο πλήρες κείμενο του άρθρου. Επιπλέον, οι βιβλιογραφικές παραπομπές των άρθρων και των ανασκοπήσεων που προέκυψαν από την αναζήτηση μελετήθηκαν μία προς μία για τον εντοπισμό περαιτέρω άρθρων. Όλες οι μελέτες που αναφέρονταν στην κοινωνική υποστήριξη και υγεία-ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση. Παράλληλα, οι μελέτες που αναφέρονταν σε άτομα με ηλικία μικρότερη από τα 55 έτη αποκλείστηκαν από την παρούσα ανασκόπηση. Τα 55 έτη επιλέχθηκαν ως ηλικία αφετηρία προετοιμασίας για συνταξιοδότηση. Επιπρόσθετα, οι μελέτες που αναφέρονταν σε ηλικιωμένους που ζούσαν σε ιδρύματα ή νοσηλεύονταν αποκλείστηκαν από την παρούσα συστηματική ανασκόπηση. Επίσης, αποκλείστηκαν οι μελέτες παρέμβασης, διότι σκοπός ήταν να καταγραφεί η υπάρχουσα κατάσταση κι όχι τα προσδωκόμενα αποτελέσματα μετά από παρεμβάσεις, οι πιλοτικές μελέτες, τα ερευνητικά πρωτόκολλα και οι συστηματικές ανασκοπήσεις. Στο διάγραμμα ροής (Σχήμα 6.1) παρουσιάζεται η διεξαγωγή της αναζήτησης. Για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Joanna Briggs Intitute’s critical checklist for studies reporting prevalence data, που δίνει έμφαση στο μελετώμενο πληθυσμό, το μέγεθος του δείγματος, την αναλυτική περιγραφή των αντικειμένων προς μελέτη, την παροχή ή όχι επαρκούς ανάλυσης και την ύπαρξη έγκυρων μεθόδων όπως και το ποσοστό ανταπόκρισης/απαντητικότητα (Munn et al. 2015).

## **6.4 Αποτελέσματα**

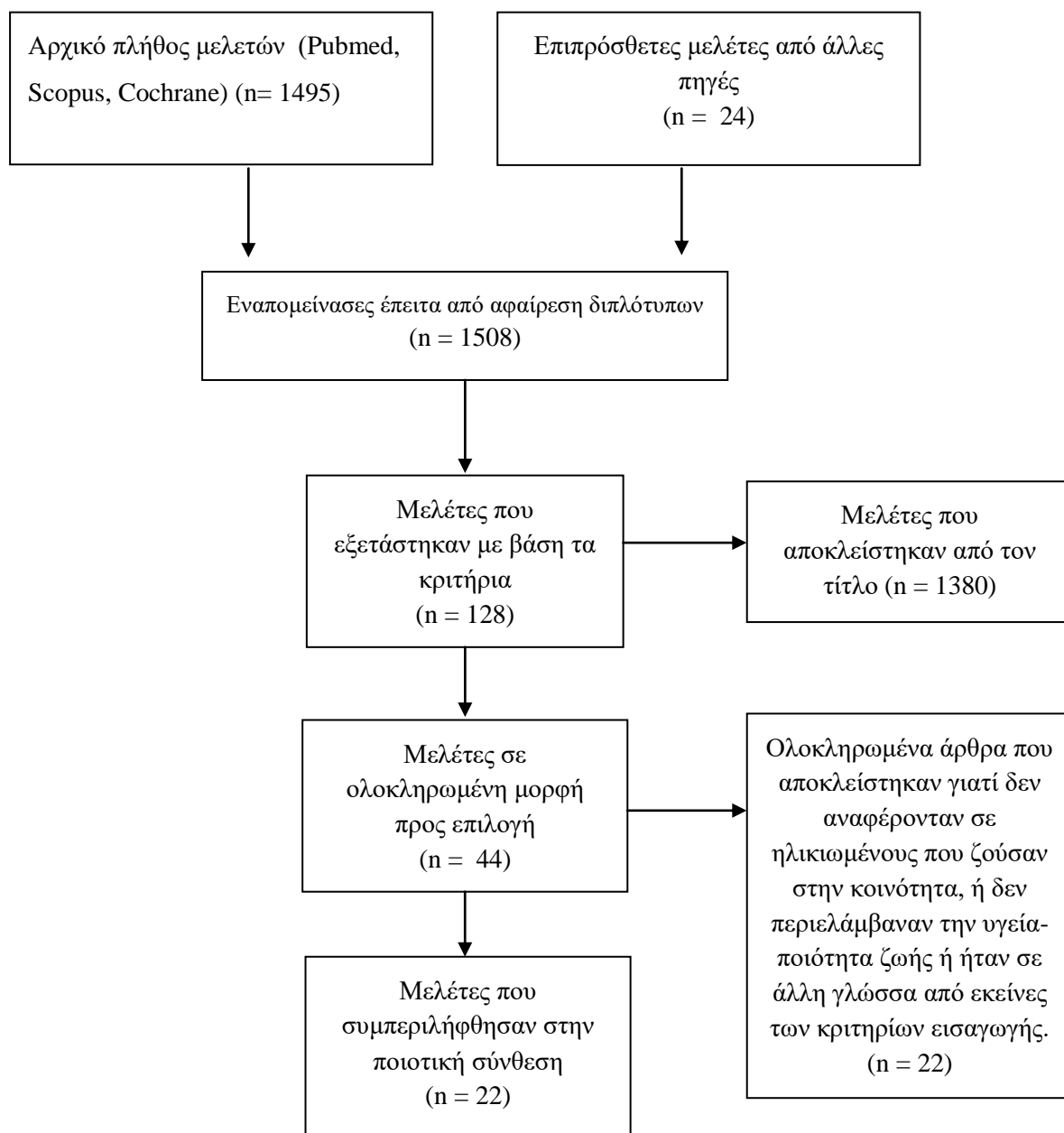
Στην παρούσα ανασκόπηση βρέθηκε σημαντικός αριθμός άρθρων (22) μετά τον αποκλεισμό με βάση τα προαναφερθέντα κριτήρια.

### **6.4.1 Γενική Περιγραφή των Μελετών**

Στον Πίνακα 6.1 παρουσιάζονται ομαδοποιημένες οι 22 μελέτες που τελικά συμπεριλήφθηκαν και περιλαμβάνουν: 10 μελέτες (Bisschop et al. 2003, Kahn et al.

2003, Borglin et al. 2006, Tomaka et al. 2006, de Belvis et al. 2008, Ashida & Heany 2008, Shin et al. 2008, Chan et al. 2009, Gallegos-Carrillo et al. 2009, White et al. 2009) που δημοσιεύτηκαν μεταξύ των ετών 2000 και 2010 και 12 μελέτες (Sok et al. 2011, Årestedt et al. 2012, Sazlina et al. 2012, Chen et al. 2014, Rafnsson et al. 2015, Μπαμπούρη 2015, Bélanger et al. 2016, Dumitrache et al. 2016, Hajek et al. 2016, Liao & Brunner 2016, Naylor et al. 2016, Unsar et al. 2016) που δημοσιεύτηκαν μετά το 2010. Εξ αυτών, οι 13 ήταν περιγραφικές συγχρονικές μελέτες (Kahn et al. 2003, Borglin et al. 2006, Ashida & Heany 2008, Shin et al. 2008, Gallegos-Carrillo et al. 2009, Sok et al. 2011, Årestedt et al. 2012, Sazlina et al. 2012, Chen et al. 2014, Μπαμπούρη 2015, Dumitrache et al. 2016, Naylor et al. 2016, Unsar et al. 2016), ενώ οι 9 ήταν δευτερογενείς αναλύσεις (Bisschop et al. 2003, Tomaka et al. 2006, de Belvis et al. 2008, Chan et al. 2009, White et al. 2009, Rafnsson et al. 2015, Bélanger et al. 2016, Hajek et al. 2016, Liao & Brunner 2016) που βασίστηκαν σε δεδομένα ευρύτερων μελετών.

**Σχήμα 6.1. Διάγραμμα ροής των μελετών που συμπεριελήφθησαν στην ανασκόπηση.**



Επιπρόσθετα, οι μελέτες προέρχονταν από την Αμερική (7) (Kahn et al. 2003, Tomaka et al. 2006, Ashida & Heany 2008, Gallegos-Carrillo et al. 2009, White et al. 2009, Bélanger et al. 2016, Naylor et al. 2016), την Ευρώπη (9) (Bisschop et al. 2003, Borglin et al. 2006, de Belvis et al. 2008, Årestedt et al. 2012, Rafnsson et al. 2015, Μπαμπούρη 2015, Dumitrache et al. 2016, Hajek et al. 2016, Liao & Brunner 2016) - εκ των οποίων μία στην Ελλάδα (Μπαμπούρη 2015)- και την Ασία (6) (Shin et al. 2008, Chan et al. 2009, Sok et al. 2011, Sazlina et al. 2012, Chen et al. 2014, Unsar et al. 2016). Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν μελέτες που συσχέτιζαν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με την κοινωνική υποστήριξη.

Σε 9 μελέτες (Bisschop et al. 2003, Borglin et al. 2006, Tomaka et al. 2006, de Belvis et al. 2008, Ashida & Heany 2008, Gallegos-Carrillo et al. 2009, White et al. 2009, Rafnsson et al. 2015, Liao & Brunner 2016), χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις σχετικά με τα χαρακτηριστικά των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης, το μέγεθος, τη διαθεσιμότητα, τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων για τα κοινωνικά δίκτυα, τη δομή και τη λειτουργία των κοινωνικών σχέσεων. Επιπλέον, 3 (Shin et al. 2008, Dumitrache et al. 2016, Naylor et al. 2016) από τις μελέτες χρησιμοποίησαν το ερωτηματολόγιο MOS-SSS-Social Support Survey (Sherbourne & Stewart 1991), 2 (Μπαμπούρη 2015, Unsar et al. 2016) το Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimet et al. 1988), ενώ ακόμα χρησιμοποιήθηκαν από τους Chan et al. 2009 η Chinese Social Support Questionnaire (SSQ-6) (Sarason et al. 1987), από τους Årestedt et al. 2012 το ISSI (Henderson et al. 1980), από τους Sazlina et al. 2012 το Duke-UNC functional and support questionnaire (Broadhead et al. 1988), από τους Sok et al. 2011 μια 11 βαθμη Likert scale για την οικογενειακή κοινωνική υποστήριξη, από τους Chen et al. 2014 το SSRS-social support rate scale (Xiao 1999), από τους Bélanger et al. 2016 το SSSN-IMIAS social support and network scale (Ahmed et al. 2015), από τους Hajek et al. 2016 το F-SozU K-14 (Fydrich et al. 2009, Kliem et al. 2015) και τέλος από τους Kahn et al. 2003 το SPS: social provision scale (Cutrona & Russell 1987).

Σχετικά με την υγεία-ποιότητα ζωής χρησιμοποιήθηκαν από 3 (de Belvis et al. 2008, Årestedt et al. 2012, Naylor et al. 2016) το ερωτηματολόγιο SF-12 (Ware et al. 1996), από 5 (Borglin et al. 2006, Ashida & Heany 2008, Shin et al. 2008, Gallegos-Carrillo et al. 2009, Sazlina et al. 2012) το SF-36 (Ware et al. 1992, Ferrer & Alonso 1998), από τους Chan et al. 2009 το WHOQOL-BREF (World Health

Organization Quality of Life Group 1998) και το Barthel Index Chinese (Granger et al. 1979), από τους Chen et al. 2014 το OPQOL, older peoples' quality of life (Bowling 2009), από 2 (Rafnsson et al. 2015, Liao & Brunner 2016) το CASP-19: measure of QoL in old age (Hyde et al.2003), από 2 (Hajek et al. 2016, Unsar et al. 2016) το EQ5D (EuroQol 1990) και τέλος από τη Μπαμπούρη 2015 το WHOQOL-OLD (World Health Organization 2006).

Στην πλειοψηφία τους οι μελέτες καταδεικνύουν θετική συσχέτιση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας-ποιότητας ζωής, με εξαίρεση τη μελέτη των Ashida & Heany (2008) που η κοινωνική υποστήριξη δεν σχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την υγεία.

Επιπλέον, σε 5 από τις μελέτες (White et al. 2009, Μπαμπούρη 2015, Bélanger et al. 2016, Liao & Brunner 2016, Unsar et al. 2016) εξειδικεύεται η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από επιμέρους ομάδες όπως ο σύντροφος, συγγενείς ή οι φίλοι.

### Πίνακας 6.1. Ανάλυση των μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

Συγγραφείς	Τίτλος	Είδος μελέτης/Δείγμα	Αποτελέσματα
Bisschop et al. (2003)  Ολλανδία	The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: The Longitudinal Aging Study Amsterdam	Διαχρονική μελέτη  σε 11 δήμους της Ολλανδίας  n =2357	Η ομάδα που δεν είχε κάποια χρόνια πάθηση και ζούσε με σύντροφο είχε μικρότερο κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας (OR=0,42 95% CI 0,23-0,77). Επίσης, η ύπαρξη συντρόφου δεν αύξανε τον κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας σε άτομα με χρόνιες παθήσεις.  Στην ομάδα με 2 ή περισσότερες ασθένειες ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο σχετίστηκε με χαμηλό κίνδυνο μείωσης λειτουργικότητας (OR=0,97 95% CI 0,95-1,00).  Στους ηλικιωμένους με 2 ή περισσότερες ασθένειες με περισσότερες κοινωνικές -όχι συγγενικές- σχέσεις βρέθηκε συσχέτιση με χαμηλότερο κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας.
Kahn et al. (2003)	Social support, health, and well being among the elderly: what is the role of negative affectivity?	Συγχρονική  n= 100	Η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται στατιστικά σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της υγείας και την κατάθλιψη.  Τα άτομα που αντιλαμβάνονταν ότι είχαν περισσότερη

ΗΠΑ			κοινωνική υποστήριξη, ήταν λιγότερο καταθλιπτικά.  Η σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και σωματικής υγείας, ενώ ήταν στατιστικά σημαντική αλλά ασθενής.
Borglin et al. (2006)  Σουηδία	Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence	Ανάλυση κατά συστάδες σε 3 ομάδες ηλικιωμένων με υψηλή, μέση και χαμηλή QoL  n=385	Η ομάδα με υψηλή QoL ανέφερε συχνότερα «άριστη ή καλή υγεία», ικανοποιητική κοινωνική υποστήριξη και υψηλότερη συνολική ποιότητα ζωής.  Η ομάδα με τη χαμηλή QoL περιλάμβανε τους πιο ηλικιωμένους με χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης και συνολικής ποιότητας ζωής.  Η ενδιάμεση ομάδα είχε χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη και περισσότερα προβλήματα υγείας από αυτούς με την υψηλή.
Tomaka et al. (2006)  Μεξικό	The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly	Συγχρονική  n= 755	Η απομόνωση και η μοναξιά σχετίζονται θετικά με την ασθένεια, ενώ η κοινωνική υποστήριξη (οικογένεια και το αίσθημα του «ανήκειν») σχετίζονται αρνητικά με την ασθένεια με μία εξαίρεση (νόσους του ήπατος).
de Belvis et al. (2008)  Ιταλία	Social relationships and HRQL:  A cross-sectional survey among older Italian adults	Συγχρονική μελέτη με δεδομένα από τη διαχρονική μελέτη που πραγματοποιείται κάθε 5 χρόνια από το Εθνικό Ινστιτούτο Στατιστικής της Ιταλίας (ISTAT)  n=33.744	Οι ηλικιωμένες γυναίκες που ζούσαν μακριά από συγγενείς και είχαν λίγες φιλικές σχέσεις ήταν πιθανότερο να έχουν μετρήσεις ψυχικής υγείας κάτω του μέσου (OR=0,863; 95% CI 0,81- 0,92).  Παρομοίως χαμηλότερες τιμές σωματικής υγείας είχαν σχέση με τη μικρότερη συχνότητα συναντήσεων με τους συγγενείς κι με την οικογένεια (OR=0,857; 95% CI 0,81-0,91).
Ashida &Heaney (2008)  ΗΠΑ	Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults	Συγχρονική  n=126	Η κοινωνική υποστήριξη δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την υγεία (b= -0,11).  Η έλλειψη θετικής συσχέτισης μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας οφείλεται πιθανόν στη μέθοδο συλλογής των δεδομένων και στις διαφορές στην ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη.

Shin et al. (2008)  Κορέα	Impacts of poor social support on general health status in community-dwelling Korean elderly: the results from the Korean longitudinal study on health and aging	Συγχρονική μελέτη με δεδομένα από την κορεάτικη διαχρονική KLoSHA για την Υγεία και τη Γήρανση.  n= 787	Η ομάδα με τη χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη είχε χαμηλότερο άθροισμα στην κορεάτικη έκδοση των κλιμάκων KATZ και Lawton.  Επίσης είχε χαμηλότερη HRQoL, μεγαλύτερη πιθανότητα (15,9%) να εμφανίσει κατάθλιψη (OR=3,05; 95% CI, 1.77-5.27).
Chan et al. (2009)  Κίνα	Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support	Συγκριτική ανάλυση 2 συγχρονικών μελετών  n =80 από το Hong Kong και n=71 από τη Shanghai	Η ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε σημαντικά με την υγεία-ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Για την ομάδα των ηλικιωμένων από τη Shanghai η ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη συνεισέφερε σημαντικά στο τελικό άθροισμα στην WHOQOL-BREF για την υγεία-ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.  Συγκριτικά οι ηλικιωμένοι από τη Shanghai είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, ήταν όμως και νεότεροι από τους ηλικιωμένους από το Hong Kong.
Gallegos-Carrillo et al. (2009)  Μεξικό	Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults	Συγχρονική Συγκριτική με 2 ομάδες (η 1 <sup>η</sup> με καταθλιπτικά συμπτώματα και ανησυχία και η 2 <sup>η</sup> χωρίς αυτά)n= 2788 (n=1418στην ομάδα ελέγχου και n= 1370 στην ομάδα σύγκρισης	Το κοινωνικό δίκτυο (με ποιον μένουν, οικογενειακή κατάσταση, μέγεθος δικτύου συγγενών και φίλων) επιδρούσε στην HRQOL και στις 2 ομάδες.  Στην ομάδα ελέγχου αυτοί που έμεναν μόνοι είχαν χαμηλότερα επίπεδα HRQOL.  Στην ομάδα σύγκρισης δεν ίσχυε το παραπάνω, οι ηλικιωμένοι είχαν καλύτερη HRQOL.  Χαμηλότερες τιμές HRQOL σημειώθηκαν σε ηλικιωμένους χωρίς δίκτυο στενών συγγενών (και στις 2 ομάδες οι τιμές κινούνται στα ίδια επίπεδα).  Επιπλέον όσο ο αριθμός των συγγενών και των φίλων αυξάνει ειδικά στην 1 <sup>η</sup> ομάδα, η HRQOL είναι υψηλότερη.

White et al. (2009)  ΗΠΑ	Social support and self-reported health status of older adults in the United States	Συγχρονική n= 3476	<p>Οι ηλικιωμένοι με υψηλότερη ανάγκη για συναισθηματική υποστήριξη είχαν 2 φορές χειρότερη υγεία συγκριτικά με αυτών που ήταν ικανοποιημένοι με την υποστήριξη που λάμβαναν.</p> <p>Ηλικιωμένοι άνδρες που δεν αναγνώριζαν καμία υποστήριξη ανέφεραν χειρότερη υγεία 2 φορές περισσότερο σε σύγκριση με εκείνους που λάμβαναν υποστήριξη από την οικογένειά τους και άλλα σημαντικά πρόσωπα (OR=2,56; 95% CI, 1,47- 4,47; P&lt;.001). Ομοίως οι γυναίκες που θεωρούσαν ότι μόνο οι συγγενείς τους είναι συναισθηματικά υποστηρικτικοί είχαν χειρότερη υγεία 1,4 φορές περισσότερο από κείνες που λάμβαναν υποστήριξη από τα ίδια μέλη.</p> <p>Οι ηλικιωμένοι που έλαβαν συναισθηματική υποστήριξη μόνο από τους συγγενείς ανέφεραν χειρότερη υγεία 1,36 φορές περισσότερο από αυτούς που λάμβαναν κι είχαν καλή ή άριστη.</p> <p>Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ηλικιωμένων με στενούς δεσμούς με άλλα μέλη της κοινότητας σε σχέση με κείνους που λάμβαναν υποστήριξη από την οικογένεια και άλλα μέλη της κοινότητας.</p> <p>Οι ηλικιωμένοι με μία τουλάχιστον στενή φίλια ανέφεραν ότι ήταν πιο υγιείς από κείνους που δεν είχαν.</p>
Sok & Yun (2011)  Κορέα	A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviours between aged living alone and living with family in Korea.	Συγχρονική συγκριτική n= 267	<p>Οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με την οικογένειά τους (M= 25,03, TA: 2,14) είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας από αυτούς που ζούσαν μόνοι (M= 13,77, TA: 2,36) καθώς αυτοί που ζούσαν με την οικογένεια είχαν υψηλότερο επίπεδο υποστήριξης από την οικογένεια (M= 42,69, TA: 9,14).</p>
Årestedt et al. (2012)  Σουηδία	Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure	Συγχρονική n=349	<p>Βρέθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας- ποιότητας ζωής. Όσο υψηλότερο το επίπεδο της κοινωνικής υποστήριξης, τόσο υψηλότερη η υγεία και ποιότητα ζωής.</p> <p>Η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική επίδραση στην υγεία-ποιότητα ζωής ηλικιωμένων με καρδιακή ανεπάρκεια.</p>



Sazlina et al. (2012)  Μαλαισία	Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia	Συγχρονική n= 347	Λιγότερη κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε χειρότερη σωματική υγεία (OR=2,11; 95%CI, 1,27-3,51, p=0,004), συστατικό της HRQoL και σε χειρότερη πνευματική υγεία (OR=2,71; 95%CI, 1,63-4,51, p<0,001) επίσης συστατικό της HRQoL.  Οι ηλικιωμένοι με λιγότερους φίλους είχαν χαμηλότερη HRQoL. Η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται με κακή ψυχολογική κατάσταση στη Μαλαισία.
Chen et al. (2014 & 2015)	A) Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in Mainland China  β) Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai	Συγχρονική n=521	Η κοινωνική υποστήριξη και η μοναξιά είχαν επίδραση στην υγεία-ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν υψηλότερο επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης και χαμηλότερο επίπεδο μοναξιάς, ανέφεραν υψηλότερη ποιότητα ζωής.
Rafnsson et al. (2015)  Μεγάλη Βρετανία	Longitudinal influences of social network characteristics on subjective well being of older adults: findings from the ELSA study	Συγχρονική με δεδομένα της μελέτης ELSA n= 4116	Τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την ευεξία.  Ιδιαίτερα το μέγεθος του δικτύου και η συχνότητα των επαφών του ηλικιωμένου σχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση του ηλικιωμένου για τη ζωή του κι επηρεάζουν την ποιότητά της.
Μπαμπούρη (2015)  Ελλάδα	Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων χρηστών σε ΚΑΠΗ της Αττικής	Συγχρονική n=150	Οι ηλικιωμένοι που λάμβαναν φροντίδα από το/τη σύντροφο δήλωσαν καλύτερη υποκειμενική υγεία απ' ό,τι εκείνοι που λάμβαναν φροντίδα από τους άλλους, π.χ. φροντιστές, δηλαδή οι μισοί ηλικιωμένοι με καλό επίπεδο υγείας ήταν ευχαριστημένοι από τη ζωή, ενώ το 12% καθόλου.  Οι μισοί είχαν ένα φίλο να μοιράζονται τις λύπες και τις χαρές τους, μεγάλο όμως είναι το ποσοστό εκείνων που δεν τους εμπιστεύονται (22%). Μόνο το 9,4% των μελών του ΚΑΠΗ, που εδράζεται σε πόλη της περιφέρειας της Ελλάδας δεν έχουν φίλους.  Στην παρούσα μελέτη το 81,5% είχαν θετική αντίληψη για την υγεία όταν δίπλα τους βρισκόταν ο(η) σύζυγος, ενώ όταν βρίσκονταν άλλα άτομα (π.χ. τέκνα, αδέρφια, φροντιστές κ.ά.), το 57,1% είχε καλή αντίληψη της

			υγείας του και μέτρια μόνο το 34,3%.
Bélanger et al. (2016)  Καναδάς, Κολομβία, Βραζιλία	Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults	Συγχρονική n=1600 (n=400 από κάθε πόλη)	Στον Καναδά η απουσία συντρόφου συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με χειρότερο επίπεδο υγείας (PR=0,90; 95% CI 0,82- 0,98). Αυτοί που είχαν καλή σχέση με φίλους και σύντροφο είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας (PR=1,09; 95% CI 1,01-1,18).  Ομοίως, στη Λατινική Αμερική, υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την ευρύτερη οικογένεια συσχετίστηκαν με καλύτερη υγεία. Ένα καλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια (PR=0,63; 95% CI 0,48- 0,83), τα παιδιά (PR=0,60; 95% CI 0,45- 0,80) και το σύντροφο (PR=0,57; 95% CI 0,31- 0,77) σχετίστηκε με χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης και η καλύτερη ποιότητα ζωής συσχετίστηκε με υψηλή υποστήριξη από τα παιδιά (PR=1,54; 95% CI 1,20-1,99) και το σύντροφο (PR=1,31; 95% CI 1,03-1,67).
Dumitrache et al. (2016)  Ισπανία	Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support	Συγχρονική n=406	Η αλληλεπίδραση της κοινωνικής υποστήριξης (κατηγοριοποιημένη ως πολύ χαμηλή, χαμηλή, μέτρια, υψηλή και πολύ υψηλή) και της αυτοαναφερόμενης υγείας ήταν σημαντική ( $\beta = -0,19$ ; SE= 0,07; $t(403) = -2,72$ , $p < 0,01$ ).  Όταν η κοινωνική υποστήριξη ήταν πολύ χαμηλή η αυτοαναφερόμενη υγεία σχετιζόταν με χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ όταν η κοινωνική υποστήριξη ήταν μέτρια η ικανοποίηση ήταν υψηλότερη.
Hajek et al. (2016)  Γερμανία	Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany	Προοπτική μελέτη κοορτής n= 2443	Στο σύνολο του δείγματος βρέθηκε στατιστικά σημαντική ισχυρά θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και HRQoL ( $b = 0,55$ , $p < 0,05$ ).  Όταν η κοινωνική υποστήριξη μειώνεται στους άνδρες μειώνεται και η HRQOL ( $\beta = 1,39$ ; $p < 0,001$ ) ενώ κάτι τέτοιο δεν παρατηρείται στις γυναίκες.
Liao & Brunner (2016)	Structural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults:	Συγχρονική μελέτη με δεδομένα της διαχρονικής Whitehall II	Το ευρύτερο φιλικό δίκτυο ( $\beta = 1,9$ ; 95 % CI 1,5–2,3), η ύπαρξη συντρόφου ( $\beta = 1,2$ , 95 % CI 0,5–1,7) και το υψηλότερο επίπεδο αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης ( $\beta = 2,2$ , 95 % CI 1,8–2,7) σχετίζονται με

Μεγάλη Βρετανία	does chronic disease status matter?	από τη φάση 7 και 9. n= 5925	βελτιωμένη QoL στους ηλικιωμένους. Η υποστήριξη από τους φίλους ήταν ίδια και πιο ισχυρή από του συντρόφου. Το φιλικό και οικογενειακό δίκτυο σχετίζονται θετικά με την QoL, αλλά όταν είναι και τα 2 παρόντα οι φίλοι φαίνεται να προσφέρουν περισσότερο όφελος από τους συγγενείς.
Naylor et al. (2016) ΗΠΑ	Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports	Προοπτική, Διαχρονική μελέτη κοορτής. n= 470	Οι ηλικιωμένοι που λάμβαναν μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη, είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής (p = 0,004).
Unsar et al. (2016) Τουρκία	Social support and quality of life among older adults	Συγχρονική n= 108	Στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της υγείας των ηλικιωμένων και της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους και το σημαντικό άλλο. Όσο αυξάνεται η κοινωνική υποστήριξη τόσο βελτιώνεται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

## 6.5 Συζήτηση

Στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση, η οποία μελέτησε τη σχέση κοινωνικής υποστήριξης και υγείας-ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκαν 22 σχετικές μελέτες. Στην πλειοψηφία των μελετών φαίνεται ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται στατιστικά σημαντικά με όλες τις διαστάσεις της υγείας, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και την κατάθλιψη. Μόνο στη μελέτη των Ashida & Heaney (2008) η κοινωνική υποστήριξη δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την υγεία ( $b=-0,11$ ). Βέβαια, η έλλειψη θετικής συσχέτισης μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας στη συγκεκριμένη μελέτη οφείλεται πιθανόν στη μέθοδο συλλογής των δεδομένων και στις διαφορές του κάθε ατόμου σχετικά με την ανάγκη για κοινωνική υποστήριξη. Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με προβλήματα υγείας είναι πιθανό να χρειαστούν περισσότερη υποστήριξη από τα μέλη του δικτύου

σε σύγκριση με εκείνους που είναι πιο υγιείς, ενδεχομένως οδηγώντας σε συστηματικές διαφορές στο πώς τα ερωτήματα σχετικά με τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης απαντήθηκαν και μειώνοντας κάθε θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας Ashida & Heany (2008) . Επιπλέον, πρόκειται για μια μελέτη με σχετικά μικρό δείγμα.

Η μελέτη των de Belvis et al. (2008) με το μεγαλύτερο δείγμα 33.744 ηλικιωμένων, αναφέρει ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες που ζούσαν μακριά από συγγενείς και είχαν λίγες φιλικές σχέσεις ήταν πιθανότερο να έχουν χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία. Οι περισσότερες μελέτες με πολύ μικρό δείγμα, όπως των Kahn et al. (2003) με 100 άτομα και των Unsar et al. (2016) με 108 άτομα, ανέφεραν ότι η κοινωνική υποστήριξη συνδέεται στατιστικά σημαντικά με την υγεία και την κατάθλιψη. Τα άτομα που αντιλαμβάνονταν ότι είχαν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη, ήταν λιγότερο καταθλιπτικά.

Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ των Kahn et al. (2003) και των Ashida & Heaney (2008) είναι εκείνες που αναφέρονται στην ασθενή σχέση της κοινωνικής υποστήριξης και της υγείας. Στον αντίποδα, μελέτες από διαφορετικές ηπείρους - την Ευρώπη και την Ασία -, παρά τις πολιτιστικές και πολιτισμικές διαφορές των πληθυσμών που αποτελούν το δείγμα των διαφορετικών μελετών, καταδεικνύουν τη θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους.

Επιπρόσθετα, ενδιαφέρον είναι το εύρημα που προκύπτει από τη μελέτη των Bisschop et al.(2003), όπου οι ηλικιωμένοι ανεξάρτητα από την ύπαρξη χρόνιας πάθησης με κοινωνική υποστήριξη από σύντροφο είχαν μικρότερο κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας, ενώ ακόμα και εκείνοι με δύο ή περισσότερες ασθένειες κι ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο είχαν χαμηλό κίνδυνο μείωσης της λειτουργικότητας. Άρα, η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης θα μπορούσε να είναι ανεξάρτητη της νόσου. Αυτό επιβεβαιώνεται και από τους Liao & Brunner (2016), όπου άτομα με χρόνιες παθήσεις και ενισχυμένο κοινωνικό δίκτυο έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας από ηλικιωμένους χωρίς χρόνια νοσήματα και μικρότερη κοινωνική υποστήριξη.

Αξίζει επίσης να σημειωθεί, ότι στις μελέτες που χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα για την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη (MSPSS) (Μπαμπούρη, 2015, Unsar et al., 2016) στη μεν πρώτη μελέτη οι ηλικιωμένοι που λάμβαναν φροντίδα από το σύντροφο είχαν καλύτερη υποκειμενική υγεία, ενώ παράλληλα είχαν καλύτερη άποψη για την υγεία τους όταν μένουν με το σύντροφό τους, ενώ δεύτερη

μελέτη από την Τουρκία, η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική και στατιστικά σημαντική σχέση με την υγεία ανεξάρτητα από το είδος του κοινωνικού δικτύου. Παρομοίως, στην Κορέα σύμφωνα με τους Sok & Yun (2011), οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με την οικογένειά τους είχαν υψηλότερη υποστήριξη και καλύτερη υγεία από αυτούς που ζούσαν μόνοι. Τα παραπάνω έρχονται σε αντιδιαστολή με τα συμπεράσματα των Bélanger et al. (2016) από τον Καναδά, όπου η απουσία συντρόφου συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με χειρότερο επίπεδο υγείας, ενώ αυτοί που είχαν καλή σχέση με φίλους και σύντροφο είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας. Ομοίως, στη Λατινική Αμερική, υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης από την ευρύτερη οικογένεια συσχετίστηκαν με καλύτερη υγεία με μεγαλύτερη επίδραση αυτή της οικογένειας, έπειτα των παιδιών και τέλος του συντρόφου.

## **6.6 Αξιολόγηση της Μεθοδολογικής Ποιότητας των Μελετών**

Για την αξιολόγηση της μεθοδολογικής ποιότητας των μελετών χρησιμοποιήθηκε το εργαλείο Joanna Briggs Intitute's critical checklist for studies reporting prevalence data, που δίνει έμφαση στο μελετώμενο πληθυσμό, το μέγεθος του δείγματος, την αναλυτική περιγραφή των αντικειμένων προς μελέτη, την παροχή ή όχι επαρκούς ανάλυσης και την ύπαρξη έγκυρων μεθόδων όπως και το ποσοστό ανταπόκρισης/απαιτητικότητα (Munn et al. 2015).

Σύμφωνα με την αξιολόγηση βρέθηκε ότι οι μελέτες που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα ανασκόπηση είχαν διαφορετικό επίπεδο ποιότητας. Στην πλειοψηφία τους είναι συγχρονικές μελέτες κι αυτό οδηγεί σε ερμηνεία των αποτελεσμάτων στο παρόν και δεν καταδεικνύει την αιτιώδη σχέση των μελετώμενων εννοιών (Tomaka et al. 2006, Gallegos-Carrillo et al. 2009, White et al. 2009, Sazlina et al. 2012, Bélanger et al. 2016, Dumitrache et al. 2016, Liao & Brunner 2016, Naylor et al. 2016, Unsar et al., 2016). Επιπλέον, στη μελέτη τους οι Shin et al. (2008) παρά το ικανοποιητικό ποσοστό ανταπόκρισης (63%) κι επαρκές δείγμα (n= 787) αξιολογούν τους ηλικιωμένους με κλίμακες που έχουν σχέση με την άνοια και την κατάθλιψη των ηλικιωμένων όπως και οι Chan et al. (2009) που έχουν μικρό δείγμα (n=151) χρησιμοποιούν στη μελέτη ηλικιωμένους με διαγνωσμένη κατάθλιψη χωρίς συννοσηρότητα. Ταυτόχρονα και οι Gallegos-Carrillo et al. (2009) μελέτησαν ηλικιωμένους που είχαν κατάθλιψη κι ανησυχία, αλλά ζούσαν στην κοινότητα. Μικρό

δείγμα είχαν επίσης οι Kahn et al. (2003) και μόνο από 3 κέντρα ηλικιωμένων με μέτρια παρουσίαση των αποτελεσμάτων, οι Ashida & Heaney (2008) με 126 ηλικιωμένους μόνο από μία κοινότητα του Οχάιο και με μοντέλο που φτιάχτηκε για τα χαρακτηριστικά του δείγματος και δεν επιτρέπει γενικεύσεις, ακόμα οι Sok & Yun (2011) με n=267 δεν κατάφεραν να δείξουν διαφορά στους υποπληθυσμούς του συνολικού μελετώμενου δείγματος δηλαδή σε εκείνους που ζούσαν μόνοι και σε εκείνους που ζούσαν με την οικογένειά τους. Βέβαια και η Μπαμπούρη (2015) με δείγμα 150 άτομα συμπεριέλαβε μόνο ένα ΚΑΠΗ στη δειγματοληψία όπως και οι Unsar et al. (2016) είχε μικρό δείγμα (n=108) και χωρίς τυχαία επιλογή ερωτηθέντων αλλά με εθελοντές μόνο από 2 κέντρα στο Edirne. Όπως και οι Dumitrache et al. (2016) που δεν είχαν τυχαίο δείγμα οπότε δεν είναι εφικτή η γενίκευση στον ισπανικό πληθυσμό.

Υπάρχουν 2 μελέτες (Tomaka et al. 2006, Bélanger et al. 2016), όπου η πολυπολιτισμικότητα του δείγματος δημιουργεί θέματα εγκυρότητας, τα αποτελέσματα χρειάζονται περεταίρω επικύρωση και ειδικά στους Bélanger et al. (2016) με το χαμηλό ποσοστό απαιτητικότητας στον канаδικό υποπληθυσμό του δείγματος τίθεται θέμα εξωτερικής εγκυρότητας. Παράλληλα, η ποικιλομορφία του δείγματος των Naylor et al. (2016) αποτελεί πρόκληση για την εξαγωγή ασφαλών αποτελεσμάτων ειδικά όταν το 15% του δείγματος εμφανίζει γνωστικά ελλείμματα και τίθεται θέμα αμφισβήτησης των αυτοαναφερόμενων απαντήσεων. Οι αυτοαναφερόμενες κλίμακες θέτουν θέμα υποκειμενικότητας και στους Årestedt et al. (2012), Liao & Brunner (2016). Θέμα εσωτερικής εγκυρότητας τίθεται και στην μελέτη των Borglin et al. (2006) όπου η συλλογή έγινε σε δύο φάσεις στον ίδιο πληθυσμό για τα δεδομένα κι εξωτερικής καθώς αυτοί που αποκλείστηκαν εξαιτίας χαμηλής ποιότητας ζωής ήταν γηραιότεροι αλλά η εξωτερική εγκυρότητα ενισχύεται τελικά από το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης ( 80%) και το τυχαίο δείγμα.

Τέλος, μόνο 2 μελέτες των Bisschop et al. (2003) και de Belvis et al. (2008) είναι υψηλής ποιότητας με μεγάλο δείγμα, τυχαιοποιημένο, υψηλά ποσοστά ανταπόκρισης, επαρκή και τεκμηριωμένη ανάλυση κι έγκυρες μεθόδους.

## 6.7 Συμπέρασμα

Η υποκειμενική κοινωνική στήριξη των ηλικιωμένων μεταφράζεται ως βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα και σε θέματα συναισθηματικής κάλυψης. Επίσης, πολύ σημαντικός βρέθηκε να είναι ο ρόλος του/της συζύγου/συντρόφου στην οικογένεια και των άλλων ατόμων του περιβάλλοντος όσον αφορά στην υποκειμενική αντίληψη της καλής υγείας. Διαφορετικοί τύποι κοινωνικών σχέσεων επηρεάζουν διαφορετικά τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων με ή χωρίς χρόνια νοσήματα.

Αυτό σημαίνει ότι μια εκτεταμένη κοινωνική υποστήριξη που εκτείνεται πέρα από την οικογένεια, είναι ένας βασικός παράγοντας καλύτερης γενικής υγείας μεταξύ των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Αντίθετα, η κοινωνική απομόνωση, είναι παράγοντας κινδύνου για φτωχότερη γενική υγεία και ποιότητα ζωής.

## **II. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**



## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7**

### **ΜΕΘΟΔΟΣ**

#### **7.1 Σκοπός**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι και σε ηλικιωμένους που ζουν με την οικογένειά τους.

##### **7.1.1 Επιμέρους στόχοι**

Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- Να διερευνηθεί η ύπαρξη σχέσης μεταξύ του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.
- Να διερευνηθεί η επίδραση των δημογραφικών μεταβλητών στο επίπεδο της υγείας και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.
- Να συγκριθεί το επίπεδο υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ανάλογα με το αν ζουν μόνοι ή με την οικογένειά τους.

#### **7.2 Ερευνητικός σχεδιασμός**

Ο τύπος της μελέτης που επιλέχτηκε ήταν περιγραφικός με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό (cross-sectional study). Ο σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η καταγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, στην παρούσα μελέτη η στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου χωρίς παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο χρόνο. Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται για να παράγει νέα γνώση σε θέματα όπου δεν υπάρχει ή υπάρχει περιορισμένη έρευνα. Μέσω αυτής περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική μελέτη και έλεγχο θεωρίας (Burns & Grove 2005).

Η επισκόπηση χρησιμοποιείται κυρίως με την έννοια της περιγραφικής μελέτης ή της μελέτης συσχέτισης, σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς, οι οποίες αφορούν στην επικράτηση (επιπολασμός), στην κατανομή και στη συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών και ο όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κάθε μελέτη στην οποία ο ερευνητής συλλέγει δεδομένα με σκοπό τη διερεύνηση χαρακτηριστικών, γνώσεων, απόψεων, στάσεων και αξιών.

Μια επισκόπηση μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό. Οι συγχρονικές μελέτες αφορούν στη συλλογή δεδομένων σε μια μόνο χρονική στιγμή. Δεν περιλαμβάνει χωριστές δειγματοληψίες, αλλά μια δειγματοληψία πληθυσμού στο χρόνο. Το κύριο πλεονέκτημά τους αφορά στο ότι είναι πρακτικές, δηλαδή είναι σχετικά οικονομικές, λιγότερο χρονοβόρες και ευκολότερες στο χειρισμό τους σε σύγκριση με τις διαχρονικές (Bassett & Bassett 2003, Wood et al. 2006).

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι επισκοπήσεις συνήθως ακολουθούν το συγχρονικό σχεδιασμό και είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για να περιγράψουν σχέσεις μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη στιγμή δίνοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Conkin Dale 2005).

### **7.2.1 Δείγμα**

Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας και σ' αυτό συμπεριλήφθηκαν ηλικιωμένοι που διαβιούν στην κοινότητα στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Οι ηλικιωμένοι προσεγγίστηκαν στα ΚΑΠΗ για την ενημέρωσή τους σχετικά με τη μελέτη και το σκοπό της, αφού υπήρξε η σχετική άδεια από το Δήμο, τον υπεύθυνο του ΚΑΠΗ και συνεννόηση με το προσωπικό. Επίσης ενημερώθηκαν οι ηλικιωμένοι ότι η συμμετοχή τους στην ερευνητική μελέτη είναι εθελοντική, ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και το περιεχόμενο μετά τη συμπλήρωσή του απόλυτα εμπιστευτικό. Τα κριτήρια εισαγωγής στο δείγμα ήταν:

- 1) Άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω.
- 2) Άνδρες και γυναίκες σε ίση περίπου αναλογία.
- 3) Άτομα που δεν είχαν περιορισμούς στις γνωστικές λειτουργίες και με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και ανεξάρτητη διαβίωση.

Οι δήμοι επιλέχθηκαν με βάση κοινωνικοδημογραφικά κριτήρια, έτσι ώστε να διασφαλιστεί μεγαλύτερη ποικιλία στα χαρακτηριστικά των μελών του δείγματος, μιας και δεν ήταν δυνατό στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης να γίνει ούτε τυχαία δειγματοληψία αλλά, ούτε να διασφαλιστεί αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

### **7.2.2 Μεταβλητές της μελέτης**

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές περιλαμβάνουν δημογραφικά δεδομένα, καθώς και δεδομένα που σχετίζονται με το υποστηρικτικό περιβάλλον, πχ. καταγραφή του επιπέδου οικογενειακής-κοινωνικής υποστήριξης.

Οι εξαρτημένες μεταβλητές περιλαμβάνουν τη διερεύνηση του επιπέδου υγείας με αντικειμενικά και υποκειμενικά δεδομένα, πχ. καταγραφή του ιστορικού υγείας, μέτρηση της αυτό-αναφερόμενης υγείας – συμπεριλαμβανομένων των διαστάσεων της σωματικής και ψυχικής υγείας - και ποιότητας ζωής.

Η επιλογή των κατάλληλων εργαλείων έγινε μετά από ενδελεχή διερεύνηση της βιβλιογραφίας και τελικά επιλέχθηκαν τα καταλληλότερα όχι μόνο για τις υπό διερεύνηση διαστάσεις, αλλά και για τον πληθυσμό των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα.

### **7.2.3 Διαδικασία επιλογής μεθόδου συλλογής δεδομένων**

Τα δεδομένα μελέτης επισκόπησης είναι δυνατόν να συλλεχθούν με πολλούς τρόπους. Οι συνηθέστερες μέθοδοι είναι οι προσωπικές και οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις, τα ανώνυμα ερωτηματολόγια και η παρατήρηση. Όλα τα ερευνητικά εργαλεία έχουν πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα. Η χρήση ενός ερευνητικού εργαλείου δεν αποκλείει τη χρήση ενός δεύτερου ή και ενός τρίτου. Αυτό σημαίνει ότι ο ερευνητής μπορεί να διασταυρώσει τα ερευνητικά εργαλεία εάν αυτό απαιτείται από τις ανάγκες της εργασίας του. Όλες οι μέθοδοι που αναφέρονται παραπάνω είναι μέθοδοι αυτό-αναφοράς, οι οποίες θεωρούνται οι καταλληλότερες για τη συλλογή δεδομένων που αναφέρονται σε απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος του ανώνυμου ερωτηματολογίου με συμπλήρωση μέσω συνέντευξης από την ερευνήτρια (Polit & Beck 2006).

Αν και οι συνεντεύξεις θεωρούνται οι καταλληλότερες για τη συλλογή πληροφοριών με ευελιξία και η δυνατότητα καταγραφής λεπτομερώς απόψεων και η επαφή του αξιολογητή με το χρήστη είναι άμεση, εντούτοις τα ερωτηματολόγια αποτελούν περισσότερο πρόσφορη μέθοδο αφού η εξαγωγή συμπερασμάτων είναι πολύ πιο εύκολη και ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διαχυθεί σε μεγάλο πλήθος υποκειμένων, ιδιαίτερα όταν ο προς διερεύνηση πληθυσμός εξαπλώνεται σε μια μεγάλη γεωγραφική περιοχή και δεν απαιτούν εκπαίδευση (αποφυγή μεροληψίας του συνεντευκτή). Για το λόγο αυτό είναι μέθοδος που κοστίζει λιγότερο κι εξοικονομεί πολύτιμο χρόνο σε σύγκριση με τις συνεντεύξεις. Επίσης, επιτρέπει ανωνυμία ενώ τέλος όσον αφορά τις τηλεφωνικές συνεντεύξεις μπορεί να αποδίδουν πιο γρήγορα στη συλλογή δεδομένων, αλλά εξαιτίας πολλών μειονεκτημάτων (απρόσωπες, λιγότερες ερωτήσεις όχι προσωπικού χαρακτήρα, εχεμύθεια, απαραίτητη εκπαίδευση σε τεχνικές συνεντεύξεις) είναι λιγότερο αποτελεσματικές (Wood et al. 2006, Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής 2007, Μέλλου 2008).

#### **7.2.4 Επιλογή του κατάλληλου ερωτηματολογίου**

Υπάρχουν πολλοί τρόποι για την ανεύρεση και την επιλογή κατάλληλου ερωτηματολογίου ως οργάνου μέτρησης όπως ανασκόπηση βιβλιογραφίας από παρόμοιες μελέτες, ειδικά βιβλία, διδακτορικές διατριβές ή προφορική ανακοίνωση μεταξύ ερευνητών (Burns & Grove 2005).

Το ερωτηματολόγιο της παρούσας μελέτης αποτελείται από τρεις ενότητες:

Στην πρώτη ενότητα, η οποία αναπτύχθηκε με βάση τη βιβλιογραφία, περιλαμβάνονται 16 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά στοιχεία. Έπειτα υπάρχουν 10 ερωτήσεις που αναφέρονται στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων. Τέλος υπάρχουν 19 ερωτήσεις σε σχέση με το επίπεδο της υγείας τους, τα προβλήματα υγείας όπως τα αναφέρουν οι ίδιοι και τη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας. Επελέγησαν ερωτήσεις κλειστού τύπου εκτός από τις ερωτήσεις που αναφέρονται σε αριθμητικά δεδομένα όπως το έτος γέννησής, ο ασφαλιστικός φορέας, το είδος της εργασίας πριν τη συνταξιοδότησή τους, το έτος συνταξιοδότησης, ή το είδος εργασίας που κάνουν αν δεν έχουν συνταξιοδοτηθεί, τον αριθμό των τέκνων, τον αριθμό των μηνών διαβίωσης στην Αθήνα, τα χρόνια προβλήματα υγείας τους όπως τα αναφέρουν οι ίδιοι και κατ'

επέκταση τα φάρμακα που λαμβάνουν σε χρόνια βάση, ενώ τέλος τους ζητήθηκε να αναφέρουν και την πιο σημαντική υπηρεσία φροντίδας που χρειάζονται.

Στη δεύτερη ενότητα συμπεριλήφθηκε το ερωτηματολόγιο για την υγεία EQ-5D (EuroQol 1990) που περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις κλειστού τύπου που αναφέρονται στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις συνηθισμένες δραστηριότητες της καθημερινότητας (π.χ. εργασία, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου) και πόσο είναι σε θέση να τις διεκπεραιώσουν, το άγχος /θλίψη που αισθάνονται, τον πόνο/δυσφορία που νιώθουν. Στο ίδιο τμήμα του ερωτηματολογίου ακολουθεί και η κλίμακα μέτρησης επιπέδου υγείας (VAS- visual analogue scale) όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι όπου αναφέρουν έναν αριθμό που αποτιμά το επίπεδο συνολικά της κατάστασής τους ο οποίος κυμαίνεται από 0 δηλαδή τη χειρότερη κατάσταση που μπορεί να φανταστεί έως 100 δηλαδή την καλύτερη κατάσταση που μπορεί να φανταστεί ο ηλικιωμένος. Το EQ-5D έχει μεταφραστεί κι ελεγχθεί για την αξιοπιστία του στην Ελληνική γλώσσα (Yfantopoulos 2001b, Kontodimopoulos et al. 2008). Για τη χρήση του στη συγκεκριμένη μελέτη ελήφθη άδεια από το EuroQoL Group Foundation's website οπότε κι εδόθη η άδεια για τη χρήση του εργαλείου κι εστάλη η κλίμακα μεταφρασμένη στα ελληνικά για χρήση. Επειδή δεν υπάρχει στα ελληνικά set value για τη μέτρηση της EQ5D Index δόθηκε οδηγία από το EuroQoL Group Foundation να χρησιμοποιηθούν τα set values του Ηνωμένου Βασιλείου καθώς ταιριάζουν με τη χώρα μας. Εστάλη, λοιπόν, ένα syntax για την κωδικοποίηση στο SPSS των τιμών της EQ5D Index ανάλογα με τους πιθανούς συνδυασμούς των καταστάσεων για τους ηλικιωμένους.

Στην τρίτη ενότητα περιλαμβάνεται η πολυδιάστατη κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support, MSPSS) (Zimet et al., 1988), η οποία αποτελείται από 12 προτάσεις που αφορούν στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης. Οι απαντήσεις δίνονται σε επτάβαθμη κλίμακα Likert που κυμαίνεται από το συμφωνώ πλήρως (7), συμφωνώ πολύ (6), συμφωνώ λίγο (5), ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (4), διαφωνώ λίγο (3), το διαφωνώ πολύ (2), έως το διαφωνώ πλήρως (1). Η κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης είναι ελεύθερη προς χρήση και τη στάθμιση στην ελληνική γλώσσα έχουν κάνει οι Chamboulidou et al. (2016) σε πληθυσμό Ελληνοκυπρίων με καρδιακή ανεπάρκεια.

Τέλος ακολουθεί η κλίμακα Barthel (Granger et al., 1979), η οποία αποτελείται από 10 τομείς αυτοφροντίδας-που μετρούν τις καθημερινές λειτουργικές

δραστηριότητες του ατόμου. Οι τομείς περιλαμβάνουν: σίτιση, μεταφορά από την αναπηρική καρέκλα στο κρεβάτι και αντίστροφα, περιποίηση, μεταφορά από και προς την τουαλέτα, λουτρό, περπάτημα σε επίπεδη επιφάνεια, άνοδος και κάθοδος στις σκάλες, ένδυση και ελεγχόμενη λειτουργία εντέρου και ουροδόχου κύστης. Έπειτα από την αξιολόγηση το άτομο συγκεντρώνει ένα δείκτη που προκύπτει από το άθροισμα των επιμέρους βαθμών στην αξιολόγηση των επιμέρους δραστηριοτήτων. Συγκριμένα ο ηλικιωμένος αξιολογείται με τις ακόλουθες πιθανές βαθμολογίες στη σίτιση με 0=ανίκανος, 5=χρειάζεται βοήθεια στο κόψιμο, στην επάλειψη βουτύρου, κ.τ.λ. ή απαιτεί τροποποιημένη διαίτα, 10=ανεξάρτητος. Στο λουτρό, με 0=εξαρτώμενος, 5=ανεξάρτητος (ή στο ντους). Στην περιποίηση με 0=χρειάζεται βοήθεια στην προσωπική φροντίδα, 5=ανεξάρτητος πρόσωπο/μαλλιά/δόντια/ξύρισμα (τα εργαλεία παρέχονται). Στο ντύσιμο με 0=εξαρτώμενος, 5=χρειάζεται βοήθεια αλλά μπορεί να κάνει τα μισά χωρίς βοήθεια και 10=ανεξάρτητος (συμπεριλαμβανομένων κουμπιών, φερμουάρ, κορδόνια, κτλ). Στη λειτουργία του εντέρου, με 0=ακράτεια (ή ανάγκη να γίνεται υποκλυσμός), 5=περιστασιακά ατυχήματα, 10=εγκρατής. Στη λειτουργία της κύστης, με 0=ακράτεια, ή με καθέτηρα και ανίκανος να τα καταφέρει μόνος του, 5=περιστασιακό ατύχημα, 10=εγκρατής. Στη χρήση τουαλέτας με 0=εξαρτώμενος, 5=χρειάζεται κάποια βοήθεια, αλλά μπορεί να κάνει κάτι μόνος, 10=ανεξάρτητος (κάθεται και σηκώνεται, ντύσιμο, σκούπισμα). Στις μεταφορές (από το κρεβάτι στην καρέκλα και αντίστροφα 0=ανίκανος, δεν έχει ισορροπία, 5=σημαντική βοήθεια (1 ή 2 άτομα, φυσική), μπορεί να καθίσει, 10=μικρή βοήθεια (λεκτική ή φυσική), 15=ανεξάρτητος. Στην κινητοποίηση (σε επίπεδες επιφάνειες) με 0=ακίνητος ή λιγότερο από 50m, 5=ανεξάρτητος σε αναπηρικό αμαξίδιο, συμπεριλαμβάνονται γωνίες, πάνω από 50m, 10=περπατάει με βοήθεια ενός προσώπου (λεκτική ή φυσική) πάνω από 50m, 15=ανεξάρτητος (αλλά ίσως χρησιμοποιεί οποιαδήποτε βοήθεια, π.χ. μπαστούνι) πάνω από 50m και στη χρήση σκάλας με 0=ανίκανος, 5=χρειάζεται βοήθεια (λεκτική, φυσική ή μεταφορική βοήθεια) και 10=ανεξάρτητος. Η βαθμολογία κυμαίνεται από 0 για τους πλήρως «εξαρτημένους» ηλικιωμένους ως 100 για τους πλήρως «ανεξάρτητους» ηλικιωμένους. Οι ηλικιωμένοι πρέπει να αξιολογούνται στη συγκεκριμένη κλίμακα με βάση την ικανότητά τους να πραγματοποιούν δραστηριότητες αυτοφροντίδας χωρίς βοήθεια. Το ερωτηματολόγιο αυτοφροντίδας δεν έχει επίσημη ελληνική μετάφραση αν και έχει χρησιμοποιηθεί στο παρελθόν σε ελληνικό πληθυσμό. Σε δύο ελληνικές μελέτες όπου χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Cronbach's  $\alpha$  ήταν 0,87-0,93

(Καυγά 2016) και 0,93-0,95 (Theofanidis 2016). Η χρήση του για ερευνητικούς σκοπούς δεν απαιτεί άδεια ενώ πραγματοποιήθηκε επικοινωνία με το Maryland State Medical Society όπου κι εδόθη αφού δεν υπέστη τροποποίηση ούτε χρησιμοποιήθηκε για εμπορικούς σκοπούς. Ολόκληρο το ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα μαζί με το φύλλο πληροφόρησης του ηλικιωμένου.

### **7.2.5 Διαδικασία προσέγγισης των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα ΚΑΠΗ**

Αρχικά προσεγγίστηκε τηλεφωνικά ο υπεύθυνος του εκάστοτε ΚΑΠΗ στον εκάστοτε Δήμο, έπειτα ζητήθηκε και δόθηκε η κατάλληλη άδεια από το Δήμο, τον υπεύθυνο του ΚΑΠΗ και έγινε η τελική συνεννόηση με το λοιπό προσωπικό για την ενημέρωσή τους σχετικά με τη μελέτη και το σκοπό της. Στη συνέχεια και αφού αρχικά συναίνεσαν να συμμετέχουν στη μελέτη, η ερευνήτρια ενημέρωσε τους ηλικιωμένους και κατόπιν σύμφωνης γνώμης τους συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο με προσωπική συνέντευξη με τον καθένα ξεχωριστά. Όλοι οι ηλικιωμένοι ενημερώθηκαν σε σχέση με το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, τους παραδόθηκε η συνοδευτική επιστολή, ενώ είχαν τη δυνατότητα να ελέγξουν τη βεβαίωση που πιστοποιούσε την ταυτοποίηση της ερευνήτριας. Η συνοδευτική επιστολή ήταν προσωπική για κάθε ηλικιωμένο και περιείχε συνοπτικά πληροφορίες για τη μελέτη και τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Επίσης η ερευνήτρια ενημέρωσε τους ηλικιωμένους ότι η συμμετοχή τους στην έρευνα ήταν εθελοντική και ότι τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και το περιεχόμενό τους μετά τη συμπλήρωσή τους απόλυτα εμπιστευτικό. Τέλος δίνονταν τα στοιχεία της ερευνήτριας για επικοινωνία σε περίπτωση ερωτήσεων.

Όσον αφορά στη συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα ανέκυψαν μικρές δυσκολίες στη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Αυτές εντοπίστηκαν στην απροθυμία κάποιων λίγων ατόμων να συμμετάσχουν στην έρευνα κυρίως από δυσπιστία αλλά ίσως και γιατί δεν ένοιωθαν ικανοί να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο λόγω δυσκολίας στην ανάγνωση και γραφή. Οι ενέργειες που έγιναν για τη μείωση των δυσκολιών από τη μεριά της ερευνήτριας ήταν η χρήση τεχνικών προσέγγισης και επικοινωνίας, η φιλική και οικεία στάση απέναντι στους ηλικιωμένους και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου με τη μορφή δομημένης συνέντευξης και καταγραφής από την ερευνήτρια. Επίσης άτομα που είχαν ήδη

συμμετάσχει στην έρευνα, παρότρυναν άτομα για συμμετοχή στο εκάστοτε ΚΑΠΗ, που αρχικά είχαν αρνηθεί και τις περισσότερες φορές εκείνοι τελικά ανταποκρίνονταν θετικά.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ξεκίνησε το Νοέμβριο του 2015 και ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 2016.

### **7.2.6 Αποτελέσματα για το Δείκτη Αξιοπιστίας Cronbach's Alpha**

Τα ερωτηματολόγια παρουσίασαν ικανοποιητικό δείκτη αξιοπιστίας. Το MSPSS (The Multidimensional Scale of Perceived Social Support) παρουσίασε υψηλό δείκτη αξιοπιστίας 0,91 με τον Cronbach's  $\alpha$  να κυμαίνεται από 0,86 έως 0,95 στις επιμέρους κλίμακές του. Για το Ερωτηματολόγιο EQ5D η αξιοπιστία του μετρήθηκε 0,70 για τις πέντε ερωτήσεις, ενώ για την κλίμακα Barthel ο δείκτης ήταν 0,70. Οι συντελεστές εσωτερικής συνοχής βρέθηκαν ανάλογοι αυτών που έχουν δημοσιευτεί και σε άλλες μελέτες.

### **7.2.7 Πιλοτική Μελέτη-Διαδικασία αξιολόγησης ερευνητικών εργαλείων**

Κρίθηκε απαραίτητο πριν την διεξαγωγή της κυρίως μελέτης να πραγματοποιηθεί πιλοτική εφαρμογή του ερωτηματολογίου στον πληθυσμό της έρευνας για να εξακριβωθεί η λειτουργικότητα και η κατανόηση του μεθοδολογικού εργαλείου από τους ηλικιωμένους.

Η πιλοτική μελέτη έγινε σε ένα δήμο με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από 30 ηλικιωμένους. Ελέγχθηκε αν η διαδικασία ενημέρωσης ήταν αποδεκτή, καθώς και η ευκολία συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, ο εντοπισμός παραλείψεων με σκοπό τη βελτίωση του ερωτηματολογίου όπως και η χρονική διάρκεια συμπλήρωσής του. Επιπλέον, απαραίτητη ήταν και η βελτίωση των δεξιοτήτων της ερευνήτριας όσον αφορά τη συλλογή των δεδομένων.

Τελικά δεν διαπιστώθηκε δυσκολία, οπότε η διαδικασία που ακολουθήθηκε στην πιλοτική μελέτη διατηρήθηκε και για την κυρίως μελέτη. Κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και ανάλυση των δεδομένων δεν παρατηρήθηκαν προβλήματα και επομένως δεν απαιτήθηκαν τροποποιήσεις των εργαλείων προκειμένου να χρησιμοποιηθούν για την κύρια μελέτη. Θα πρέπει να επισημανθεί ότι ο αριθμός των



ερωτηματολογίων που χρησιμοποιήθηκαν στην πιλοτική έρευνα αποτέλεσαν και μέρος της επίσημης έρευνας.

### **7.3 Ηθικά Θέματα**

Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται στις μελέτες για τους ηλικιωμένους, έχουν αναπτυχθεί σε ενήλικο πληθυσμό, αλλά παρ' όλα αυτά δε λαμβάνονται πάντα υπόψη οι ανάγκες και τα ειδικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων. Η ομάδα των ηλικιωμένων έχει μεγάλη ανομοιογένεια στα χαρακτηριστικά της και σε σχέση με νεότερα άτομα είναι πιθανότερο να εμφανίσουν μεγαλύτερη δυσπιστία ως προς τη συμμετοχή τους σε ερευνητικές μελέτες.

Το πρωτόκολλο και το ερωτηματολόγιο της μελέτης μαζί με τη φόρμα πληροφορημένης συναίνεσης εγκρίθηκαν από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΕΚΠΑ. Στη συνέχεια ζητήθηκε η έγγραφη άδεια από κάθε Δήμο για την πρόσβαση στα ΚΑΠΗ ευθύνης τους.

Στην παρούσα μελέτη οι ηλικιωμένοι ενημερώθηκαν κατάλληλα, γραπτώς και προφορικώς, σχετικά με το σκοπό της μελέτης και τον τρόπο συλλογής των δεδομένων και έδωσαν τη συναίνεσή τους μετά από προφορική και γραπτή ενημέρωση. Η συμμετοχή σε όλα τα στάδια ήταν εθελοντική και οι ηλικιωμένοι είχαν τη δυνατότητα να αποχωρήσουν σε οποιοδήποτε στάδιο της μελέτης. Το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων διατηρήθηκε και μόνο η ερευνητική ομάδα είχε πρόσβαση στα δεδομένα.

### **7.4 Διαχείριση δεδομένων-Στατιστική ανάλυση**

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο για τις κοινωνικές επιστήμες Statistical Package of Social Science 22.0 (SPSS). Για όλες τις συσχετίσεις ή συγκρίσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας του ελέγχου της υπόθεσης ορίστηκε μικρότερο ή ίσο του 0,05 ( $\alpha \leq 0,05$ ) για αμφίπλευρο έλεγχο.

Οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (standard deviation) χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών

μεταβλητών. Για τη διμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές δοκιμασίες. Για τη συσχέτιση των κλιμάκων μεταξύ τους χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ( $r$ ). Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής ( $r$ ) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή, όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5.

Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψε ο συντελεστής εξάρτησης ( $\beta$ ) και το τυπικό σφάλμα (standard error-se).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

#### 8.1 Το Δείγμα

Συνολικά 451 ηλικιωμένοι συμμετείχαν στη μελέτη. Τα ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν ήταν πλήρη καθώς συλλέχθηκαν με προσωπικές συνεντεύξεις με βάση το ερωτηματολόγιο που είχε επιλεγεί από την ερευνήτρια και σε αυτά βασίζεται η ανάλυση που ακολουθεί. Στους 5 δήμους (Πίνακας 8.1) στους οποίους πραγματοποιήθηκε η μελέτη, 500 προσεγγίστηκαν και 49 ηλικιωμένοι αρνήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο (90%).

**Πίνακας 8.1. Μέγεθος δείγματος και ποσοστά συμμετοχής ηλικιωμένων σε κάθε δήμο.**

	N	%
<b>ΚΑΠΗ</b>		
Δήμος Α	90	20,0
Δήμος Β	67	14,9
Δήμος Γ	60	13,3
Δήμος Δ	181	40,1
Δήμος Ε	53	11,8
Σύνολο	451	100,0

#### 8.1.1 Δημογραφικά και Κοινωνικά Χαρακτηριστικά του δείγματος

Στον Πίνακα 8.2 παρουσιάζονται η ηλικία και η ηλικία συνταξιοδότησης του δείγματος. Το 61,4% ήταν γυναίκες και το 38,6% άνδρες. Όσον αφορά στην ηλικία των ηλικιωμένων δύο γυναίκες αρνήθηκαν να απαντήσουν ενώ για τους υπόλοιπους η μέση ηλικία των ερωτηθέντων είναι 75,2 έτη. Ως προς την ηλικία συνταξιοδότησης, 355 ηλικιωμένοι (78,9%) είχαν συνταξιοδοτηθεί οι ίδιοι από την εργασία τους, ενώ οι υπόλοιποι λάμβαναν σύνταξη χηρείας ή απορίας ή ασθένειας (21,1%).

**Πίνακας 8.2. Περιγραφικά Μέτρα-Ηλικία και Ηλικία Συνταξιοδότησης**

	Συνολικό δείγμα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Ηλικία	449	57	97	75,20	7,95
Ηλικία Συνταξιοδότησης	348	38	76	59,83	5,89

Σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν είτε παντρεμένοι (46,3%), είτε χήροι (43,9). Σχεδόν οι μισοί ηλικιωμένοι είχαν χάσει το σύντροφό τους ή δεν είχαν σύντροφο (47%), ενώ το 35,9% δήλωσε πως ο σύντροφός τους ήταν συνταξιούχος. Ως πηγή εισοδήματος οι περισσότεροι ανέφεραν τη σύνταξή τους (44,1%), ενώ ακολουθούν εκείνοι που ανέφεραν τη σύνταξη του συζύγου τους (23,3%) και τέλος εκείνοι που είχαν και οι δύο συντάξεις (22%). Σημαντικό είναι πως σχεδόν το σύνολο των ηλικιωμένων ανέφερε πως είχε οικονομική αυτοδυναμία (94,5%). Σε σχέση με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο σχεδόν οι μισοί ηλικιωμένοι 40,6%, ήταν απόφοιτοι δημοτικού, όπως και οι σύντροφοί τους σε ποσοστό 42,7% αντίστοιχα (Πίνακας 8.3).

**Πίνακας 8.3. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης (n=451).**

	N	%
Οικογενειακή κατάσταση		
Παντρεμένος/-η	209	46,3
Ανύπαντρος/-η	15	3,3
Χωρισμένος/-η	29	6,4
Χήρος/α	198	43,9
Επάγγελμα συζύγου/συντρόφου		
Συνταξιούχος	162	35,9
Εργασία πλήρους απασχόλησης	3	0,7
Εργασία μερικής απασχόλησης	5	1,1
Οικιακά	69	15,3
Δεν έχω σύζυγο/σύντροφο	212	47,0
Πηγή εισοδήματος		
Σύνταξη	199	44,1
Σύνταξη συζύγου	105	23,3
Σύνταξη και σύνταξη συζύγου	99	22,0
Άλλο (περιουσία, οικογένεια, κτλ)	4	0,9

Σύνταξη ή/και συζύγου και άλλο (περιουσία, οικογένεια, κτλ)	44	9,8
Οικονομική αυτοδυναμία		
Όχι	25	5,5
Ναι	426	94,5
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Αναλφάβητος, λίγες τάξεις δημοτικού	104	23,1
Απόφοιτος δημοτικού	183	40,6
Δευτεροβάθμια(γυμνάσιο/λύκειο)	127	28,2
Ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση	34	7,5
Μεταπτυχιακές σπουδές	3	0,7
Εκπαιδευτικό επίπεδο συντρόφου		
Αναλφάβητος, λίγες τάξεις δημοτικού	91	21,6
Απόφοιτος δημοτικού	180	42,7
Δευτεροβάθμια(γυμνάσιο/λύκειο)	112	26,5
Ανώτερη ή ανώτατη εκπαίδευση	38	9,0
Μεταπτυχιακές σπουδές	1	0,2

Όσον αφορά στον τόπο γέννησης, οι ηλικιωμένοι προέρχονταν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους από μεγάλα αστικά κέντρα (37%) ή γεννήθηκαν σε μικρότερη πόλη (31,9%) ή τέλος σε χωριό (27,1%). Σε σχέση με τον ασφαλιστικό τους φορέα η πλειοψηφία ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (61,6%) ενώ ταυτόχρονα η συντριπτική πλειοψηφία (98,2) δεν είχε ιδιωτική ασφάλιση. Σχετικά με την επαγγελματική τους ιδιότητα πριν συνταξιοδοτηθούν, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ενώ ήταν κυρίως απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές (17,9%), υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα (15%) και τέλος ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα (11,2%). Από τις γυναίκες οι περισσότερες ασχολούνταν με οικιακά (Πίνακας 8.4).

**Πίνακας 8.4. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης (n=451).**

	N	%
Τόπος Γέννησης		
Μεγάλο αστικό κέντρο	167	37,0
Μικρότερη πόλη	144	31,9
Χωριό	122	27,1
Εξωτερικό	18	4,0
Ασφαλιστικός φορέας		

	N	%
Δημόσιο	53	11,8
ΙΚΑ	278	61,6
ΟΓΑ	36	8,0
ΟΑΕΕ	56	12,4
Άλλο	28	6,2
Ιδιωτική ασφάλιση		
Όχι	443	98,2
Ναι	8	1,8
Συνταξιούχος		
Όχι	95	21,1
Ναι	355	78,9
Επάγγελμα		
Ένοπλες δυνάμεις	3	0,7
Πρόσωπα που ασκούν επιστημονικά, καλλιτεχνικά και συναφή επαγγέλματα	29	6,5
Τεχνολόγοι, τεχνικοί βοηθοί και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	3	0,7
Υπάλληλοι γραφείου και ασκούντες συναφή επαγγέλματα	67	15,0
Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών και πωλητές σε καταστήματα και υπαίθριες αγορές	80	17,9
Ειδικευμένοι γεωργοί, κτηνοτρόφοι, δασοκόμοι και αλιείς	36	8,1
Ειδικευμένοι τεχνίτες και ασκούντες συναφή τεχνικά επαγγέλματα	50	11,2
Χειριστές σταθερών βιομηχανικών εγκαταστάσεων, μηχανημάτων και εξοπλισμού και συναρμολογητές	22	4,9
Ανειδίκευτοι εργάτες, χειρώνακτες και μικροεπαγγελματίες	49	11,0
Οικιακά	102	22,8
Άνεργοι	6	1,3

Ως προς τα οικογενειακά τους χαρακτηριστικά, λίγο περισσότεροι από τους μισούς (55,4%) ανέφερε ότι είχε δύο παιδιά και το 18% τρία παιδιά. Το 76,3% κατοικούσε σε διαμέρισμα το οποίο σε πολύ μεγάλο ποσοστό (86,9%) ήταν ιδιοκτησία τους (Πίνακας 8.5). Τέλος η μέση τιμή των ετών διαμονής στην κατοικία τους ήταν 33 έτη (ΤΑ=17,6).

**Πίνακας 8.5. Κοινωνικο-οικογενειακά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης (n=451).**

	N	%
Αριθμός τέκνων		
Κανένα	29	6,4
1	60	13,3
2	250	55,4
3	81	18,0
4 ή περισσότερα	31	6,9
Κατοικία		
Διαμέρισμα	344	76,3
Μονοκατοικία	105	23,3
Άλλο	2	0,4
Ιδιοκτησία κατοικίας		
Ίδια	390	86,9
Των παιδιών τους	12	2,7
Με ενοίκιο	46	10,2
Άλλο	1	0,2

Στη συνέχεια στον Πίνακα 8.6 παρουσιάζεται το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στη μελέτη. Σχεδόν οι μισοί ηλικιωμένοι (43%) ζούσαν με την οικογένειά τους, ενώ αρκετοί ήταν κι αυτοί που ζούσαν μόνοι τους (37,6%). Τα παιδιά τους έμεναν στο 45,3% στην Ελλάδα, ενώ το 35% είχε παιδιά που διέμεναν στην ίδια γειτονιά. Οι ηλικιωμένοι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους διέμεναν όλο το χρόνο στην Αθήνα όπου και διεξήχθη η μελέτη, ενώ από το 24,3 % που δεν διέμεναν συνεχώς στην Αθήνα η πλειοψηφία (66,2%) μετακινείται στον τόπο καταγωγής τους που είναι συνήθως κάποιο χωριό. Από εκείνους που διαβιούν μόνιμα στην Αθήνα τουλάχιστον οι μισοί (51,6%), μένουν με τα παιδιά τους. Οι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι συναντούν τα παιδιά τους καθημερινά (35%) ή κάθε βδομάδα(33,7%). Επιπρόσθετα, οι ηλικιωμένοι που προσεγγίστηκαν για την έρευνα στο ΚΑΠΗ του εκάστοτε δήμου, προσέρχονταν καθημερινά εκεί σε ποσοστό 41,2% και σε ποσοστό 33,3% δύο με τρεις φορές την εβδομάδα.

Παράλληλα, η πλειοψηφία (84,3%) δεν είχε ενεργή συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους ή άλλες ομάδες. Τέλος, για το 33,3% των ηλικιωμένων η τελευταία επίσκεψη που δέχτηκαν ήταν μέσα στη βδομάδα που ερωτήθηκαν και για το 21,3% την ίδια ή την προηγούμενη μέρα, ενώ παραπάνω από τους μισούς (56,8%) είχε καλές αλλά όχι φιλικές σχέσεις με τους γείτονές του και μόνο το 34% σχεδόν του δείγματος είχε πολύ καλές σχέσεις αλληλοβοήθειας με τους τελευταίους. Τέλος παραπάνω από τους μισούς (58%) δεν παρέχει βοήθεια στην ανατροφή εγγονιών ή ανιψιών.

**Πίνακας 8.6. Κατανομή συχνοτήτων (αριθμός ερωτώμενων (N) και ποσοστό (%) ερωτήσεων που αναφέρονται στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των συμμετεχόντων στην έρευνα.**

	N	%
Ποιοι άλλοι μένουν μαζί		
Οικογένεια	193	42,9
Ευρύτερη Οικογένεια	85	18,9
Φίλοι	3	0,7
Μόνος/Μόνη	169	37,6
Τα παιδιά μένουν		
Στο ίδιο σπίτι	79	18,7
Στην ίδια γειτονιά	148	35,1
Στην Ελλάδα	191	45,3
Στο εξωτερικό	4	0,9
Ετήσια διάρκεια διαμονής στην Αθήνα		
Έως 6 μήνες	29	6,5
Περισσότερο από 6 μήνες, αλλά όχι όλο το χρόνο	109	24,3
Όλο το χρόνο	310	69,2
Αν λιγότερο από όλο χρόνο, μέρος διαμονής εκτός Αθήνας		
Σε χωριό	92	66,2
Σε άλλη πόλη	22	15,8
Διακοπές σε διάφορα μέρη	25	18,0
Αν λιγότερο από όλο χρόνο, με ποιον μένει στην Αθήνα		
Με τα παιδιά σας	16	51,6
Με άλλους φίλους	6	19,4
Μόνος/η	9	29,0
Συχνότητα συνάντησης με παιδιά		
Περισσότερο από 1 φορά την ημέρα	49	11,6
Καθημερινά	146	34,7
Κάθε βδομάδα	142	33,7



Κάθε μήνα	56	13,3
Σπάνια, κάθε χρόνο	24	5,7
Ποτέ	4	1,0
Συχνότητα επισκέψεων σε ΚΑΠΗ		
Κάθε μέρα	186	41,2
2-3 φορές την εβδομάδα	150	33,3
Κάθε βδομάδα	79	17,5
Κάθε μήνα, σπάνια	36	8,0
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ		
Όχι	380	84,3
Ναι	71	15,7
Τελευταία επίσκεψη που δέχθηκε		
Σήμερα/ χθες	96	21,3
Αυτή τη βδομάδα	150	33,3
Πριν 2 βδομάδες	68	15,1
Πριν 1 μήνα	45	10,0
Στους προηγούμενους 6 μήνες	34	7,6
Πριν από περισσότερο 6 μήνες	38	8,4
Δεν ξέρω/ δε θυμάμαι	19	4,2
Σχέσεις με γείτονες		
Πολύ καλές, φιλικές, βοηθάμε ο ένας τον άλλον	153	33,9
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	56,8
Καμμία σχέση με γείτονες	42	9,3
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανηψιών, κλπ		
Όχι	260	57,9
Ναι	189	42,1
Σύνολο	449	100,0

Στη συνέχεια γίνεται αναφορά στο επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στη μελέτη. Όταν οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν για να συγκρίνουν την υγεία τους με τους υπόλοιπους συνομήλικους τους, οι μισοί σχεδόν ανέφεραν ότι έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας και το 33,5% ότι η υγεία τους ήταν περίπου ίδια. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (74,7%) ανέφεραν ότι είχαν ένα χρόνια πρόβλημα υγείας που επηρεάζει τις καθημερινές του δραστηριότητες, ενώ το 59% λάμβανε πάνω από 2 φάρμακα. Όσον αφορά στις αισθήσεις των ηλικιωμένων, πάνω από τους μισούς (53,7%) ανέφεραν ότι ακούν πάντα καλά, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία (91,1%) δεν

χρησιμοποιούσε ακουστικό. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (76,1%) ανέφεραν ότι μπορούσαν να διαβάσουν εφημερίδα έστω και με γυαλιά και ότι δεν είχαν δυσκολίες στη μάσηση (74,1%), ενώ το 60,3% των ηλικιωμένων έφεραν τεχνητή οδοντοστοιχία. Έπειτα, οι περισσότεροι (66,1%) δεν είχαν κάποιο πρόβλημα στα πόδια που να τους προκαλεί δυσκολίες όπως κίρσους ή παραμορφώσεις. Τέλος, ως προς την έγκαιρη προσέλευση στην τουαλέτα το 54,9% δήλωσε ότι δεν είχε ποτέ κάποιο πρόβλημα ενώ η πλειοψηφία (63,4%) δεν έκανε φυσική άσκηση, ενώ από το 36,6% που ασκούσαν μόνο το 9,5% ασκούσαν καθημερινά και το 16,9% δύο με τρεις φορές την εβδομάδα (Πίνακας 8.7).

**Πίνακας 8.7. Κατανομή συχνότητας (αριθμός ερωτώμενων (N) και ποσοστό (%) ερωτήσεων που σχετικά με το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα I.**

	N	%
Υγεία σε σύγκριση με συνομηλίκους		
Καλύτερη	217	48,1
Περίπου ίδια	151	33,5
Χειρότερη	67	14,9
Δεν ξέρω	16	3,5
Χρόνιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει καθημερινές δραστηριότητες		
Όχι	114	25,3
Ναι	337	74,7
Λήψη φαρμάκων σε χρόνια βάση		
Όχι	40	8,9
1 φάρμακο	87	19,4
2 φάρμακα	139	31,0
3 φάρμακα	126	28,1
Πολυφαρμακία (4+ φάρμακα)	57	12,7
Καλή ακοή		
Ναι, πάντα	242	53,7
Όχι ανάμεσα σε πολυκοσμία	185	41,0
Όχι, ποτέ	24	5,3
Χρήση ακουστικού		
Όχι	411	91,1
Ναι	40	8,9
Διάβασμα εφημερίδας, βιβλίων, κλπ (όραση)		
Με ευκολία	343	76,1
Με δυσκολία	85	18,8
Δε διαβάζω καθόλου	9	2,0
Δεν μπορώ να διαβάσω	12	2,7
Αναλφάβητος	2	0,4

Δυσκολίες στη μάσηση		
Όχι	334	74,1
Ναι	117	25,9
Τεχνητή οδοντοστοιχία		
Όχι	179	39,7
Ναι	272	60,3
Πρόβλημα στα πόδια, που να προκαλεί δυσκολία		
Όχι	298	66,1
Ναι	153	33,9
Μη έγκαιρη προσέλευση στην τουαλέτα		
Ποτέ	247	54,9
Σπάνια	109	24,2
Συχνά	83	18,4
Πάντα	11	2,4
Φυσική άσκηση		
Όχι	286	63,4
Ναι	165	36,6
Σύνολο	451	100,0
Συχνότητα άσκησης		
Κάθε μέρα	43	9,5
2-3 φορές τη βδομάδα	76	16,9
1 φορά τη βδομάδα	39	8,6
Σπάνια	7	1,6
Όχι άσκηση	286	63,4

Συνεχίζοντας σε σχέση με την κατάσταση της υγείας τους, στον Πίνακα 8.8 παρουσιάζονται τα δεδομένα που αναφέρονται στη χρήση υπηρεσιών υγείας. Σε σχέση με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, το 53,7% είχε οικογενειακό ιατρό. Από τους ηλικιωμένους που μελετήθηκαν, το 56,9% είχε επισκεφτεί ιατρό τρεις με πέντε φορές τους τελευταίους 12 μήνες. Στα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου βρέθηκε τους τελευταίους 12 μήνες μόνο το 1,6% των ηλικιωμένων πάνω από 5 φορές, με το 72,1% να μην έχει επισκεφτεί τα εξωτερικά ιατρεία καμία φορά το τελευταίο έτος. Ταυτόχρονα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων (89,3%) δεν είχε κάνει καμία εισαγωγή στο νοσοκομείο το τελευταίο έτος. Αναφορικά με την περίπτωση που χρειαστούν συμβουλή ιατρού για κάποιο πρόβλημα οι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι απευθύνονται πρώτα σε κάποιον ιδιώτη ιατρό (62,7%), με το 18,8% να κατευθύνεται στο νοσοκομείο και μόνο το 12% στο ΚΑΠΗ.

**Πίνακας 8.8. Κατανομή συχνοτήτων (αριθμός ερωτώμενων (N) και ποσοστό (%) ερωτήσεων που σχετικά με το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων στην έρευνα II.**

	N	%
Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού		
Όχι	208	46,3
Ναι	241	53,7
Επισκέψεις σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες		
Καμία	21	4,7
1-2	134	29,8
3-5	256	56,9
>5 φορές	39	8,7
Επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου τους τελευταίους 12 μήνες		
Καμία	325	72,1
1-2	79	17,5
3-5	40	8,9
>5 φορές	7	1,6
Εισαγωγή σε νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες		
Καμία	402	89,3
1-2	48	10,7
Σε περίπτωση που χρειαστεί συμβουλή γιατρού για κάποιο πρόβλημα απευθύνεται πρώτα		
Στο νοσοκομείο	85	18,8
Στο ΚΑΠΗ	54	12,0
Σε ιδιώτη γιατρό	283	62,7
Άλλο	29	6,4

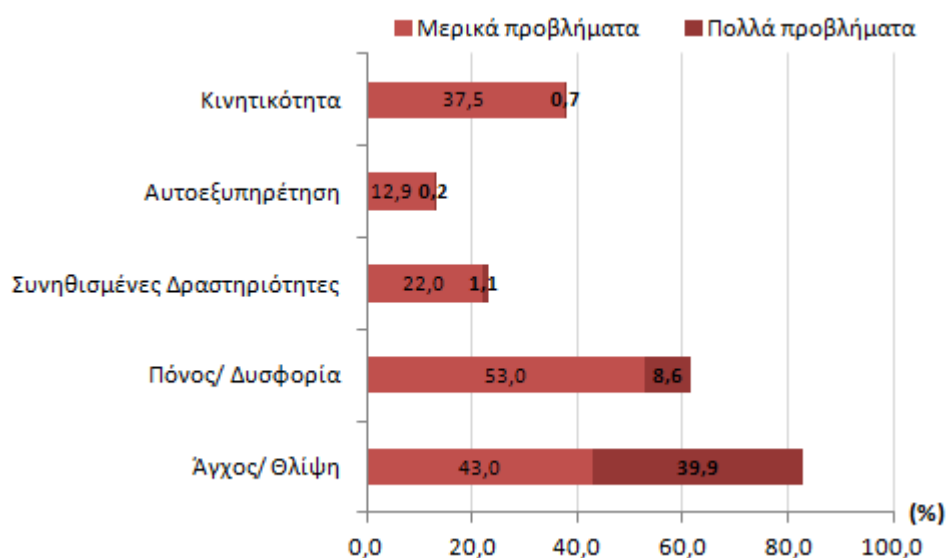
### 8.1.2 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Στον Πίνακα 8.9 και στο Σχήμα 8.1 παρουσιάζονται τα δεδομένα της κλίμακας **EQ5D** (EuroQol 1996). Εξετάζοντας τους επιμέρους τομείς, παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (61,9%) δεν είχαν κανένα πρόβλημα στην κινητικότητα και μόλις το 0,7% είχε πολλά προβλήματα. Στην αυτοεξυπηρέτηση η πλειοψηφία (86,9%), δεν ανέφερε κανένα πρόβλημα, όπως επίσης το ίδιο παρατηρείται και στην εκτέλεση συνηθισμένων δραστηριοτήτων όπου κανένα πρόβλημα δεν είχε το 76,9%. Διαφορές παρατηρούνται στον τομέα του πόνου και της δυσφορίας όπου οι μισοί ηλικιωμένοι (53%) ανέφεραν ότι είχαν μερικά προβλήματα, όπως επίσης στον τομέα του άγχους και της θλίψης όπου πάλι το 43% είχε μερικά θέματα και το 40% περίπου πολλά προβλήματα. Στην κλίμακα VAS, στην οποία οι

ηλικιωμένοι βαθμολόγησαν την υγεία τους από 1-100, βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι αξιολόγησαν την υγεία τους ως μέτρια (Πίνακας 8.9).

**Πίνακας 8.9. Κατανομή συχνοτήτων (%) των 6 3-βαθμων των ερωτήσεων της κλίμακας EQ-5D (αριθμός συμμετεχόντων N=451).**

	Κανένα πρόβλημα	Μερικά προβλήματα	Πολλά προβλήματα
Κινητικότητα	61,9	37,5	0,7
Αυτοεξυπηρέτηση	86,9	12,9	0,2
Συνηθισμένες Δραστηριότητες	76,9	22,0	1,1
Πόνος/ Δυσφορία	38,4	53,0	8,6
Άγχος/ Θλίψη	17,1	43,0	39,9



**Σχήμα 8.1. Προβλήματα υγείας όπως αναφέρθηκαν από τους ηλικιωμένους στην 5 ερωτήσεων κλίμακα EQ5D.**

Στη συνέχεια ακολουθούν περιγραφικά στατιστικά στοιχεία της κλίμακας EQ-VAS όπου όπως παρατηρούμε οι ηλικιωμένοι κατά μέσο όρο αξιολογούν την υγεία τους στο 67,8 (από 0 έως 100) (Πίνακας 8.10).

**Πίνακας 8.10. Περιγραφική στατιστική της κλίμακας VAS (εύρος 0-100) για την παρούσα κατάσταση υγείας.**

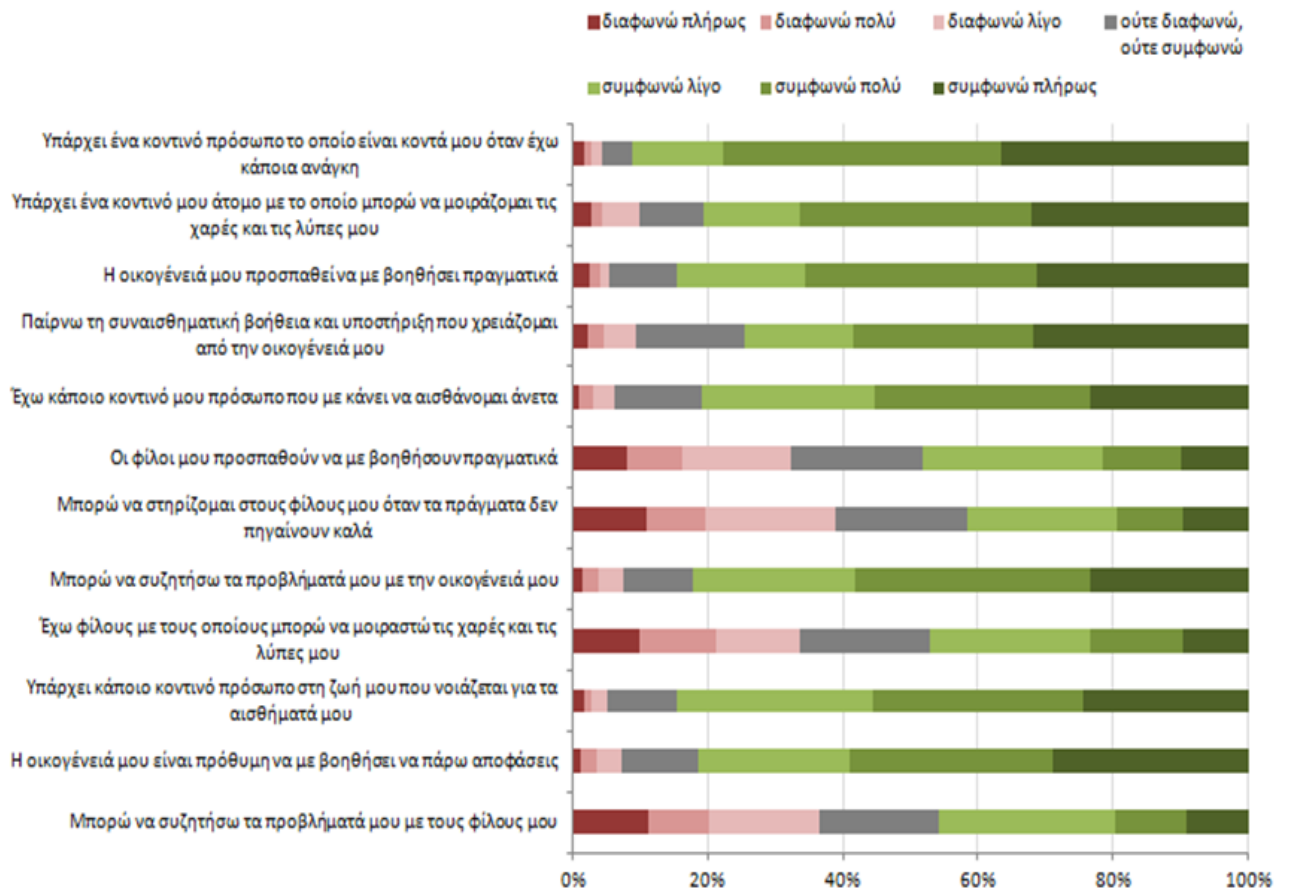
N	451
Μέση τιμή	67,8
Τυπική απόκλιση	19,7
25ο εκατοστημόριο	50
50ο εκατοστημόριο (διάμεσος)	70
75ο εκατοστημόριο	80

### **8.1.3 Αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη**

Στην κλίμακα αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων (41%) έχει ένα κοντινό πρόσωπο κοντά του όταν έχει κάποια ανάγκη, συμφωνούν πολύ ότι έχουν ένα άτομο με το οποίο μπορεί να μοιράζονται τις χαρές και τις λύπες τους σε ποσοστό 34,1% και το 1/3 περίπου των ηλικιωμένων συμφωνούν πολύ ότι έχουν ένα κοντινό πρόσωπο που τους κάνει να αισθάνονται άνετα και παράλληλα το 1/3 έχουν κάποιο κοντινό πρόσωπο στη ζωή τους που νοιάζεται για τα αισθήματά τους. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (34,4%) δήλωσαν ότι έχουν την οικογένειά τους να τους βοηθήσει, παίρνουν συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζονται από την οικογένειά τους στο 31,9%, ενώ οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (34,6%) συζητούν τα προβλήματά τους με την οικογένειά τους και παράλληλα η πλειοψηφία συμφωνεί ότι η οικογένεια τους είναι πρόθυμη να τους βοηθήσει να πάρουν αποφάσεις. Στην κοινωνική υποστήριξη από φίλους, η τάση των απαντήσεων είναι λίγο διαφοροποιημένη, οι ηλικιωμένοι φαίνονται ουδέτεροι (19,5%) ή συμφωνούν λίγο (26,6%) σε σχέση με το αν οι φίλοι τους προσπαθούν να τους βοηθήσουν πραγματικά. Ενδιαφέρον έχει η ερώτηση αν μπορούν να στηρίζονται στους φίλους όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά, όπου οι απαντήσεις των ηλικιωμένων μοιράζονται με το 19,3% αυτών να διαφωνεί ελαφρά, 19,7% να παραμένουν ουδέτεροι και το 22,2% να συμφωνεί λίγο με την ερώτηση. Οι ηλικιωμένοι είναι μάλλον θετικοί με ποσοστό 23,7% να συμφωνούν λίγο και 19,1% να είναι ουδέτεροι ως προς ότι έχουν φίλους με τους οποίους μπορούν να μοιραστούν τις χαρές και τις λύπες τους. Τέλος οι ηλικιωμένοι σε ποσοστό 25,9% συμφωνούν ότι μπορούν να συζητήσουν τα προβλήματα τους με τους φίλους τους (Πίνακας 8.11 και Σχήμα 8.2).

**Πίνακας 8.11. Κατανομή συχνοτήτων (%) των 12 επταβάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας MSPSS (αριθμός συμμετεχόντων N=451).**

	διαφωνώ πλήρως	διαφωνώ πολύ	διαφωνώ λίγο	ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	συμφωνώ λίγο	συμφωνώ πολύ	συμφωνώ πλήρως
Υπάρχει ένα κοντινό πρόσωπο το οποίο είναι κοντά μου όταν έχω κάποια ανάγκη	1,8	0,9	1,6	4,7	13,5	41,0	36,6
Υπάρχει ένα κοντινό μου άτομο με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου	2,7	1,8	5,3	9,5	14,4	34,1	32,2
Η οικογένειά μου προσπαθεί να με βοηθήσει πραγματικά	2,4	1,6	1,3	10,0	19,1	34,4	31,3
Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου	2,2	2,4	4,7	16,2	16,0	26,6	31,9
Έχω κάποιο κοντινό μου πρόσωπο που με κάνει να αισθάνομαι άνετα	0,9	2,2	3,1	12,9	25,7	31,9	23,3
Οι φίλοι μου προσπαθούν να με βοηθήσουν πραγματικά	8,0	8,2	16,2	19,5	26,6	11,5	10,0
Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά	10,9	8,6	19,3	19,7	22,2	9,8	9,5
Μπορώ να συζητήσω τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου	1,6	2,2	3,8	10,2	24,2	34,6	23,5
Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιραστώ τις χαρές και τις λύπες μου	10,0	11,3	12,4	19,1	23,7	13,7	9,8
Υπάρχει κάποιο κοντινό πρόσωπο στη ζωή μου που νοιάζεται για τα αισθήματά μου	1,8	0,9	2,4	10,4	29,0	31,0	24,4
Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις	1,1	2,4	3,8	11,3	22,4	30,2	28,8
Μπορώ να συζητήσω τα προβλήματά μου με τους φίλους μου	11,1	9,1	16,4	17,7	25,9	10,6	9,1



**Σχήμα 8.2. Κατανομή συχνοτήτων (%) των 12 επταβάθμιων ερωτήσεων της κλίμακας MSPSS (αριθμός συμμετεχόντων N=451).**

Οι 12 ερωτήσεις ομαδοποιούνται σε τρεις υποκλίμακες. Στον Πίνακα 8.12 παρουσιάζονται μέτρα θέσης και μεταβλητότητας των τριών υποκλιμάκων. Όπως φαίνεται και παρακάτω η μέση τιμή της κλίμακας για την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη είναι 61,4, ενώ υψηλότερες είναι και περίπου στο ίδιο επίπεδο για τις υποκλίμακες MSPSS από σημαντικούς άλλους (SO) και την οικογένεια (FAM), ενώ χαμηλότερη είναι η τιμή για την κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους MSPSS (FRI).



**Πίνακας 8.12. Περιγραφική στατιστική της κλίμακας για την κοινωνική υποστήριξη MSPSS (εύρος 7-84) και των 3 υποκλιμάκων για την υποστήριξη από σημαντικά άλλα πρόσωπα (SO), την οικογένεια (FAM) και τους φίλους (FRI) (εύρος 4-28).**

	Mspss	Mspss SO	Mspss FAM	Mspss FRI
N	451	451	451	451
Μέση τιμή	61,4	22,6	22,3	16,5
Τυπική απόκλιση	12,5	4,4	4,9	6,4
25ο εκατοστημόριο	54	20	20	12
50ο εκατοστημόριο (διάμεσος)	61	23	23	17
75ο εκατοστημόριο	70	26	26	21

#### **8.1.4 Αυτοφροντίδα σύμφωνα με την κλίμακα Barthel**

Τέλος τα ευρήματα της κλίμακας Barthel που αναφέρεται στην αυτοφροντίδα παρουσιάζονται στους Πίνακες 8.13. Συνολικά οι ηλικιωμένοι φαίνονται σε γενικές γραμμές ανεξάρτητοι καθώς στην πλειοψηφία τους είναι ικανοί να πραγματοποιήσουν δραστηριότητες της καθημερινότητας μόνοι τους χωρίς την παροχή βοήθειας όπως φαίνεται και στον πίνακα όπου τελικά η συντριπτική πλειοψηφία είναι σε θέση να σιτισθούν μόνοι τους (99,3%), να πραγματοποιήσουν το λουτρό (96,9%), να κάνουν την καθημερινή τους περιποίηση (96,5%) και να ντυθούν μόνοι τους (92,5%). Σε σχέση με τη λειτουργία του εντέρου είναι σε ένα πολύ μεγάλο ποσοστό εγκρατείς (83,8%), στη λειτουργία της ουροδόχου κύστεως πάλι η πλειοψηφία είναι εγκρατής σε ποσοστό 58,1%, με το 33,7% να έχουν περιστασιακά ατυχήματα. Είναι επίσης ανεξάρτητοι στη χρήση της τουαλέτας (96%), στις μετακινήσεις τους από το κρεβάτι στην καρέκλα και αντίστροφα (82,3%) και στην κινητοποίησή τους (88,2%). Στην τελευταία ερώτηση, τη χρήση της σκάλας το 61,4% των ηλικιωμένων είναι ανεξάρτητοι, με το 1/3 του δείγματος να χρειάζεται βοήθεια για να ανέβει τις σκάλες.

**Πίνακας 8.13. Κατανομή συχνοτήτων (%) των 10 ερωτήσεων της κλίμακας αυτοφροντίδας Barthel (αριθμός συμμετεχόντων N=451).**

	ανίκανος	χρειάζεται βοήθεια	χρειάζεται μικρή βοήθεια	ανεξάρτητος
Σίτιση		0,7		99,3
Λουτρό		3,1		96,9
Περυπόηση		3,5		96,5
Ντύσιμο		7,5		92,5
Έντερο	7,5	8,6		83,8
Κύστη	8,2	33,7		58,1
Χρήση τουαλέτας		3,8		96,2
Μεταφορές (από το κρεβάτι στην καρέκλα και αντίστροφα)		1,1	16,6	82,3
Κινητοποίηση (σε επίπεδες επιφάνειες)	0,2	0,4	11,1	88,2
Σκάλες	5,3	33,3		61,4

Παρακάτω παρουσιάζονται μέτρα θέσης και μεταβλητότητας για την κλίμακα Barthel όπου η μέση τιμή των απαντήσεων στην κλίμακα αυτοφροντίδας είναι άριστη 91,6 για τους ερωτώμενους ηλικιωμένους (Πίνακας 8.14).

**Πίνακας 8.14. Περιγραφική στατιστική της κλίμακας αυτοφροντίδας Barthel (εύρος 0-100).**

N	451
Μέση τιμή	91,6
Τυπική απόκλιση	10,3
25ο εκατοστημόριο	85
50ο εκατοστημόριο (διάμεσος)	95
75ο εκατοστημόριο	100

## 8.2 Συσχέτιση δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών του δείγματος με την κοινωνική υποστήριξη, τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα

### 8.2.1 Κλίμακα EQ5D

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, στατιστικά σημαντική σχέση βρέθηκε για το φύλο [υψηλότερο σκορ οι άνδρες (Μέση τιμή (MT)=64,2) συγκριτικά με τις γυναίκες (MT=59,1,  $p=0,009$ )], η ηλικία [υψηλότερο σκορ οι νεότερες ηλικιακές κατηγορίες (MT=63,9 και MT=62,9 για νεότερους των 70 ετών και 71-80 ετών, αντίστοιχα) συγκριτικά με τους άνω των 80 ετών (MT=54,1) ( $p<0,001$ )], η συνταξιοδότηση [υψηλότερο σκορ οι συνταξιούχοι (MT=62,8) συγκριτικά με εκείνους που δεν έπαιρναν σύνταξη (MT=54,8) ( $p=0,001$ )], η οικογενειακή κατάσταση [υψηλότερο σκορ οι έγγαμοι (MT=64,8) συγκριτικά με τους άγαμους και τους χήρους (MT=57,9) ( $p<0,001$ )], το εκπαιδευτικό επίπεδο [υψηλότερο σκορ για εκείνους με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση (MT=68,1), έναντι εκείνων που είχαν κατώτερη εκπαίδευση (MT=57,1) ( $p<0,001$ )], και η ύπαρξη τέκνων [(MT=61,6) έναντι εκείνων που δεν είχαν παιδιά (MT=53,7) ( $p=0,043$ )] (Πίνακας 16).

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων, *χαμηλότερο* άθροισμα στην κλίμακα EQ5D είχαν εκείνοι που ανέφεραν ότι ζουν μόνοι τους [(MT=57,7) έναντι όσων ανέφεραν ότι δεν ζουν μόνοι τους (MT=63,1) ( $p=0,006$ )] και εκείνοι που ανέφεραν μόνιμη διαμονή στην Αθήνα [(MT=57,7) συγκριτικά με εκείνους που δεν κατοικούν και τους 12 μήνες στην Αθήνα (MT=68,1) ( $p<0,001$ )]. Υψηλότερα στην κλίμακα EQ5D βρέθηκαν εκείνοι που συμμετέχουν σε συλλόγους ή άλλες οργανώσεις [(MT=71,9) έναντι εκείνων που δε συμμετέχουν (MT=59,1) ( $p<0,001$ )], όσοι δέχτηκαν επίσκεψη πρόσφατα [όσο πιο πρόσφατη η επίσκεψη αυξάνεται το άθροισμα ( $p<0,001$ )], όσοι ανέφεραν πολύ καλές σχέσεις με τους γείτονες [(MT=67,2) ή καλές (MT=59,5) συγκριτικά με εκείνους που ανέφεραν ότι δεν έχουν καμιά σχέση με τους γείτονες (MT=48,5) ( $p<0,001$ )] και όσοι παρείχαν βοήθεια στην ανατροφή εγγονιών ή ανιψιών, κλπ [(MT=65,5) έναντι εκείνων που δε βοηθούσαν (MT=57,9) ( $p<0,001$ )] (Πίνακας 16).

Όσον αφορά στην υγεία των συμμετεχόντων, οι ηλικιωμένοι με λιγότερα αυτοαναφερόμενα προβλήματα υγείας εμφάνισαν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα EQ5D. Ειδικότερα, υψηλότερο σκορ είχαν όσοι εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι καλύτερη ή ίδια με εκείνη των συνομήλικων τους συγκριτικά με όσους εκτιμούν ως χειρότερη την υγεία τους ( $p<0,001$ ), όσοι δεν ανέφεραν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να τους απασχολεί σε σχέση με εκείνους που ανέφεραν χρόνια προβλήματα ( $p=0,000$ ), όσοι δεν λάμβαναν κανένα φάρμακο συγκριτικά με όσους λάμβαναν πάνω από 3 φάρμακα ( $p<0,001$ ). Επίσης, υψηλότερο σκορ είχαν όσοι ανέφεραν καλύτερη ακοή ( $p<0,001$ ), ή δεν χρησιμοποιούσαν ακουστικό έναντι όσων χρησιμοποιούσαν ( $p=0,004$ ), όσοι ανέφεραν καλή όραση έναντι όσων δεν ανέφεραν ( $p<0,001$ ), εκείνοι που δεν ανέφεραν δυσκολίες στη μάσηση έναντι όσων είχαν ( $p=0,001$ ) και οι ηλικιωμένοι που δεν χρησιμοποιούσαν τεχνητή οδοντοστοιχία έναντι όσων χρησιμοποιούσαν ( $p=0,002$ ). Υψηλότερο σκορ στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σημείωσαν επίσης όσοι δεν ανέφεραν προβλήματα με τα πόδια που να τους δυσκολεύουν σε σχέση με εκείνους που ανέφεραν προβλήματα ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι χωρίς ακράτεια σε σχέση με εκείνους που είχαν ακράτεια ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι που ανέφεραν ότι ασκούνται έναντι όσων δεν ασκούνταν ( $p<0,001$ ), εκείνοι που δεν είχαν οικογενειακό ιατρό έναντι όσων είχαν ( $p=0,045$ ), εκείνοι που επισκέφτηκαν λιγότερες φορές κάποιον ιατρό (0-2 φορές τους τελευταίους 12 μήνες) έναντι όσων τον επισκέφθηκαν τουλάχιστον 3 φορές ( $p<0,001$ ) και τέλος εκείνοι που δε νοσηλεύτηκαν σε νοσοκομείο τον τελευταίο χρόνο έναντι όσων νοσηλεύτηκαν ( $p=0,023$ ) (Πίνακας 8.15).

**Πίνακας 8.15. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης του δείκτη EQ5D με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά.**

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
Φύλο			6,9			0,009
Γυναίκα	277	59,1 (19,9)		-5,1	2,0	0,009
Άνδρας	174	64,2 (20,7)		αναφ.		
Ηλικία			7,9			<0,001
<70 ετών	147	63,9		9,0	2,5	<0,001

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
		(17,8)				
70-80 ετών	185	62,9 (20,9)		8,0	2,4	0,001
80+ ετών	117	54,1 (20,6)		αναφ.		
Συνταξιούχος			11,7			0,001
Ναι	355	62,8 (19,7)		7,9	2,3	0,001
Όχι	95	54,8 (21,7)		αναφ.		
Έγγαμος/-η			13,2			<0,001
Ναι	209	64,8 (19,3)		6,9	1,9	<0,001
Όχι	242	57,9 (20,7)		αναφ.		
Οικονομική αυτοδυναμία			2,6			0,106
Ναι	426	61,5 (20,0)		6,8	4,2	0,106
Όχι	25	54,7 (25,4)		αναφ.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			32,9			<0,001
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	68,1 (18,4)		11,0	1,9	<0,001
Κατώτερη	287	57,1 (20,3)		αναφ.		
Ύπαρξη τέκνων			4,1			0,043
Ναι	422	61,6 (20,4)		7,9	3,9	0,043
Όχι	29	53,7 (18,8)		αναφ.		
Οικία			0,1			0,700
Διαμέρισμα	344	60,7 (20,6)		-0,9	2,3	0,700
Μονοκατοικία	105	61,6 (19,2)		αναφ.		
Ιδιοκτησία οικίας			0,2			0,677
Ιδία	390	60,8 (20,3)		-1,2	2,8	0,677
Άλλο	59	62,0 (20,7)		αναφ.		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα διεύθυνση			0,0			0,871
Τουλάχιστον 20 έτη	322	61,1 (20,3)		-0,3	2,1	0,871
Λιγότερο	127	61,4 (20,5)		αναφ.		
Ζείτε μόνος/-η			7,7			0,006
Ναι	169	57,7 (20,0)		-5,5	2,0	0,006
Όχι	281	63,1 (20,3)		αναφ.		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			0,2			0,634
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	62,0		0,9	2,0	0,634

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
		(21,3)				
Αλλού	195	61,1 (19,2)		αναφ.		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			26,5			<0,001
Ναι	310	57,7 (20,2)		-10,4	2,0	<0,001
Όχι	138	68,1 (18,6)		αναφ.		
Συναντάτε τα τέκνα			0,5			0,585
Καθημερινά	195	62,7 (20,8)		2,0	2,7	0,455
Εβδομαδιαία	142	60,6 (20,2)		-0,1	2,8	0,967
Σπανιότερα/Ποτέ	84	60,7 (20,0)		αναφ.		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			0,8			0,491
Κάθε μέρα	186	62,2 (20,8)		-1,7	3,7	0,647
2-3 φορές την εβδομάδα	150	59,3 (20,8)		-4,6	3,8	0,227
Κάθε βδομάδα	79	60,5 (18,9)		-3,4	4,1	0,412
Κάθε μήνα, σπάνια	36	63,9 (19,3)		αναφ.		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ			25,3			<0,001
Ναι	71	71,9 (17,6)		12,9	2,6	<0,001
Όχι	380	59,1 (20,2)		αναφ.		
Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			11,1			<0,001
Σήμερα/χθες	96	67,5 (18,3)		16,1	2,9	<0,001
Πριν εβδομάδα	150	61,7 (20,5)		10,2	2,6	<0,001
Πριν μήνα	113	62,7 (20,0)		11,3	2,8	<0,001
Πιο παλιά	72	51,9 (18,0)		αναφ.		
Σχέσεις με τους γείτονες			16,9			<0,001
Πολύ καλές, φιλικές	153	67,2 (20,1)		18,7	3,4	<0,001
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	59,5 (19,5)		11,0	3,3	0,001
Καμία	42	48,5 (19,2)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ			15,8			<0,001
Ναι	189	65,5 (19,3)		7,6	1,9	<0,001
Όχι	260	57,9 (20,6)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			41,1			<0,001

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Καλύτερη	217	67,7 (19,8)		23,2	2,6	<0,001
Περίπου ίδια	151	58,4 (16,9)		13,9	2,8	<0,001
Χειρότερη	67	44,5 (19,4)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του δραστηριότητα)			82,3			0,000
Ναι	337	56,4 (19,1)		-18,4	2,0	<0,001
Όχι	114	74,8 (17,5)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			22,9			<0,001
1-2	226	65,3 (18,9)		-4,9	3,3	0,134
3+	183	53,8 (19,8)		-16,4	3,3	<0,001
Κανένα	39	71,8 (20,3)		αναφ.		
Ακοή			16,5			<0,001
Καλή πάντα	242	64,6 (19,9)		7,7	1,9	<0,001
Όχι Καλή	209	57,0 (20,1)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			8,6			0,004
Ναι	40	52,2 (22,6)		-9,8	3,3	0,004
Όχι	411	61,9 (19,9)		αναφ.		
Όραση			51,2			<0,001
Καλή	343	64,9 (19,0)		16,6	2,3	<0,001
Όχι καλή	85	48,4 (19,4)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			12,0			0,001
Ναι	117	55,5 (19,4)		-7,5	2,2	0,001
Όχι	334	63,0 (20,3)		αναφ.		
Τεχνητή οδοντοστοιχία			10,1			0,002
Ναι	272	58,6 (22,1)		-6,2	1,9	0,002
Όχι	179	64,8 (16,6)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν δυσκολία			20,2			<0,001
Ναι	153	55,2 (19,4)		-8,9	2,0	<0,001
Όχι	298	64,1 (20,2)		αναφ.		
Ακράτεια			60,0			<0,001
Συχνά, πάντα	94	47,5 (19,1)		-17,2	2,2	<0,001

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Σπάνια, ποτέ	357	64,7 (19,1)		αναφ.		
Φυσική άσκηση			25,7			<0,001
Ναι	165	67,3 (18,0)		9,8	1,9	<0,001
Όχι	286	57,5 (20,8)		αναφ.		
Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού			4,0			0,045
Ναι	241	59,4 (20,1)		-3,9	1,9	0,045
Όχι	208	63,2 (20,5)		αναφ.		
Επίσκεψη σε ιατρό			14,0			<0,001
0-2 φορές	155	66,0 (20,8)		7,4	2,0	<0,001
3+ φορές	295	58,5 (19,7)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία			3,8			0,053
Ναι	126	58,1 (20,4)		-4,1	2,1	0,053
Όχι	325	62,2 (20,2)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			5,2			0,023
Ναι	48	54,9 (18,9)		-7,0	3,1	0,023
Όχι	402	61,9 (20,4)		αναφ.		

### 8.2.2 Δείκτης VAS

Ο δείκτης VAS παρουσίασε στατιστικά σημαντική σχέση με τους ίδιους παράγοντες που παρουσίασε και η κλίμακα EQ5D, εκτός από το φύλο, την παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών/ανιψιών, τη χρήση ακουστικού, τα προβλήματα με τα πόδια, την ύπαρξη οικογενειακού ιατρού και τη νοσηλεία στο νοσοκομείο, οι οποίοι δεν σχετίζονται σημαντικά με τη VAS.

Ως προς την ηλικία, υψηλότερο σκορ είχαν οι νεότερες ηλικιακές κατηγορίες συγκριτικά με τους άνω των 80 ετών ( $p=0,001$ ), η συνταξιοδότηση, με υψηλότερο σκορ οι συνταξιούχοι συγκριτικά με εκείνους που δεν έπαιρναν σύνταξη ( $p=0,018$ ), η οικογενειακή κατάσταση [υψηλότερο σκορ οι έγγαμοι συγκριτικά με τους χήρους/άγαμους ( $p<0,001$ )], το εκπαιδευτικό επίπεδο [υψηλότερο σκορ για εκείνους με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση έναντι εκείνων που είχαν κατώτερη εκπαίδευση ( $p<0,001$ )], και η ύπαρξη τέκνων έναντι εκείνων που δεν είχαν παιδιά ( $p=0,027$ ) (Πίνακας 8.16).



Σχετικά με τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων, εξαίρεση αποτελεί η παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών/ανιψιών, ενώ *χαμηλότερα* επίπεδα στο δείκτη VAS είχαν εκείνοι που ανέφεραν ότι ζουν μόνοι τους έναντι όσων ανέφεραν ότι δεν ζουν μόνοι τους ( $p=0,004$ ) και εκείνοι που ανέφεραν μόνιμη διαμονή στην Αθήνα συγκριτικά με εκείνους που δεν κατοικούν και τους 12 μήνες στην Αθήνα ( $p=0,006$ ). Υψηλότερο δείκτη VAS είχαν εκείνοι που συμμετέχουν σε συλλόγους ή άλλες οργανώσεις έναντι εκείνων που δε συμμετέχουν ( $p<0,001$ ), όσοι δέχτηκαν επίσκεψη πρόσφατα [όσο πιο πρόσφατη η επίσκεψη αυξάνεται ο δείκτης ( $p=0,002$ )] και όσοι ανέφεραν πολύ καλές ή καλές σχέσεις με τους γείτονες συγκριτικά με εκείνους που ανέφεραν ότι δεν έχουν καμιά σχέση ( $p=0,001$ ) (Πίνακας 8.16).

Τέλος, όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την υγεία των συμμετεχόντων, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση για τη χρήση ακουστικού, τα προβλήματα με τα πόδια, την ύπαρξη οικογενειακού ιατρού και τη νοσηλεία στο νοσοκομείο ενώ οι ηλικιωμένοι με θετικότερους δείκτες υγείας εμφάνισαν υψηλότερο σκορ στο δείκτη VAS. Ειδικότερα, όσοι εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι καλύτερη ή ίδια με εκείνη των συνομήλικών τους συγκριτικά με όσους εκτιμούν ως χειρότερη την υγεία τους ( $p<0,001$ ), όσοι δεν ανέφεραν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να τους απασχολεί σε σχέση με εκείνους που ανέφεραν χρόνια προβλήματα ( $p=0,000$ ). Σχετικά με τη λήψη φαρμάκων στους ηλικιωμένους είναι επίσης σημαντική μεταβλητή με σημείο αναφοράς εκείνους που δεν λάμβαναν κανένα φάρμακο ( $MT=73,3$ ) ( $p<0,001$ ), καθώς μόνο οι ηλικιωμένοι που λάμβαναν πάνω από 3 φάρμακα φαίνεται να έχουν χαμηλότερα επίπεδα του δείκτη VAS ( $MT=63,2$ ), όσοι ανέφεραν καλύτερη ακοή ( $MT=72,7$ ) ( $p<0,001$ ), όσοι ανέφεραν καλή όραση ( $p<0,001$ ), εκείνοι που δεν ανέφεραν δυσκολίες στη μάσηση ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι που δεν χρησιμοποιούσαν τεχνητή οδοντοστοιχία ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι χωρίς ακράτεια σε σχέση με εκείνους που είχαν ακράτεια ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι που ανέφεραν ότι κάνουν φυσική άσκηση ( $p<0,001$ ) και τέλος εκείνοι που επισκέφτηκαν λιγότερες φορές κάποιον ιατρό (0-2 φορές τους τελευταίους 12 μήνες) [( $MT=73,7$ ) έναντι όσων τον επισκέφθηκαν τουλάχιστον 3 φορές ( $MT=64,6$ ) ( $p<0,001$ )] (Πίνακας 8.16).

**Πίνακας 8.16. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης του δείκτη EQ5D VAS με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά.**

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Φύλο			0,0			0,855
Γυναίκα	277	67,9 (20,2)		0,3	1,9	0,855
Ανδρας	174	67,5 (18,8)		αναφ.		
Ηλικία			7,5			0,001
-70 ετών	147	71,2 (17,6)		9,1	2,4	<0,001
70-80 ετών	185	68,6 (19,5)		6,4	2,3	0,005
80+ ετών	117	61,7 (21,1)		αναφ.		
Συνταξιούχος			5,6			0,018
Ναι	355	68,9 (18,5)		5,4	2,3	0,018
Όχι	95	63,5 (23,2)		αναφ.		
Έγγαμος/-η			12,7			<0,001
Ναι	209	71,3 (17,6)		6,5	1,8	<0,001
Όχι	242	64,7 (20,8)		αναφ.		
Οικονομική αυτοδυναμία			3,1			0,077
Ναι	426	68,2 (19,1)		7,2	4,0	0,077
Όχι	25	61,0 (27,7)		αναφ.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			15,5			<0,001
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	72,5 (19,8)		7,5	1,9	<0,001
Κατώτερη	287	65,0 (19,1)		αναφ.		
Ύπαρξη τέκνων			4,9			0,027
Ναι	422	68,3 (19,3)		8,3	3,8	0,027
Όχι	29	60,0 (23,8)		αναφ.		
Οικία			0,0			0,847
Διαμέρισμα	344	67,5 (19,6)		-0,4	2,2	0,847
Μονοκατοικία	105	67,9 (19,6)		αναφ.		
Ιδιοκτησία οικίας			0,0			0,880
Ιδία	390	67,8 (19,3)		0,4	2,8	0,880

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Άλλο	59	67,3 (22,3)		αναφ.		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα διεύθυνση			0,2			0,666
Τουλάχιστον 20 έτη	322	68,1 (19,4)		0,9	2,0	0,666
Λιγότερο	127	67,3 (19,6)		αναφ.		
Ζείτε μόνος/-η			8,6			0,004
Ναι	169	64,3 (20,4)		-5,6	1,9	0,004
Όχι	281	69,9 (18,9)		αναφ.		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			0,9			0,339
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	67,5 (19,3)		-1,8	1,9	0,339
Αλλού	195	69,3 (19,2)		αναφ.		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			7,7			0,006
Ναι	310	65,9 (20,3)		-5,5	2,0	0,006
Όχι	138	71,4 (17,2)		αναφ.		
Συναντάτε τα τέκνα			0,9			0,388
Καθημερινά	195	69,7 (19,4)		2,7	2,5	0,281
Εβδομαδιαία	142	67,2 (19,8)		0,2	2,7	0,942
Σπανιότερα/Ποτέ	84	67,0 (17,9)		αναφ.		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			0,7			0,545
Κάθε μέρα	186	69,0 (19,7)		-0,1	3,6	0,979
2-3 φορές την εβδομάδα	150	66,9 (20,3)		-2,2	3,7	0,545
Κάθε βδομάδα	79	65,7 (19,0)		-3,5	4,0	0,379
Κάθε μήνα, σπάνια	36	69,1 (18,2)		αναφ.		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ			28,5			<0,001
Ναι	71	78,8 (17,3)		13,2	2,5	<0,001
Όχι	380	65,7 (19,4)		αναφ.		
Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			4,9			0,002
Σήμερα/χθες	96	70,8 (18,0)		8,8	2,8	0,002
Πριν εβδομάδα	150	70,7 (18,4)		8,7	2,6	0,001
Πριν μήνα	113	66,0 (20,0)		4,1	2,7	0,137
Πιο παλιά	72	63,3		αναφ.		

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
		(19,8)				
Σχέσεις με τους γείτονες			6,7			0,001
Πολύ καλές, φιλικές	153	72,1 (18,7)		10,1	3,4	0,003
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	66,1 (19,7)		4,1	3,2	0,211
Καμία	42	62,0 (20,6)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ			3,3			0,070
Ναι	189	69,7 (20,3)		3,4	1,9	0,070
Όχι	260	66,3 (19,0)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			73,3			<0,001
Καλύτερη	217	76,3 (18,0)		27,8	2,4	<0,001
Περίπου ίδια	151	64,5 (14,4)		16,0	2,5	<0,001
Χειρότερη	67	48,5 (18,7)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του δραστηριότητα)			64,6			0,000
Ναι	337	63,7 (19,7)		-16,0	2,0	<0,001
Όχι	114	79,7 (13,6)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			8,7			<0,001
1-2	226	71,0 (17,6)		0,4	3,2	0,906
3+	183	63,2 (20,1)		-7,4	3,3	0,025
Κανένα	39	73,3 (22,6)		αναφ.		
Ακοή			35,5			<0,001
Καλή πάντα	242	72,7 (18,1)		10,7	1,8	<0,001
Όχι Καλή	209	62,0 (19,9)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			3,2			0,072
Ναι	40	62,4 (16,1)		-5,8	3,2	0,072
Όχι	411	68,3 (19,9)		αναφ.		
Όραση			26,3			<0,001
Καλή	343	70,4 (18,7)		11,6	2,3	<0,001
Όχι καλή	85	58,8 (18,9)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			34,0			<0,001
Ναι	117	58,9 (20,4)		-11,9	2,0	<0,001
Όχι	334	70,8		αναφ.		

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
		(18,5)				
Τεχνητή οδοντοστοιχία			17,1			<0,001
Ναι	272	64,7 (20,4)		-7,7	1,9	<0,001
Όχι	179	72,4 (17,6)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν δυσκολία			1,1			0,302
Ναι	153	66,4 (20,8)		-2,0	2,0	0,302
Όχι	298	68,4 (19,1)		αναφ.		
Ακράτεια			34,4			<0,001
Συχνά, πάντα	94	57,6 (16,2)		-12,9	2,2	<0,001
Σπάνια, ποτέ	357	70,4 (19,6)		αναφ.		
Φυσική άσκηση			33,3			<0,001
Ναι	165	74,5 (16,9)		10,7	1,9	<0,001
Όχι	286	63,8 (20,1)		αναφ.		
Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού			0,4			0,516
Ναι	241	67,1 (18,8)		-1,2	1,9	0,516
Όχι	208	68,3 (20,6)		αναφ.		
Επίσκεψη σε ιατρό			22,6			<0,001
0-2 φορές	155	73,7 (19,5)		9,1	1,9	<0,001
3+ φορές	295	64,6 (19,1)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία			2,8			0,093
Ναι	126	65,3 (18,9)		-3,5	2,1	0,093
Όχι	325	68,7 (19,9)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			1,7			0,191
Ναι	48	64,4 (15,2)		-3,9	3,0	0,191
Όχι	402	68,3 (19,8)		αναφ.		

### 8.2.3 Κλίμακα MSPSS

Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, σημαντική σχέση με την κλίμακα MSPSS παρουσίασαν το φύλο [υψηλότερο σκορ οι γυναίκες (MT=62,3) συγκριτικά με τους άντρες (MT=59,8) (p=0,035)], η ηλικία [υψηλότερο σκορ οι νεότερες ηλικιακές κατηγορίες (MT=63,3 και MT=62,0 για έως

70 και 71-80 ετών αντίστοιχα) συγκριτικά με τους άνω των 80 ετών (MT=57,5) ( $p=0,001$ ), η οικογενειακή κατάσταση [υψηλότερο σκορ οι έγγαμοι (MT=64,7) συγκριτικά με τους χήρους/άγαμους (MT=58,4) ( $p<0,001$ )], η οικονομική αυτοδυναμία [(MT=61,7) έναντι όσων δεν είχαν (MT=56,0) ( $p=0,027$ )], το εκπαιδευτικό επίπεδο [υψηλότερο σκορ για εκείνους με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση (MT=63,9), έναντι εκείνων που είχαν κατώτερη εκπαίδευση (MT=59,9) ( $p=0,001$ )], η ύπαρξη τέκνων [(MT=62,1) έναντι εκείνων που δεν είχαν παιδιά (MT=49,9) ( $p<0,001$ )] και η ιδιοκτησία της κατοικίας τους [(MT=62,0) έναντι όσων δεν τους ανήκει η κατοικία τους (MT=57,1) ( $p=0,005$ )] (Πίνακας 8.17).

Σχετικά με τα χαρακτηριστικά που αναφέρονται στο δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων, χαμηλότερη κοινωνική υποστήριξη βάσει της βαθμολογίας τους στην κλίμακα MSPSS είχαν εκείνοι που ανέφεραν ότι ζουν μόνοι τους [(MT=57,0) έναντι όσων δεν ανέφεραν ότι ζουν μόνοι τους (MT=64,0) ( $p<0,001$ )] και εκείνοι που ανέφεραν μόνιμη διαμονή στην Αθήνα [(MT=60,2) συγκριτικά με εκείνους που δεν κατοικούν και τους 12 μήνες στην Αθήνα (MT=63,7) ( $p=0,006$ )]. Υψηλότερα στην κλίμακα κοινωνική υποστήριξης σκόραραν όσοι συναντούν καθημερινά τα παιδιά τους [(MT=63,4) συγκριτικά με εκείνους που τα συναντούν σπανιότερα από εβδομαδιαία (MT=59,5) ( $p=0,039$ )], εκείνοι που συμμετέχουν σε συλλόγους ή άλλες οργανώσεις ( $p<0,001$ ), όσοι δέχτηκαν επίσκεψη πρόσφατα [όσο πιο πρόσφατη η επίσκεψη αυξάνεται το σκορ ( $p<0,001$ )] και όσοι ανέφεραν πολύ καλές (MT=66,6) ή καλές (MT=60,0) σχέσεις με τους γείτονες συγκριτικά με εκείνους που ανέφεραν καμιά σχέση με τους γείτονες ( $p<0,001$ ) (Πίνακας 8.17).

Τέλος, όσον αφορά τις ερωτήσεις σχετικά με την υγεία των συμμετεχόντων, οι ηλικιωμένοι με θετικότερους δείκτες υγείας εμφάνισαν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης. Ειδικότερα, υψηλότερη βαθμολογία είχαν όσοι ανέφεραν ότι βοηθούν στην ανατροφή εγγονιών, κτλ ( $p<0,001$ ), όσοι εκτιμούν ότι η υγεία τους είναι καλύτερη από (MT=64,2) ή ίδια (MT=60,9) με εκείνη των συνομηλίκων τους [συγκριτικά με όσους εκτιμούν χειρότερη υγεία (MT=53,8) ( $p<0,001$ )], όσοι δεν ανέφεραν κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που να τους απασχολεί σε σχέση με εκείνους που ανέφεραν χρόνια προβλήματα ( $p<0,001$ ), όσοι ανέφεραν καλύτερη ακοή ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι που δεν χρησιμοποιούσαν ακουστικό επίσης ( $p=0,020$ ), όσοι ανέφεραν καλή όραση ( $p<0,001$ ), εκείνοι που δεν ανέφεραν δυσκολίες στη μάσηση ( $p<0,001$ ), οι ηλικιωμένοι που ανέφεραν ότι κάνουν

φυσική άσκηση έναντι όσων δεν ασκούνται ( $p < 0,001$ ) και εκείνοι που επισκέφτηκαν λιγότερες φορές κάποιον ιατρό (0-2 φορές τους τελευταίους 12 μήνες) [(MT=63,7) έναντι όσων τον επισκέφθηκαν τουλάχιστον 3 φορές (MT=60,2) ( $p=0,005$ )] (Πίνακας 8.17).

**Πίνακας 8.17. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά.**

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Φύλο			4,5			0,035
Γυναίκα	277	62,3 (11,6)		2,5	1,2	0,035
Άνδρας	174	59,8 (13,7)		αναφ.		
Ηλικία			7,0			
-70 ετών	147	63,3 (11,8)		5,5	1,5	<0,001
70-80 ετών	185	62,0 (11,9)		4,2	1,4	0,004
80+ ετών	117	57,5 (13,3)		αναφ.		
Συνταξιούχος			1,0			0,308
Ναι	355	61,1 (12,7)		-1,5	1,4	0,308
Όχι	95	62,6 (11,6)		αναφ.		
Έγγαμος/-η			30,5			<0,001
Ναι	209	64,7 (11,5)		6,3	1,1	<0,001
Όχι	242	58,4 (12,5)		αναφ.		
Οικονομική αυτοδυναμία			4,9			0,027
Ναι	426	61,7 (12,1)		5,7	2,6	0,027
Όχι	25	56,0 (17,2)		αναφ.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			11,0			0,001
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	63,9 (12,5)		4,0	1,2	0,001
Κατώτερη	287	59,9 (12,2)		αναφ.		
Ύπαρξη τέκνων			27,6			<0,001
Ναι	422	62,1 (12,0)		12,2	2,3	<0,001
Όχι	29	49,9 (14,3)		αναφ.		
Οικία			2,4			0,119

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Διαμέρισμα	344	60,8 (12,5)		-2,2	1,4	0,119
Μονοκατοικία	105	63,0 (12,4)		αναφ.		
Ιδιοκτησία οικίας			8,0			0,005
Ιδία	390	62,0 (12,1)		4,9	1,7	0,005
Άλλο	59	57,1 (14,4)		αναφ.		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα διεύθυνση			1,7			0,198
Τουλάχιστον 20 έτη	322	61,9 (12,7)		1,7	1,3	0,198
Λιγότερο	127	60,2 (11,8)		αναφ.		
Ζείτε μόνος/-η			35,4			<0,001
Ναι	169	57,0 (12,9)		-7,0	1,2	<0,001
Όχι	281	64,0 (11,5)		αναφ.		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			1,7			0,195
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	62,8 (11,6)		1,5	1,2	0,195
Άλλού	195	61,3 (12,3)		αναφ.		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			7,7			0,006
Ναι	310	60,2 (13,1)		-3,5	1,3	0,006
Όχι	138	63,7 (10,4)		αναφ.		
Συναντάτε τα τέκνα			3,3			0,039
Καθημερινά	195	63,4 (11,1)		3,9	1,6	
Εβδομαδιαία	142	61,9 (12,8)		2,4	1,6	
Σπανιότερα/Ποτέ	84	59,5 (12,0)		αναφ.		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			2,0			0,108
Κάθε μέρα	186	60,0 (13,9)		-5,2	2,3	
2-3 φορές την εβδομάδα	150	61,8 (11,3)		-3,5	2,3	
Κάθε βδομάδα	79	61,9 (10,7)		-3,3	2,5	
Κάθε μήνα, σπάνια	36	65,3 (12,0)		αναφ.		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ			15,1			<0,001
Ναι	71	66,6 (11,8)		6,2	1,6	<0,001
Όχι	380	60,4 (12,4)		αναφ.		
Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			17,2			<0,001



	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Σήμερα/χθες	96	67,3 (11,1)		11,6	1,7	
Πριν εβδομάδα	150	62,8 (12,2)		7,1	1,6	
Πριν μήνα	113	59,1 (10,9)		3,4	1,7	
Πιο παλιά	72	56,9 (10,6)		αναφ.		
Σχέσεις με τους γείτονες			34,8			
Πολύ καλές, φιλικές	153	66,6 (10,9)		15,9	2,0	<0,001
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	60,0 (12,0)		9,3	1,9	<0,001
Καμία	42	50,7 (11,7)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ			24,4			<0,001
Ναι	189	64,7 (10,6)		5,8	1,2	<0,001
Όχι	260	59,0 (13,2)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			20,3			
Καλύτερη	217	64,2 (12,0)		10,4	1,6	<0,001
Περίπου ίδια	151	60,9 (10,9)		7,1	1,7	<0,001
Χειρότερη	67	53,8 (13,0)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του δραστηριότητα)			30,3			<0,001
Ναι	337	59,5 (12,4)		-7,2	1,3	<0,001
Όχι	114	66,7 (11,0)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			2,0			0,133
1-2	226	61,6 (12,6)		-2,9	2,1	
3+	183	60,3 (12,0)		-4,2	2,1	
Κανένα	39	64,9 (13,5)		αναφ.		
Ακοή			33,7			<0,001
Καλή πάντα	242	64,4 (11,6)		6,6	1,1	<0,001
Όχι Καλή	209	57,8 (12,6)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			5,4			0,020
Ναι	40	57,0 (11,0)		-4,8	2,1	0,020
Όχι	411	61,8 (12,5)		αναφ.		
Όραση			40,5			<0,001
Καλή	343	63,4		9,0	1,4	<0,001

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
		(11,2)				
Όχι καλή	85	54,5 (13,4)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			22,0			<0,001
Ναι	117	56,8 (12,8)		-6,1	1,3	<0,001
Όχι	334	63,0 (12,0)		αναφ.		
Τεχνητή οδοντοστοιχία			2,6			0,110
Ναι	272	60,6 (12,1)		-1,9	1,2	0,110
Όχι	179	62,5 (13,0)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν δυσκολία			0,5			0,502
Ναι	153	60,8 (11,8)		-0,8	1,2	0,502
Όχι	298	61,6 (12,8)		αναφ.		
Ακράτεια			3,6			0,059
Συχνά, πάντα	94	59,2 (11,5)		-2,7	1,4	0,059
Σπάνια, ποτέ	357	61,9 (12,7)		αναφ.		
φυσική άσκηση			27,4			<0,001
Ναι	165	65,3 (11,3)		6,2	1,2	<0,001
Όχι	286	59,1 (12,5)		αναφ.		
Ύπαρξη οικογενειακού ιατρού			0,1			0,816
Ναι	241	61,3 (12,0)		-0,3	1,2	0,816
Όχι	208	61,6 (12,9)		αναφ.		
Επίσκεψη σε γιατρό			7,9			0,005
0-2 φορές	155	63,7 (13,1)		3,4	1,2	0,005
3+ φορές	295	60,2 (12,0)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία			0,0			0,837
Ναι	126	61,6 (12,7)		0,3	1,3	0,837
Όχι	325	61,3 (12,4)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			0,1			0,785
Ναι	48	61,8 (10,8)		0,5	1,9	0,785
Όχι	402	61,3 (12,7)		αναφ.		

### 8.2.3.1 Συσχέτιση της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Significant Others, με τα με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.

Με τη διάσταση Significant Others (SO), της κλίμακας MSPSS, σημαντική σχέση αναδείχθηκε πως έχουν οι ίδιοι παράγοντες που συνδέονται σημαντικά και με την MSPSS. Εξαιρέση αποτελούν το φύλο και η χρήση ακουστικού που δεν σχετίζονται σημαντικά με την SO καθώς και η ακράτεια που σχετίζεται σημαντικά με την SO αλλά όχι με την MSPSS. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την ακράτεια, όσοι δεν έχουν (ή έχουν σπάνια) ακράτεια είχαν υψηλότερο σκορ (MT= 22,8) στην κλίμακα SO από εκείνους που έχουν ακράτεια (MT= 21,8) ( $p=0,042$ ) (Πίνακας 8.18).

**Πίνακας 8.18. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Significant Others, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά.**

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Φύλο			2,5			0,117
Γυναίκα	277	22,9 (4,1)		0,7	0,4	0,117
Άνδρας	174	22,2 (4,7)		αναφ.		
Ηλικία			4,5			0,011
-70 ετών	147	23,1 (4,2)		1,5	0,5	0,007
70-80 ετών	185	22,9 (4,0)		1,3	0,5	0,009
80+ ετών	117	21,5 (4,9)		αναφ.		
Συνταξιούχος			1,6			0,207
Ναι	355	22,5 (4,5)		-0,6	0,5	0,207
Όχι	95	23,1 (3,7)		αναφ.		
Έγγαμος/-η			36,9			<0,001
Ναι	209	23,9 (3,6)		2,4	0,4	<0,001
Όχι	242	21,5 (4,7)		αναφ.		
Οικονομική αυτοδυναμία			5,8			0,016
Ναι	426	22,7 (4,2)		2,1	0,9	0,016
Όχι	25	20,6 (6,0)		αναφ.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			5,2			0,023
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	23,2 (4,4)		1,0	0,4	0,023
Κατώτερη	287	22,3 (4,3)		αναφ.		
Ύπαρξη τέκνων			33,8			<0,001
Ναι	422	22,9 (4,1)		4,7	0,8	<0,001
Όχι	29	18,2 (5,2)		αναφ.		
Οικία			3,3			0,071
Διαμέρισμα	344	22,4 (4,5)		-0,9	0,5	0,071
Μονοκατοικία	105	23,3 (3,8)		αναφ.		
Ιδιοκτησία οικίας			10,4			0,001
Ίδια	390	22,9 (4,1)		1,9	0,6	0,001
Άλλο	59	20,9 (5,3)		αναφ.		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα			2,1			0,147
Τουλάχιστον 20 έτη	322	22,8 (4,4)		0,7	0,5	0,147
Λιγότερο	127	22,2 (4,2)		αναφ.		

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Ζείτε μόνος/-η			39,4			<0,001
Ναι	169	21,0 (4,6)		-2,6	0,4	<0,001
Όχι	281	23,6 (3,9)		αναφ.		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			0,8			0,374
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	23,1 (4,2)		0,4	0,4	0,374
Αλλού	195	22,7 (4,0)		αναφ.		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			4,7			0,030
Ναι	310	22,3 (4,4)		-1,0	0,4	0,030
Όχι	138	23,3 (4,0)		αναφ.		
Συναντάτε τα τέκνα			3,4			0,034
Καθημερινά	195	23,4 (3,9)		1,4	0,5	0,010
Εβδομαδιαία	142	22,8 (4,3)		0,8	0,6	0,172
Σπανιότερα/Ποτέ	84	22,0 (4,3)		αναφ.		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			1,4			0,242
Κάθε μέρα	186	22,4 (4,8)		-1,5	0,8	0,052
2-3 φορές την εβδομάδα	150	22,8 (3,8)		-1,2	0,8	0,155
Κάθε βδομάδα	79	22,4 (4,4)		-1,5	0,9	0,079
Κάθε μήνα, σπάνια	36	23,9 (4,1)		αναφ.		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς			3,9			0,049
Ναι	71	23,6 (4,7)		1,1	0,6	0,049
Όχι	380	22,5 (4,3)		αναφ.		
Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			14,0			<0,001
Σήμερα/χθες	96	24,6 (3,4)		3,6	0,6	<0,001
Πριν εβδομάδα	150	23,0 (4,2)		2,1	0,6	<0,001
Πριν μήνα	113	21,8 (4,3)		0,9	0,6	0,134
Πιο παλιά	72	21,6 (4,0)		αναφ.		
Σχέσεις με τους γείτονες			36,2			<0,001
Πολύ καλές, φιλικές	153	24,4 (3,5)		5,8	0,7	<0,001
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	22,3 (4,2)		3,7	0,7	<0,001
Καμία	42	18,6 (4,7)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών,			34,2			<0,001
Ναι	189	24,0 (3,5)		2,4	0,4	<0,001
Όχι	260	21,6 (4,7)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			24,5			<0,001
Καλύτερη	217	23,8 (4,0)		3,9	0,6	<0,001
Περίπου ίδια	151	22,4 (3,6)		2,5	0,6	<0,001
Χειρότερη	67	19,9 (5,0)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του			30,6			
Ναι	337	22,0 (4,5)		-2,5	0,5	<0,001
Όχι	114	24,5 (3,2)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			1,3			0,274
1-2	226	22,6 (4,4)		-1,0	0,7	0,170
3+	183	22,4 (4,3)		-1,2	0,7	0,108
Κανένα	39	23,8 (4,3)		αναφ.		
Ακοή			18,1			<0,001
Καλή πάντα	242	23,4 (4,1)		1,7	0,4	<0,001
Όχι Καλή	209	21,7 (4,5)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			2,1			0,146
Ναι	40	21,7 (3,7)		-1,0	0,7	0,146
Όχι	411	22,7 (4,4)		αναφ.		
Όραση			39,4			<0,001
Καλή	343	23,3 (3,8)		3,1	0,5	<0,001
Όχι καλή	85	20,3 (5,0)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			22,7			<0,001
Ναι	117	21,0 (5,0)		-2,2	0,5	<0,001
Όχι	334	23,2 (3,9)		αναφ.		
Τεχνητή οδοντοστοιχία			0,4			0,504
Ναι	272	22,5 (4,2)		-0,3	0,4	0,504

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Όχι	179	22,8 (4,6)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν			0,1			0,726
Ναι	153	22,5 (4,0)		-0,2	0,4	0,726
Όχι	298	22,7 (4,5)		αναφ.		
Ακράτεια			4,1			0,042
Συχνά, πάντα	94	21,8 (4,2)		-1,0	0,5	0,042
Σπάνια, ποτέ	357	22,8 (4,4)		αναφ.		
φυσική άσκηση			24,8			<0,001
Ναι	165	23,9 (3,5)		2,1	0,4	<0,001
Όχι	286	21,9 (4,6)		αναφ.		
Ύπαρξη οικογενειακού γιατρού			0,3			0,598
Ναι	241	22,6 (4,4)		-0,2	0,4	0,598
Όχι	208	22,8 (4,2)		αναφ.		
Επίσκεψη σε γιατρό			8,5			0,004
0-2 φορές	155	23,5 (4,2)		1,2	0,4	0,004
3+ φορές	295	22,2 (4,4)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία			0,0			0,936
Ναι	126	22,6 (4,3)		0,0	0,5	0,936
Όχι	325	22,6 (4,4)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			0,4			0,505
Ναι	48	23,0 (3,9)		0,4	0,7	0,505
Όχι	402	22,6 (4,4)		αναφ.		

### 8.2.3.2 Συσχέτιση της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS-Family, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η διάσταση Family (FAM), της κλίμακας MSPSS, αναδείχθηκε πως έχει σημαντική σχέση με σχεδόν τους ίδιους παράγοντες που συνδέονται σημαντικά και με την MSPSS. Εξαίρεση αποτελούν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η χρήση ακουστικού και η επίσκεψη στο γιατρό που δεν σχετίζονται σημαντικά με την FAM καθώς και η συνταξιοδότηση, η διάρκεια διαμονής στην παρούσα διεύθυνση και το αν ζουν κοντά τα παιδιά, που σχετίζονται σημαντικά με την FAM αλλά όχι με την MSPSS. Πιο συγκεκριμένα, σχετικά με την συνταξιοδότηση, όσοι δεν έχουν συνταξιοδοτηθεί είχαν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια (υψηλότερο FAM σκορ) (MT= 23,2) από τους συνταξιούχους (MT= 22,1) (p=0,037). Σχετικά με τη διάρκεια διαμονής στην παρούσα διεύθυνση όσοι ζουν τουλάχιστον 20 έτη στην παρούσα διεύθυνση είχαν υψηλότερο FAM σκορ (MT=22,6) από εκείνους που κατοικούν λιγότερο διάστημα (MT=21,5) (p=0,042), ενώ σχετικά με την εγγύτητα των παιδιών τους εκείνοι που ανέφεραν ότι ζουν κοντά τους είχαν υψηλότερο FAM σκορ (MT=23,2) από εκείνους δε ζουν κοντά στα παιδιά τους (MT=22,3) (p=0,039) (Πίνακας 8.19).

**Πίνακας 8.19. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS-Family, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά.**

	N	Mean (SD)	F	β coef	s,e, (β)	p
Φύλο			2,6			0,110
Γυναίκα	277	22,6 (4,6)		0,8	0,5	0,110
Άνδρας	174	21,8 (5,3)		αναφ,		
Ηλικία			0,3			0,708
-70 ετών	147	22,1 (5,6)		0,0	0,6	0,960
70-80 ετών	185	22,5 (4,3)		0,4	0,6	0,481
80+ ετών	117	22,0 (4,7)		αναφ,		
Συνταξιούχος			4,4			0,037
Ναι	355	22,1 (4,9)		-1,2	0,6	0,037
Όχι	95	23,2 (4,4)		αναφ,		
Εγγαμος/-η			33,0			<0,001
Ναι	209	23,6 (3,9)		2,6	0,4	<0,001
Όχι	242	21,1 (5,3)		αναφ,		
Οικονομική αυτοδυναμία			6,9			0,009
Ναι	426	22,4 (4,7)		2,6	1,0	0,009
Όχι	25	19,8 (6,9)		αναφ,		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			1,5			0,214
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	22,6 (5,2)		0,6	0,5	0,214
Κατώτερη	287	22,1 (4,7)		αναφ,		
Ύπαρξη τέκνων			85,5			<0,001
Ναι	422	22,8 (4,3)		8,0	0,9	<0,001
Όχι	29	14,8 (7,0)		αναφ,		
Οικία			0,0			0,978
Διαμέρισμα	344	22,3 (4,7)		0,0	0,5	0,978
Μονοκατοικία	105	22,3 (5,4)		αναφ,		
Ιδιοκτησία οικίας			14,0			<0,001
Ιδία	390	22,6 (4,8)		2,5	0,7	<0,001
Άλλο	59	20,1 (5,3)		αναφ,		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα			4,2			0,042
Τουλάχιστον 20 έτη	322	22,6 (4,9)		1,0	0,5	0,042
Λγότερο	127	21,5 (4,7)		αναφ,		
Ζείτε μόνος/-η			49,2			<0,001
Ναι	169	20,3 (5,7)		-3,2	0,5	<0,001
Όχι	281	23,5 (3,9)		αναφ,		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			4,3			0,039
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	23,2 (3,9)		0,9	0,4	0,039
Αλλού	195	22,3 (4,6)		αναφ,		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			9,6			0,002
Ναι	310	21,8 (5,2)		-1,5	0,5	0,002
Όχι	138	23,3 (3,8)		αναφ,		
Συναντάτε τα τέκνα			9,0			<0,001
Καθημερινά	195	23,6 (3,7)		2,3	0,5	<0,001
Εβδομαδιαία	142	22,6 (4,3)		1,3	0,6	0,021
Σπανιότερα/Ποτέ	84	21,3 (5,0)		αναφ,		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			1,5			0,214
Κάθε μέρα	186	22,3 (5,3)		-1,5	0,9	0,087
2-3 φορές την εβδομάδα	150	22,0 (4,7)		-1,8	0,9	0,043
Κάθε βδομάδα	79	22,0 (4,4)		-1,9	1,0	0,057
Κάθε μήνα, σπάνια	36	23,8 (4,3)		αναφ,		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς			5,2			0,023
Ναι	71	23,5 (4,4)		1,4	0,6	0,023

	N	Mean (SD)	F	β coef	s,e, (β)	p
Όχι	380	22,0 (4,9)		αναφ.		
Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			12,4			<0,001
Σήμερα/χθες	96	23,8 (4,5)		3,7	0,7	<0,001
Πριν εβδομάδα	150	23,1 (3,8)		3,1	0,6	<0,001
Πριν μ ήνα	113	21,7 (4,8)		1,6	0,7	0,016
Πιο παλιά	72	20,3 (5,6)		αναφ.		
Σχέσεις με τους γείτονες			17,2			<0,001
Πολύ καλές, φιλικές	153	23,8 (4,1)		4,5	0,8	<0,001
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	21,9 (4,9)		2,6	0,8	0,001
Καμμία	42	19,3 (5,5)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών,			48,5			<0,001
Ναι	189	24,1 (3,3)		3,1	0,4	<0,001
Όχι	260	21,0 (5,4)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			13,7			<0,001
Καλύτερη	217	23,2 (4,7)		3,4	0,7	<0,001
Περίπου ίδια	151	22,0 (4,5)		2,2	0,7	0,002
Χειρότερη	67	19,9 (5,0)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του			13,0			
Ναι	337	21,8 (4,9)		-1,9	0,5	<0,001
Όχι	114	23,7 (4,4)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			2,6			0,076
1-2	226	22,7 (4,5)		0,4	0,8	0,654
3+	183	21,7 (4,9)		-0,7	0,8	0,380
Κανένα	39	22,7 (5,5)		αναφ.		
Ακοή			8,5			0,004
Καλή πάντα	242	22,9 (5,0)		1,3	0,5	0,004
Όχι Καλή	209	21,6 (4,7)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			0,6			0,441
Ναι	40	21,7 (4,4)		-0,6	0,8	0,441
Όχι	411	22,3 (4,9)		αναφ.		
Όραση			25,1			<0,001
Καλή	343	22,9 (4,6)		2,9	0,6	<0,001
Όχι καλή	85	20,0 (5,2)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			11,0			0,001
Ναι	117	21,0 (5,5)		-1,7	0,5	0,001
Όχι	334	22,7 (4,6)		αναφ.		
Τεχνητή οδοντοστοιχία			0,2			0,665
Ναι	272	22,2 (4,6)		-0,2	0,5	0,665
Όχι	179	22,4 (5,2)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν			0,6			0,428
Ναι	153	22,5 (4,3)		0,4	0,5	0,428
Όχι	298	22,1 (5,2)		αναφ.		
Ακράτια			2,3			0,127
Συχνά, πάντα	94	21,6 (4,8)		-0,9	0,6	0,127
Σπάνια, ποτέ	357	22,4 (4,9)		αναφ.		
φυσική άσκηση			9,0			0,003
Ναι	165	23,2 (4,8)		1,4	0,5	0,003
Όχι	286	21,7 (4,8)		αναφ.		
Υπαρξη οικογενειακού γιατρού			0,4			0,530
Ναι	241	22,4 (4,9)		0,3	0,5	0,530
Όχι	208	22,1 (4,9)		αναφ.		
Επίσκεψη σε γιατρό			1,2			0,273
0-2 φορές	155	22,6 (5,2)		0,5	0,5	0,273
3+ φορές	295	22,1 (4,7)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρία			3,2			0,075
Ναι	126	21,6 (5,7)		-0,9	0,5	0,075
Όχι	325	22,5 (4,5)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			0,2			0,650

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
Ναι	48	22,6 (5,1)		0,3	0,7	0,650
Όχι	402	22,2 (4,9)		αναφ.		

### 8.2.3.3 Συσχέτιση της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Friends, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.

Τέλος, η διάσταση Friends (FRI), της κλίμακας MSPSS, αναδείχθηκε πως έχει σημαντική σχέση με τους περισσότερους από τους παράγοντες που συνδέονται σημαντικά και με την MSPSS. Εξαιρέση αποτελούν το φύλο, η οικονομική αυτοδυναμία, η ύπαρξη τέκνων, η ιδιοκτησία της οικίας, η μόνιμη διανομή στην Αθήνα, η συχνότητα συνάντησης με τα παιδιά και η παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών/ανιψιών, που δεν σχετίζονται σημαντικά με την FRI, σχετίζονται σημαντικά με τη FRI κι όχι με την MSPSS η συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ (χαμηλότερο σκορ όσοι πηγαίνουν καθημερινά) και η τεχνητή οδοντοστοιχία (χαμηλότερο σκορ) (Πίνακας 8.20).

**Πίνακας 8.20. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας MSPSS, διάσταση MSPSS- Friends, με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.**

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
Φύλο			3,3			0,070
Γυναίκα	277	16,9 (6,3)		1,1	0,6	0,070
Άνδρας	174	15,8 (6,6)		αναφ.		
Ηλικία			13,4			<0,001
-70 ετών	147	18,2 (5,8)		4,0	0,8	<0,001
70-80 ετών	185	16,6 (6,2)		2,4	0,7	0,001
80+ ετών	117	14,0 (6,7)		αναφ.		
Συνταξιούχος			0,2			0,664
Ναι	355	16,5 (6,4)		0,3	0,7	0,664
Όχι	95	16,2 (6,7)		αναφ.		
Έγγαμος/-η			4,9			0,027
Ναι	209	17,2 (6,5)		1,3	0,6	0,027
Όχι	242	15,8 (6,4)		αναφ.		
Οικονομική αυτοδυναμία			0,5			0,491
Ναι	426	16,5 (6,3)		0,9	1,3	0,491
Όχι	25	15,6 (7,9)		αναφ.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			15,5			<0,001



	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	18,0 (6,5)		2,4	0,6	<0,001
Κατώτερη	287	15,6 (6,3)		αναφ.		
Ύπαρξη τέκνων			0,1			0,731
Ναι	422	16,4 (6,5)		-0,4	1,2	0,731
Όχι	29	16,9 (6,3)		αναφ.		
Οικία			3,2			0,074
Διαμέρισμα	344	16,1 (6,5)		-1,3	0,7	0,074
Μονοκατοικία	105	17,4 (6,1)		αναφ.		
Ιδιοκτησία οικίας			0,2			0,647
Ιδία	390	16,5 (6,3)		0,4	0,9	0,647
Άλλο	59	16,1 (7,3)		αναφ.		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα			0,0			0,977
Τουλάχιστον 20 έτη	322	16,5 (6,3)		0,0	0,7	0,977
Λιγότερο	127	16,5 (6,7)		αναφ.		
Ζείτε μόνος/-η			3,9			0,048
Ναι	169	15,7 (6,2)		-1,2	0,6	0,048
Όχι	281	16,9 (6,6)		αναφ.		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			0,2			0,639
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	16,6 (6,5)		0,3	0,6	0,639
Αλλού	195	16,3 (6,4)		αναφ.		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			2,4			0,125
Ναι	310	16,1 (6,7)		-1,0	0,7	0,125
Όχι	138	17,1 (5,6)		αναφ.		
Συναντάτε τα τέκνα			0,1			0,934
Καθημερινά	195	16,5 (6,7)		0,3	0,8	0,744
Εβδομαδιαία	142	16,5 (6,7)		0,3	0,9	0,728
Σπανιότερα/Ποτέ	84	16,2 (5,4)		αναφ.		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			3,6			0,014
Κάθε μέρα	186	15,3 (7,1)		-2,2	1,2	0,061
2-3 φορές την εβδομάδα	150	17,0 (6,0)		-0,5	1,2	0,694
Κάθε βδομάδα	79	17,6 (4,9)		0,1	1,3	0,933
Κάθε μήνα, σπάνια	36	17,5 (6,7)		αναφ.		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς			19,8			<0,001
Ναι	71	19,5 (5,8)		3,6	0,8	<0,001
Όχι	380	15,9 (6,4)		αναφ.		

Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			8,0			<0,001
Σήμερα/χθες	96	18,9 (6,0)		4,2	0,9	<0,001
Πριν εβδομάδα	150	16,6 (6,9)		2,0	0,8	0,019
Πριν μήνα	113	15,6 (5,8)		1,0	0,9	0,281
Πιο παλιά	72	15,1 (5,5)		αναφ.		
Σχέσεις με τους γείτονες			15,7			<0,001
Πολύ καλές, φιλικές	153	18,4 (6,4)		5,6	1,1	<0,001
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	15,9 (6,2)		3,1	1,0	0,003
Καμία	42	12,8 (5,7)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών,			0,2			0,618
Ναι	189	16,7 (6,8)		0,3	0,6	0,618
Όχι	260	16,4 (6,2)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			6,2			0,002
Καλύτερη	217	17,2 (6,8)		3,1	0,9	<0,001
Περίπου ίδια	151	16,5 (5,7)		2,4	0,9	0,011
Χειρότερη	67	14,1 (5,9)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του			16,6			
Ναι	337	15,8 (6,3)		-2,8	0,7	<0,001
Όχι	114	18,6 (6,4)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			2,4			0,093
1-2	226	16,2 (6,7)		-2,3	1,1	0,035

3+	183	16,3 (6,0)		-2,3	1,1	0,040
Κανένα	39	18,4 (6,9)		αναφ.		
Ακοή			37,0			<0,001
Καλή πάντα	242	18,1 (6,2)		3,6	0,6	<0,001
Όχι Καλή	209	14,6 (6,1)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			8,7			0,003
Ναι	40	13,6 (6,3)		-3,1	1,1	0,003
Όχι	411	16,7 (6,4)		αναφ.		
Όραση			16,5			<0,001
Καλή	343	17,3 (6,2)		3,1	0,8	<0,001
Όχι καλή	85	14,2 (6,0)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			10,7			0,001
Ναι	117	14,8 (6,1)		-2,2	0,7	0,001
Όχι	334	17,0 (6,5)		αναφ.		
Τεχνητή οδοντοστοιχία			5,4			0,020
Ναι	272	15,9 (6,4)		-1,4	0,6	0,020
Όχι	179	17,3 (6,4)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν			2,8			0,095
Ναι	153	15,8 (6,5)		-1,1	0,6	0,095
Όχι	298	16,8 (6,4)		αναφ.		
Ακράτεια			1,3			0,260
Συχνά, πάντα	94	15,8 (5,8)		-0,8	0,7	0,260
Σπάνια, ποτέ	357	16,6 (6,6)		αναφ.		
φυσική άσκηση			19,3			<0,001
Ναι	165	18,2 (6,2)		2,7	0,6	<0,001
Όχι	286	15,5 (6,4)		αναφ.		
Υπαρξη οικογενειακού γιατρού			0,3			0,566
Ναι	241	16,3 (6,2)		-0,3	0,6	0,566
Όχι	208	16,7 (6,7)		αναφ.		
Επίσκεψη σε γιατρό			7,0			0,009
0-2 φορές	155	17,6 (6,5)		1,7	0,6	0,009
3+ φορές	295	15,9 (6,3)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία			3,3			0,071
Ναι	126	17,3 (5,9)		1,2	0,7	0,071
Όχι	325	16,1 (6,6)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			0,1			0,790
Ναι	48	16,3 (5,7)		-0,3	1,0	0,790
Όχι	402	16,5 (6,5)		αναφ.		

#### 8.2.4 Συσχέτιση της κλίμακας BARTHEL με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.

Η κλίμακα Barthel αναδείχθηκε πως έχει σημαντική σχέση με αρκετούς από τους δημογραφικούς και παράγοντες του δικτύου κοινωνική υποστήριξης και με σχεδόν όλους εκείνους που αφορούν στο επίπεδο υγείας των συμμετεχόντων.

Αναλυτικότερα, από τους δημογραφικούς παράγοντες σημαντική σχέση έδειξε πως έχει η ηλικία [υψηλότερο σκορ οι νεαρότεροι [(MT=96,2) και (MT=91,3) για τους κάτω των 70 ετών και για τους 70-80 αντίστοιχα συγκριτικά με τους 80 και άνω (MT=86,1) ( $p<0,001$ )], η οικογενειακή τους κατάσταση, (οι έγγαμοι εμφανίζουν υψηλότερο σκορ (MT=93,6) συγκριτικά με τους χήρους/άγαμους (MT=89,9) ( $p<0,001$ ), η οικονομική αυτοδυναμία [(MT=92,0) έναντι όσων δεν είχαν (MT=85,0)

( $p=0,001$ ) και το εκπαιδευτικό επίπεδο [υψηλότερο άθροισμα για τους ηλικιωμένους με δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση ( $MT=95,8$ ), έναντι εκείνων που είχαν κατώτερη εκπαίδευση ( $MT=89,2$ ) ( $p<0,001$ )] (Πίνακας 8.21).

Σχετικά με δίκτυο κοινωνική στήριξης, σημαντικά υψηλότερο σκορ στην κλίμακα Barthel (άρα υψηλότερο επίπεδο αυτοφροντίδας) είχαν εκείνοι που δε ζούσαν μόνοι τους [( $MT=92,9$ ) συγκριτικά με εκείνους που ζούσαν μόνοι τους ( $MT=89,5$ ) ( $p=0,001$ )], εκείνοι που ανέφεραν μη μόνιμη διαμονή στην Αθήνα [( $MT=93,6$ ) σε σχέση με εκείνους που κατοικούν και τους 12 μήνες στην Αθήνα ( $MT=90,7$ ) ( $p=0,007$ )], εκείνοι που συμμετέχουν σε συλλόγους ή άλλες οργανώσεις [( $MT=95,7$ ) έναντι ( $MT=90,8$ ) ( $p<0,001$ )] και όσοι αναφέρουν καλές ή πολύ καλές σχέσεις με τους γείτονες [( $MT=91,6$ ) και ( $MT=93,1$ ) για πολύ καλές και καλές σχέσεις αντίστοιχα), έναντι ( $MT=86,4$ ) για όσους ανέφεραν καμία σχέση ( $p=0,001$ )] (Πίνακας 8.21).

Τέλος, η κλίμακα Barthel συνδέεται σημαντικά με όλες σχεδόν τις μεταβλητές σχετικά με το επίπεδο υγείας του ερωτώμενου ηλικιωμένου. Εξαίρεση αποτελούν η ύπαρξη οικογενειακού γιατρού και η επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία. Υψηλότερο σκορ σημείωσαν οι ερωτώμενοι που αναφέρουν καλύτερη υγεία (Πίνακας 8.21).

**Πίνακας 8.21. Περιγραφική στατιστική (N, Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) και αποτελέσματα μονοπαραγοντικής γραμμικής ανάλυσης παλινδρόμησης της κλίμακας BARTHEL με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά του δείγματος.**

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
Φύλο			0,5			0,484
Γυναίκα	277	91,9 (9,7)		0,7	1,0	0,484
Άνδρας	174	91,2 (11,2)		αναφ.		
Ηλικία			34,6			<0,001
-70 ετών	147	96,2 (6,1)		9,8	1,2	<0,001
70-80 ετών	185	91,3 (10,1)		4,9	1,1	<0,001
80+ ετών	117	86,2 (12,0)		αναφ.		
Συνταξιούχος			1,8			0,176
Ναι	355	91,9 (10,3)		1,6	1,2	0,176
Όχι	95	90,3		αναφ.		

	N	Mean (SD)	F	$\beta$ coef	s.e. ( $\beta$ )	p
		(10,3)				
Έγγαμος/-η			14,8			<0,001
Ναι	209	93,6 (8,5)		3,7	1,0	<0,001
Όχι	242	89,9 (11,4)		αναφ.		
Οικονομική αυτοδυναμία			11,1			0,001
Ναι	426	92,0 (9,8)		7,0	2,1	0,001
Όχι	25	85,0 (15,3)		αναφ.		
Εκπαιδευτικό επίπεδο			47,6			<0,001
Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	164	95,8 (6,5)		6,6	1,0	<0,001
Κατώτερη	287	89,2 (11,3)		αναφ.		
Ύπαρξη τέκνων			0,5			0,496
Ναι	422	91,7 (10,1)		1,3	2,0	0,496
Όχι	29	90,3 (13,2)		αναφ.		
Οικία			0,0			0,933
Διαμέρισμα	344	91,6 (10,0)		-0,1	1,2	0,933
Μονοκατοικία	105	91,7 (11,3)		αναφ.		
Ιδιοκτησία οικίας			0,0			0,972
Ιδία	390	91,6 (10,2)		0,1	1,4	0,972
Άλλο	59	91,5 (11,2)		αναφ.		
Διάρκεια παραμονής στην τρέχουσα διεύθυνση			0,2			0,622
Τουλάχιστον 20 έτη	322	91,5 (10,3)		-0,5	1,1	0,622
Λιγότερο	127	92,0 (10,4)		αναφ.		
Ζείτε μόνος/-η			12,1			0,001
Ναι	169	89,5 (11,5)		-3,4	1,0	0,001
Όχι	281	92,9 (9,3)		αναφ.		
Τα τέκνα ζουν κοντά σας			0,5			0,471
Στο ίδιο σπίτι/γειτονιά	227	91,4 (9,9)		-0,7	1,0	0,471
Αλλού	195	92,1 (10,3)		αναφ.		
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα			7,4			0,007
Ναι	310	90,7 (11,0)		-2,9	1,0	0,007
Όχι	138	93,6 (8,4)		αναφ.		
Συναντάτε τα τέκνα			1,4			0,251
Καθημερινά	195	92,3 (9,4)		2,2	1,3	0,097
Εβδομαδιαία	142	91,8 (10,2)		1,6	1,4	0,238
Σπανιότερα/Ποτέ	84	90,1 (11,4)		αναφ.		
Επίσκεψη στο ΚΑΠΗ			2,2			0,082

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Κάθε μέρα	186	93,1 (10,6)		1,5	1,9	0,411
2-3 φορές την εβδομάδα	150	90,5 (10,1)		-1,1	1,9	0,578
Κάθε βδομάδα	79	90,4 (10,3)		-1,1	2,1	0,578
Κάθε μήνα, σπάνια	36	91,5 (8,9)		αναφ.		
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ			13,7			<0,001
Ναι	71	95,7 (6,9)		4,9	1,3	<0,001
Όχι	380	90,8 (10,7)		αναφ.		

	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
Τελευταία επίσκεψη που δεχτήκατε			2,2			0,087
Σήμερα/χθες	96	93,0 (9,1)		3,1	1,5	0,037
Πριν εβδομάδα	150	92,5 (9,6)		2,7	1,4	0,048
Πριν μήνα	113	90,7 (10,8)		0,8	1,4	0,566
Πιο παλιά	72	91,1 (9,9)		αναφ.		
Σχέσεις με τους γείτονες			7,1			0,001
Πολύ καλές, φιλικές	153	93,1 (8,8)		6,7	1,8	<0,001
Καλές, αλλά όχι φιλικές	256	91,6 (10,3)		5,1	1,7	0,003
Καμία	42	86,4 (13,5)		αναφ.		
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ			11,1			0,001
Ναι	189	93,5 (8,1)		3,3	1,0	0,001
Όχι	260	90,2 (11,5)		αναφ.		
Υγεία σε σύγκριση με άλλους			52,2			<0,001
Καλύτερη	217	95,1 (7,1)		13,2	1,3	<0,001
Περίπου ίδια	151	90,6 (9,5)		8,7	1,4	<0,001
Χειρότερη	67	81,9 (14,0)		αναφ.		
Χρόνιο πρόβλημα υγείας (που επηρεάζει την καθημερινή του δραστηριότητα)			39,2			<0,001
Ναι	337	89,9 (11,0)		-6,7	1,1	<0,001
Όχι	114	96,6 (5,3)		αναφ.		
Λήψη φαρμάκων			17,4			<0,001
1-2	226	93,6 (8,6)		-1,5	1,7	0,373
3+	183	88,3 (11,7)		-6,8	1,7	<0,001
Κανένα	39	96,8 (5,7)		αναφ.		
Ακοή			37,9			<0,001
Καλή πάντα	242	94,3 (8,9)		5,8	0,9	<0,001
Όχι Καλή	209	88,5 (10,9)		αναφ.		
Χρήση ακουστικού			34,9			<0,001
Ναι	40	82,8		-9,7	1,6	<0,001

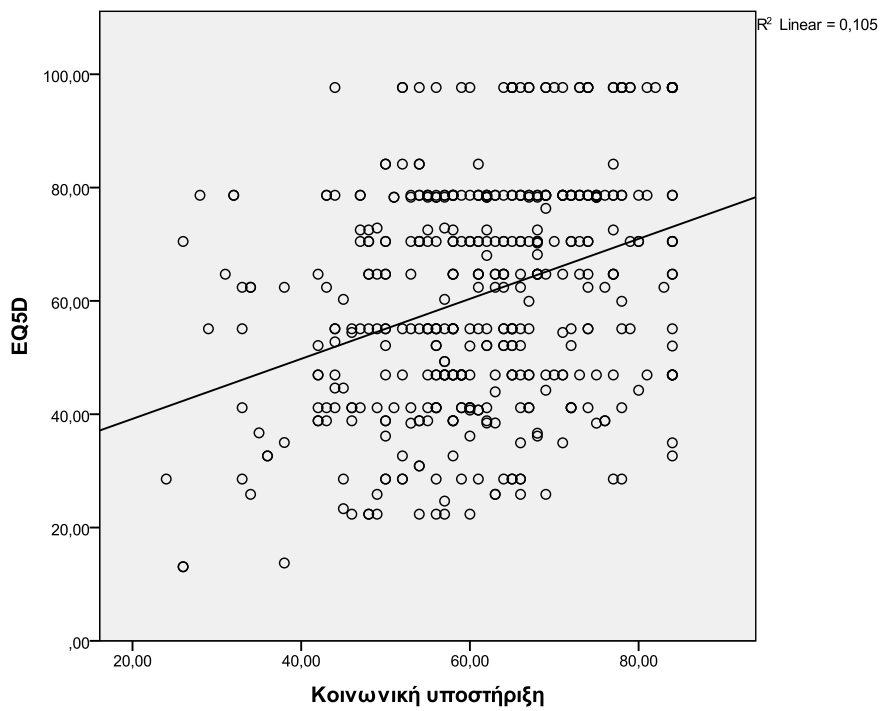
	N	Mean (SD)	F	β coef	s.e. (β)	p
		(11,8)				
Όχι	411	92,5 (9,7)		αναφ.		
Όραση			45,2			<0,001
Καλή	343	93,6 (8,7)		7,7	1,1	<0,001
Όχι καλή	85	85,8 (12,1)		αναφ.		
Δυσκολίες στη μάσηση			13,5			<0,001
Ναι	117	88,6 (11,8)		-4,0	1,1	<0,001
Όχι	334	92,6 (9,5)		αναφ.		
Τεχνητή οδοντοστοιχία			40,4			<0,001
Ναι	272	89,2 (11,4)		-6,0	1,0	<0,001
Όχι	179	95,3 (7,0)		αναφ.		
Προβλήματα με τα πόδια που προκαλούν δυσκολία			17,5			<0,001
Ναι	153	88,8 (11,1)		-4,2	1,0	<0,001
Όχι	298	93,0 (9,6)		αναφ.		
Ακράτεια			144,9			<0,001
Συχνά, πάντα	357	94,2 (8,3)		-12,5	1,0	<0,001
Σπάνια, ποτέ	94	81,7 (11,0)		αναφ.		
Φυσική άσκηση			57,8			<0,001
Ναι	165	96,2 (6,9)		7,2	0,9	<0,001
Όχι	286	89,0 (11,0)		αναφ.		
Ύπαρξη οικογενειακού γιατρού			0,2			0,691
Ναι	241	91,4 (9,8)		-0,4	1,0	0,691
Όχι	208	91,8 (10,9)		αναφ.		
Επίσκεψη σε γιατρό			8,0			0,005
0-2 φορές	155	93,5 (10,0)		2,9	1,0	0,005
3+ φορές	295	90,6 (10,3)		αναφ.		
Επίσκεψη σε εξωτερικά ιατρεία			3,5			0,063
Ναι	126	90,2 (10,2)		-2,0	1,1	0,063
Όχι	325	92,2 (10,3)		αναφ.		
Νοσηλεία σε νοσοκομείο			6,8			0,010
Ναι	48	88,0 (12,0)		-4,1	1,6	0,010
Όχι	402	92,1 (10,0)		αναφ.		

### 8.3 Συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων κοινωνικής υποστήριξης, σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής και λειτουργικότητας.

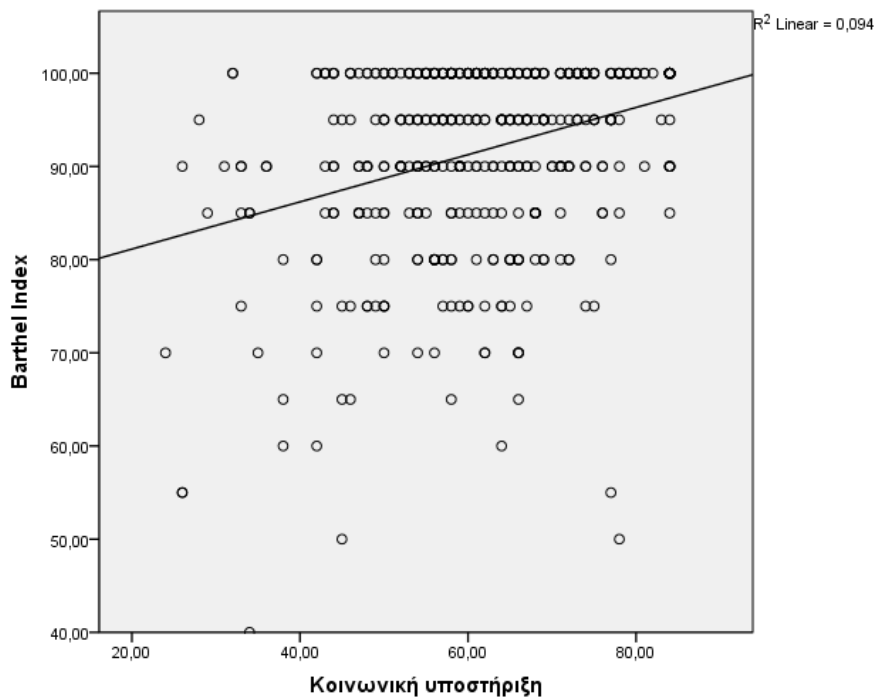
Όλες οι κλίμακες παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική γραμμική θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Η συσχέτιση της συνολικής κλίμακας MSPSS με τις υποδιαστάσεις της είναι υψηλή ( $r \approx 0,8$ ). Μεταξύ των υποδιαστάσεων, υψηλή είναι και η συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης από κάποιο άλλο σημαντικό πρόσωπο (SO) με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει ο ηλικιωμένος από την οικογένεια (FAM) και μέτρια με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από τους φίλους (FRI). Η συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια (FAM) και της κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους (FRI) είναι ασθενέστερη. Επιπρόσθετα, ασθενής είναι και η συσχέτιση της κλίμακας MSPSS με την κλίμακα Barthel, EQ5D και VAS ( $r \approx 0,3-0,4$ ), ενώ η συσχέτιση μεταξύ των τριών τελευταίων [Barthel, EQ5D και VAS είναι μέτρια ( $r \approx 0,5$ )] (Πίνακας 8.22).

**Πίνακας 8.22. Συσχετίσεις (Pearson's r) μεταξύ των κλιμάκων MSPSS, Barthel και EuroQol (n=451).**

		mspss	mspss_so	mspss_fam	mspss_fri	Barthel Index	EQ5D index	EQ VAS
Κοινωνική υποστήριξη (MSPSS)	r		0,869	0,775	0,762	0,307	0,325	0,409
	p		<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη από άλλα σημαντικά πρόσωπα (MSPSS_SO)	r			0,750	0,438	0,281	0,312	0,378
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη από οικογένεια (MSPSS_FAM)	r				0,237	0,197	0,218	0,283
	p				<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη από φίλους (MSPSS_FRI)	r					0,254	0,252	0,323
	p					<0,001	<0,001	<0,001
Κλίμακα αυτόφροντίδας (Barthel)	r						0,504	0,460
	p						<0,001	<0,001
Δείκτης υγείας (EQ5D index)	r							0,498
	p							<0,001
Κατάσταση υγείας (EQ VAS)	r							
	p							

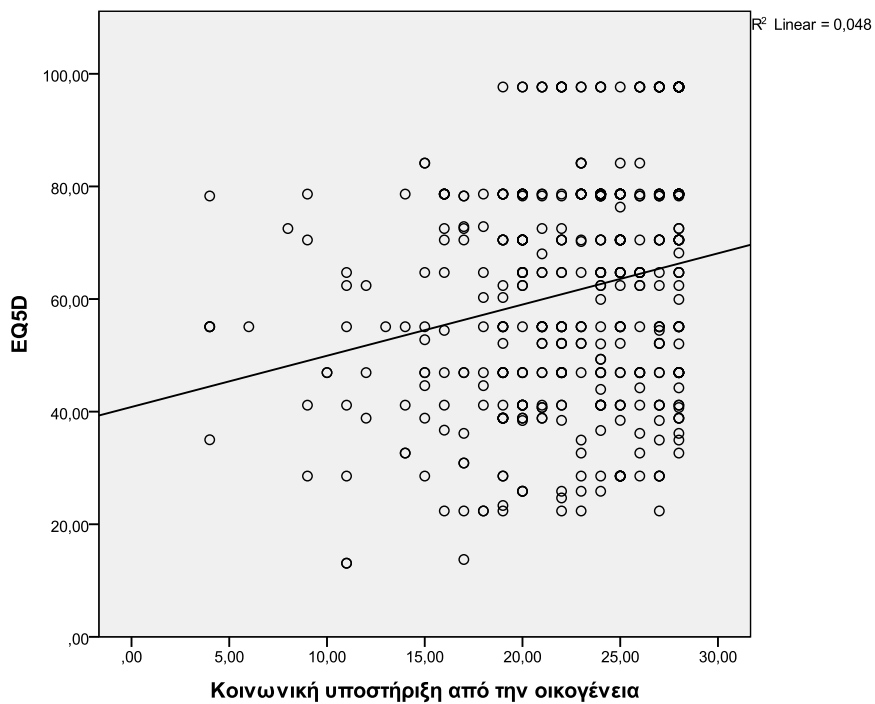


**Σχήμα 8.3** Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης και EQ5D ( $r=0,33$ ).

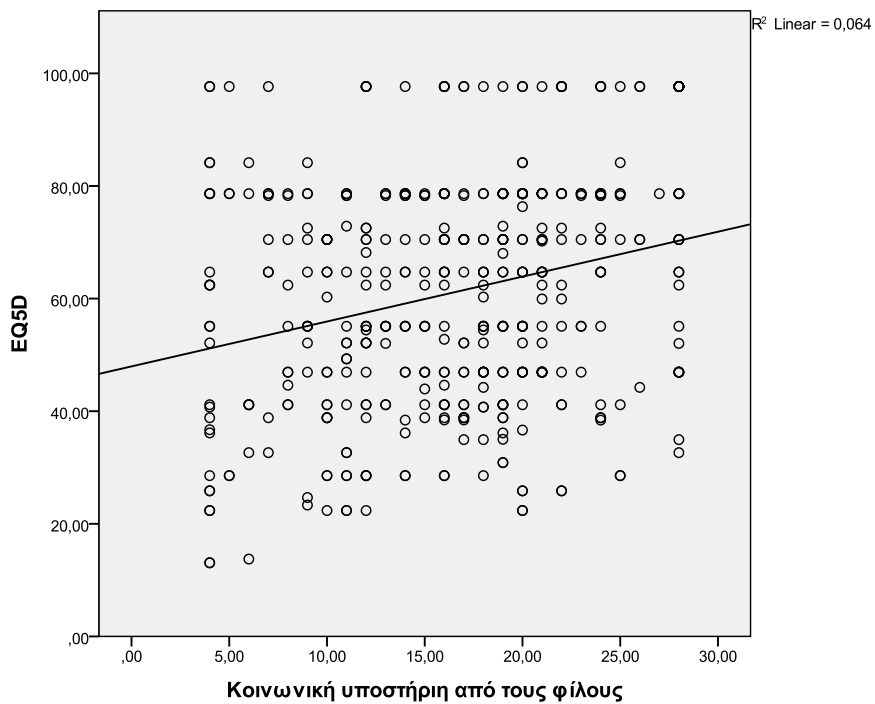


**Σχήμα 8.4** Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης και Barthel Index ( $r=0,31$ ).

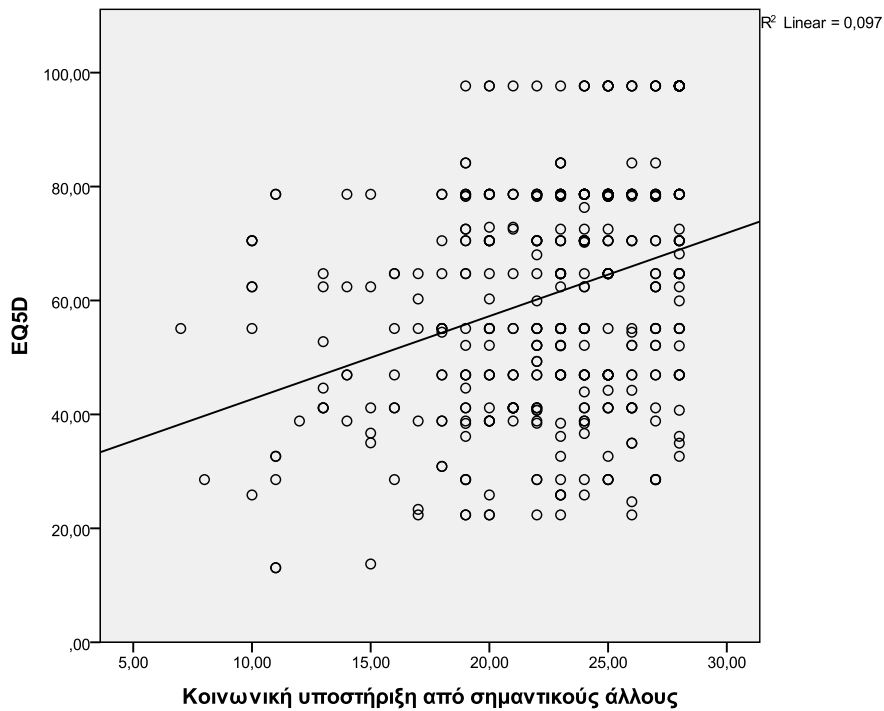




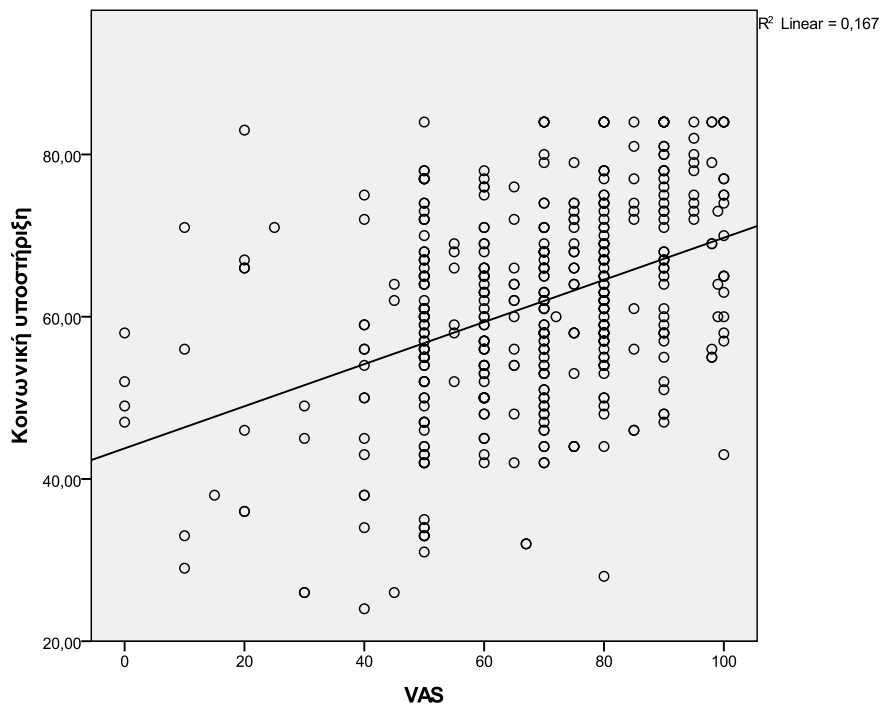
**Σχήμα 8.5** Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια και EQ5D ( $r=0,22$ ).



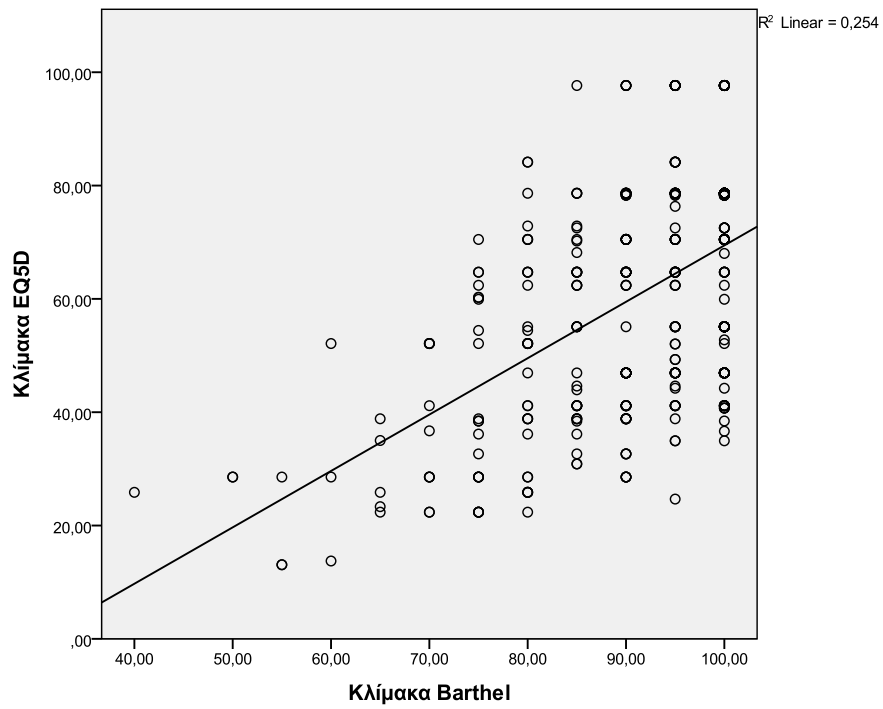
**Σχήμα 8.6** Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους και EQ5D ( $r=0,25$ ).



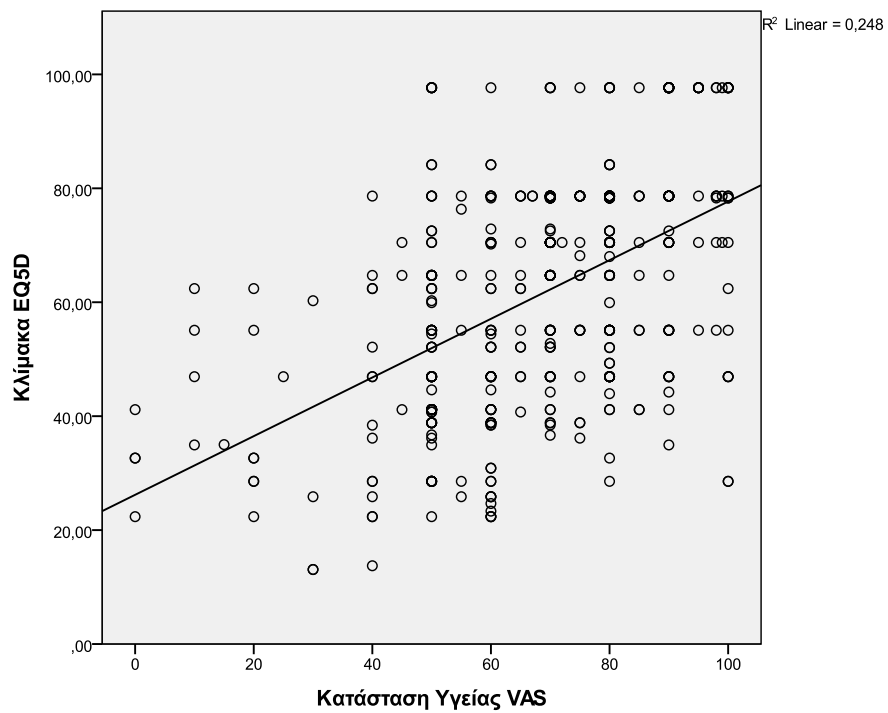
**Σχήμα 8.7** Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους και EQ5D ( $r=0,31$ ).



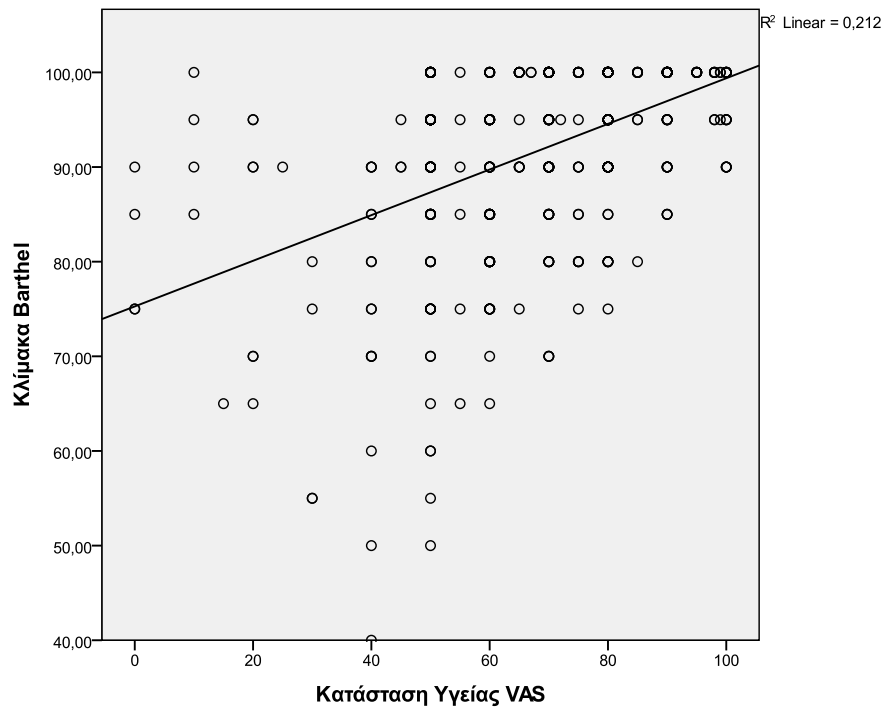
**Σχήμα 8.8** Συσχέτιση Κοινωνικής υποστήριξης και κατάστασης υγείας VAS ( $r=0,41$ ).



**Σχήμα 8.9** Συσχέτιση αυτοφροντίδας (Κλίμακα Barthel) και EQ5D ( $r=0,50$ ).



**Σχήμα 8.10** Συσχέτιση κατάστασης υγείας VAS και EQ5D ( $r=0,50$ ).



**Σχήμα 8.11** Συσχέτιση κατάστασης υγείας VAS και αυτοφροντίδας (Κλίμακα Barthel) ( $r=0,46$ ).

## 8.4 Πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης

Έπειτα από τη συσχέτιση κάθε κλίμακας με τα δημογραφικά προέκυψαν κάποιες από τις μεταβλητές στατιστικά σημαντικές ως προς την επίδρασή τους στην εκάστοτε εξαρτημένη (MSPSS, MSPSS-SO, MSPSS-FAM, MSPSS-FRI, BARTHEL INDEX, EQ5D και EQ-VAS) και οι οποίες αναλύθηκαν και παρουσιάστηκαν σε προηγούμενο κομμάτι του κεφαλαίου. Για όσες μεταβλητές, λοιπόν, το  $p$  προέκυψε  $<0,2$  τότε όλες αυτές συμπεριλήφθηκαν ως ανεξάρτητες σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης πάλι με εξαρτημένη μεταβλητή την κάθε μία από τις προαναφερθέντες κλίμακες (MSPSS, MSPSS-SO, MSPSS-FAM, MSPSS-FRI, BARTHEL INDEX, EQ5D και EQ-VAS). Αυτό έγινε προκειμένου να φανεί η επίδραση των σημαντικότερων μεταβλητών παρουσία όσων επιδρούσαν αρχικά, κάθε μία μόνη της, στην εξαρτημένη κλίμακα. Η πολυπαραγοντική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο backwards όπου το τελικό μοντέλο του SPSS παρουσιάζει τελικά τις μεταβλητές που επιδρούν στην εξαρτημένη κάθε φορά μεταβλητή όπου παρουσιάζει αυτές με  $p < 0,1$  και στους παρακάτω πίνακες περιλαμβάνονται τελικά όσες είχαν στατιστικά σημαντική σχέση με τις εξαρτημένες δηλαδή με  $p < 0,05$ .

### 8.4.1 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης MSPSS με ανεξάρτητες μεταβλητές (με δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες Barthel και EuroQol)

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης αναδείχθηκε πως έχουν το φύλο (οι γυναίκες έχουν αναμενόμενο σκορ κατά 3,0 μονάδες υψηλότερο σε σχέση με τους άνδρες), η ύπαρξη τέκνων (αυξάνει το βαθμό κοινωνική υποστήριξης κατά 7,4 μονάδες), το να έγγαμος/η (αυξάνει το σκορ κατά 4,5 μονάδες), η πρόσφατη επίσκεψη (επιφέρει αύξηση στην κοινωνική υποστήριξη κατά 4,0 μονάδες), οι πολύ καλές ή καλές σχέσεις με τους γείτονες (αυξάνουν το σκορ κατά 9,5 και 6,0 μονάδες, αντίστοιχα), η καλή ακοή και όραση (αυξάνουν το σκορ κατά 2,6 και 3,3 μονάδες αντίστοιχα) και η κατάσταση της υγείας (10 μονάδες αύξησης αυξάνουν το σκορ κοινωνικής υποστήριξης κατά 1,3 μονάδες) (Πίνακας 8.23).

**Πίνακας 8.23. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης MSPSS με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Φύλο: Γυναίκα	3,0	1,1	0,9	5,1	0,006
Έγγαμος	4,5	1,1	2,5	6,6	<0,001
Ύπαρξη τέκνων	7,4	2,1	3,3	11,5	<0,001
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε σήμερα/χθες	4,0	1,2	1,6	6,3	0,001
Σχέσεις με γείτονες πολύ καλές	9,5	1,8	5,9	13,1	<0,001
Σχέσεις με γείτονες καλές	6,0	1,7	2,6	9,4	0,001
Ακοή καλή	2,6	1,0	0,6	4,6	0,012
Όραση καλή	3,3	1,3	0,8	5,8	0,010
Κατάσταση υγείας (EQ VAS) (10 μονάδες μεταβολής)	1,3	0,3	0,8	1,8	<0,001

**8.4.2 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από άλλα σημαντικά πρόσωπα με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol).**

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικούς άλλους αναδείχθηκε πως έχουν το φύλο (οι γυναίκες έχουν αναμενόμενο σκορ αυξημένο κατά 0,5 μονάδες), το να είναι έγγαμος/η (αύξηση του σκορ κατά 0,6 μονάδες), η ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ (μειώνει την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους κατά 0,9 μονάδες), η όχι τόσο πρόσφατη (πριν από εβδομάδα ή μήνα) επίσκεψη (επιφέρει μείωση στην κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους κατά 0,8 ή 0,7 μονάδες, αντίστοιχα), οι πολύ καλές ή καλές σχέσεις με τους γείτονες (αυξάνουν το σκορ κατά 2,3 και 2,0 μονάδες, αντίστοιχα), η καλή όραση (αυξάνει το σκορ κατά 0,8 μονάδες), η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια (1 μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ κατά 0,5 μονάδες), η κοινωνική υποστήριξη από φίλους (αύξηση κατά 0,1 μονάδες),

και ο δείκτης υγείας EQ5D (10 μονάδες αύξησης επιφέρουν αναμενόμενη αύξηση στην κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους κατά 0,2 μονάδες) (Πίνακας 8.24)

**Πίνακας 8.24. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από σημαντικά πρόσωπα με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Φύλο: Γυναίκα	0,5	0,3	0,0	1,0	0,046
Έγγαμος	0,6	0,3	0,1	1,1	0,032
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ	-0,9	0,3	-1,5	-0,2	0,013
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στην περασμένη εβδομάδα	-0,8	0,3	-1,3	-0,2	0,005
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στον περασμένο μήνα	-0,7	0,3	-1,3	-0,2	0,010
Σχέσεις με γείτονες πολύ καλές	2,3	0,5	1,4	3,2	<0,001
Σχέσεις με γείτονες καλές	2,0	0,4	1,2	2,8	<0,001
Καλύτερη υγεία συγκριτικά με άλλους	0,9	0,4	0,2	1,7	0,014
Ίδια υγεία συγκριτικά με άλλους	0,7	0,4	0,0	1,4	0,047
Όραση καλή	0,8	0,3	0,1	1,4	0,022
Δείκτης υγείας (EQ5D) (10 μονάδες μεταβολής)	0,2	0,1	0,1	0,3	0,002
Κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια	0,5	0,0	0,5	0,6	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους	0,1	0,0	0,1	0,2	<0,001

### **8.4.3 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol).**

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια αναδείχθηκε πως έχουν η ύπαρξη τέκνων (αυξάνει το βαθμό κοινωνικής υποστήριξης κατά 3,1 μονάδες), η κατοίκηση σε ιδιόκτητο οίκημα (αυξάνει το σκορ κατά 1 μονάδα), το να έχει συνταξιοδοτηθεί (μειώνει το σκορ κατά 0,8 μονάδες), το να ζει μόνος/η (μειώνει το σκορ κατά 0,7 μονάδες), η σχετικά πρόσφατη (πριν από εβδομάδα ή μήνα) επίσκεψη (επιφέρει αύξηση στην κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια κατά 1,2 και 0,9 μονάδες), οι πολύ καλές ή καλές σχέσεις με τους γείτονες (μειώνουν το σκορ κατά 1,3 και 1,4 μονάδες), η παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κτλ (αυξάνουν το σκορ κατά 0,6 μονάδες), η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (αυξάνει το σκορ κατά 0,8 μονάδες) και η κοινωνική υποστήριξη από φίλους (1 μονάδα αύξησης μειώνει το σκορ κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια κατά 0,1 μονάδες) (Πίνακας 8.25).



**Πίνακας 8.25. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Ύπαρξη τέκνων	3,1	0,7	1,8	4,4	<0,001
Ίδια ιδιοκτησία οικίας	1,0	0,4	0,1	1,9	0,025
Συνταξιούχος	-0,8	0,3	-1,5	-0,2	0,013
Ζει μόνος/η	-0,7	0,3	-1,3	-0,1	0,020
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στην περασμένη εβδομάδα	1,2	0,4	0,4	2,1	0,005
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στον περασμένο μήνα	0,9	0,4	0,1	1,8	0,034
Σχέσεις με γείτονες πολύ καλές	-1,3	0,6	-2,4	-0,1	0,035
Σχέσεις με γείτονες καλές	-1,4	0,5	-2,5	-0,4	0,008
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ	0,6	0,3	0,0	1,2	0,046
Κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,002
Κοινωνική υποστήριξη από άλλα σημαντικά πρόσωπα	0,8	0,0	0,7	0,9	<0,001

**8.4.4 Κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol).**

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους αναδείχθηκε πως έχουν η πρόσφατη επίσκεψη (αυξάνει το σκορ κατά 1,5 μονάδες), η συχνή (σχεδόν καθημερινά ή εβδομαδιαία) επίσκεψη στα ΚΑΠΗ (αύξηση κατά 1,9 και 1,7 μονάδες), η ακοή (αυξάνει το βαθμό κοινωνική υποστήριξης κατά 2,1 μονάδες), η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (αυξάνει το σκορ κατά 0,7 μονάδες), η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια (1 μονάδα αύξησης μειώνει το σκορ κατά 0,3 μονάδες), και ο δείκτης υγείας EQ-VAS (10 μονάδες αύξησης αυξάνουν το σκορ κατά 0,5 μονάδες) (Πίνακας 8.26).

**Πίνακας 8.26. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης από τους φίλους με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις υπόλοιπες διαστάσεις της MSPSS και τις κλίμακες Barthel και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε σήμερα/χθες	1,5	0,7	0,2	2,8	0,027
Επίσκεψη στα ΚΑΠΗ σχεδόν καθημερινά	1,9	0,6	0,7	3,1	0,002
Επίσκεψη στα ΚΑΠΗ εβδομαδιαία	1,7	0,7	0,3	3,2	0,017
Ακοή καλή	2,1	0,6	1,0	3,1	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια	-0,3	0,1	-0,5	-0,2	<0,001
Κοινωνική υποστήριξη από άλλα σημαντικά πρόσωπα	0,7	0,1	0,5	0,9	<0,001
Δείκτης υγείας (EQ5D) (10 μονάδες μεταβολής)	0,5	0,2	0,2	0,8	<0,001

#### **8.4.5 Κλίμακα Barthel με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS και EuroQol).**

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα Barthel αναδείχθηκε πως έχουν η ηλικία (όσοι είναι κάτω από 70 έτη έχουν αναμενόμενο σκορ κατά 4,5 μονάδες υψηλότερο και οι 70-80 ετών κατά 2,1 μονάδες), το εκπαιδευτικό επίπεδο (η δευτεροβάθμια ή ανώτερη εκπαίδευση αυξάνει το σκορ κατά 1,7 μονάδες), η πριν από μήνα επίσκεψη (μειώνει το σκορ κατά 1,7 μονάδες), η ίδια ή καλύτερη -συγκριτικά με τους συνομήλικους- υγεία (αύξηση στην αυτοφροντίδα κατά 5,6 και 4,3 μονάδες, αντίστοιχα), η φυσική άσκηση (αυξάνει το σκορ κατά 2,2 μονάδες), η χρήση ακουστικού και η ακράτεια (μειώνουν το σκορ κατά 2,8 και 7,6 μονάδες, αντίστοιχα), ο δείκτης υγείας EQ5D (10 μονάδες αύξησης αυξάνουν την αυτοφροντίδα κατά 0,9 μονάδες) και η κατάσταση της υγείας VAS (10 μονάδες αύξησης αυξάνουν το σκορ της αυτοφροντίδας κατά 0,5 μονάδες) (Πίνακας 8.27).

**Πίνακας 8.27. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κλίμακα Barthel με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις και τις κλίμακες MSPSS και EuroQol) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Ηλικία έως 70 ετών	4,5	1,0	2,5	6,5	0,000
Ηλικία 70 έως 80 ετών	2,1	0,9	0,3	3,9	0,022
Εκπαιδευτικό επίπεδο: Δευτεροβάθμια ή ανώτερη	1,7	0,8	0,1	3,2	0,032
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στον περασμένο μήνα	-1,7	0,8	-3,2	-0,1	0,035
Καλύτερη υγεία συγκριτικά με άλλους	5,6	1,2	3,2	8,0	0,000
Ίδια υγεία συγκριτικά με άλλους	4,3	1,1	2,1	6,6	0,000
Φυσική άσκηση	2,2	0,8	0,7	3,7	0,004
Χρήση ακουστικού	-2,8	1,2	-5,2	-0,4	0,024
Ακράτια συχνά/πάντα	-7,6	1,0	-9,5	-5,7	0,000
Κατάσταση υγείας (EQ VAS) (10 μονάδες μεταβολής)	0,5	0,2	0,1	1,0	0,028
Δείκτης υγείας (EQ5D) (10 μονάδες μεταβολής)	0,9	0,2	0,5	1,3	0,000

#### **8.4.6 Κλίμακα EQ5D με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ-VAS)**

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα EQ5D αναδείχθηκε πως έχουν το φύλο (οι γυναίκες έχουν αναμενόμενο σκορ κατά 8,4 μονάδες χαμηλότερο σε σχέση με τους άνδρες), το αν ζουν μόνοι (αυξάνει την κλίμακα 5,7 μονάδες), η μόνιμη διαμονή στην Αθήνα (μειώνει την EQ5D κατά 6,0 μονάδες), η πρόσφατη ή σχετικά πρόσφατη επίσκεψη (επιφέρει αύξηση στην κοινωνική υποστήριξη κατά 7-8,4 μονάδες), η παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ (αυξάνει το σκορ κατά 3,7 μονάδες), η συμμετοχή σε συλλόγους και λοιπά (επιφέρει αύξηση κατά 4,9 μονάδες), η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας που τους επηρεάζει (μειώνει την EQ5D κατά 7,9 μονάδες), η λήψη τουλάχιστον 3 φαρμάκων (μειώνει το σκορ κατά 3,3 μονάδες), η κατάσταση υγείας (VAS) (1 μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ κατά 0,3 μονάδες), η κλίμακα

Barthel και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά άλλα πρόσωπα (1 μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ κατά 0,5 μονάδες) (Πίνακας 8.28).

**Πίνακας 8.28. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την δείκτη υγείας EQ5D με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ VAS) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Φύλο: Γυναίκα	-8,4	1,6	-11,5	-5,2	<0,001
Ζει μόνος/η	5,7	1,7	2,4	9,1	0,001
Μόνιμη διαμονή στην Αθήνα	-6,0	1,6	-9,2	-2,8	<0,001
Παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κλπ	3,7	1,6	0,6	6,8	0,019
Ενεργός συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους, κλπ	4,9	2,3	0,5	9,4	0,030
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε σήμερα/χθες	8,0	2,5	3,1	12,9	0,002
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στην περασμένη εβδομάδα	7,1	2,2	2,7	11,5	0,002
Τελευταία επίσκεψη δέχθηκε μες στον περασμένο μήνα	8,4	2,3	3,9	12,8	<0,001
Χρόνιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει την καθημερινή του δραστηριότητα	-7,9	1,8	-11,5	-4,2	<0,001
Λήψη τουλάχιστον 3 φαρμάκων	-3,3	1,6	-6,4	-0,2	0,039
Κοινωνική υποστήριξη από άλλα σημαντικά πρόσωπα	0,5	0,2	0,1	0,9	0,022
Κατάσταση υγείας (EQ VAS)	0,3	0,1	0,2	0,4	<0,001
Δείκτης αυτοφροντίδας (Barthel)	0,5	0,1	0,3	0,6	<0,001

#### **8.4.7 Κατάσταση υγείας EQ-VAS με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ5D)**

Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με το δείκτη EQ-VAS αναδείχθηκε πως έχουν η συνταξιοδότηση (αυξάνει το δείκτη κατά 4,8 μονάδες), οι σχέσεις με τους γείτονες (οι πολύ καλές μειώνουν το δείκτη κατά 9,2 μονάδες, ενώ οι καλές κατά 8,5), η ίδια ή καλύτερη υγεία συγκριτικά με τους συνομήλικους τους (αύξηση

κατά 9,0 και 15,1 μονάδες, αντίστοιχα), το χρόνιο πρόβλημα υγείας (μειώνει το σκορ κατά 4,1 μονάδες) οι δυσκολίες στη μάσηση (μειώνει τον VAS κατά 4,8 μονάδες), η λήψη φαρμάκων (επιφέρουν αύξηση κατά 8,8-9,6 μονάδες), η κοινωνική υποστήριξη από φίλους (1 μονάδα αύξησης αυξάνει τον VAS κατά 0,3 μονάδες), η κλίμακα Barthel και η EQ5D (1 μονάδα αύξησης αυξάνει το σκορ κατά 0,2 μονάδες) (Πίνακας 8.29).

**Πίνακας 8.29. Αποτελέσματα πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης για την κατάσταση υγείας EQ VAS με ανεξάρτητες μεταβλητές (δημογραφικά, κοινωνικά και σχετικά με την υγεία χαρακτηριστικά και τις κλίμακες MSPSS, Barthel και EQ5D) που εμφάνισαν σημαντική σχέση ( $\alpha=0,05$ ) στο μονοπαραγοντικό και πρώιμο πολυπαραγοντικό στάδιο ανάλυσης.**

	$\beta$	s.e. ( $\beta$ )	95% ΔΕ		p
			Κάτω όριο	Άνω όριο	
Συνταξιούχος	4,8	1,7	1,3	8,2	0,007
Σχέσεις με γείτονες πολύ καλές	-9,2	2,9	-14,9	-3,5	0,002
Σχέσεις με γείτονες καλές	-8,5	2,7	-13,7	-3,2	0,002
Καλύτερη υγεία συγκριτικά με άλλους	15,1	2,5	10,3	19,9	<0,001
Ίδια υγεία συγκριτικά με άλλους	9,0	2,3	4,5	13,6	<0,001
Χρόνιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει καθημερινή δραστηριότητα	-4,1	1,8	-7,6	-0,5	0,024
Δυσκολία στη μάσηση	-4,8	1,7	-8,1	-1,4	0,005
Λήψη 1-2 φαρμάκων	9,6	2,7	4,2	15,0	0,001
Λήψη τουλάχιστον 3 φαρμάκων	8,8	2,9	3,1	14,4	0,002
Κοινωνική υποστήριξη από φίλους	0,3	0,1	0,1	0,6	0,007
Δείκτης υγείας (EQ5D) (10 μονάδες μεταβολής)	0,2	0,1	0,2	0,3	<0,001
Δείκτης αυτοφροντίδας (Barthel)	0,2	0,1	0,0	0,4	0,045

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 9.1 Εισαγωγή

Ο σκοπός της παρούσας διατριβής ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι και σε σύγκριση με ηλικιωμένους που ζουν με την οικογένειά τους.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες σε ποσοστό 61,4% όπως και στη μελέτη των Unsar et al. (2016) και Chen et al. (2014) όπου η πλειοψηφία ήταν γυναίκες σε ποσοστό 70,4%. Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να υπάρχει περίπου ίσος αριθμός ανδρών και γυναικών, αλλά αυτό δεν επιτεύχθηκε διότι στα περισσότερα ΚΑΠΗ οι γυναίκες ήταν περισσότερες, αλλά και πλέον πρόθυμες να συμμετάσχουν στη μελέτη. Στο παρελθόν έχει αναφερθεί ότι οι άνδρες παρακολουθούν συχνότερα το ΚΑΠΗ (Ευτυχίδου και συν. 2007), όμως δεν διαπιστώθηκε αυτή η κατάσταση στα ΚΑΠΗ που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη. Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ήταν 75, 2 έτη, ενώ σχεδόν οι μισοί ήταν παντρεμένοι (46,3%) και το 44% περίπου χήρες/οι. Στο δείγμα των Naylor et al. (2016) οι ηλικιωμένοι ήταν μέσης ηλικίας 81 ετών, με τις γυναίκες να υπερτερούν όπως και στην παρούσα μελέτη, στην οποία όμως οι χήροι/ες ήταν περισσότεροι από τους έγγαμους, ενώ στους Unsar et al. (2016) το 63% ήταν παντρεμένοι και το 37% χήρες/οι, όπως και στις μελέτες των Chan et al. (2009) και Chen et al. (2014). Το εύρημα της παρούσας μελέτης μπορεί να δικαιολογείται από το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, ιδιαίτερα των γυναικών.

Ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, άσχετα από φύλο, ήταν χαμηλού εκπαιδευτικού επιπέδου, εύρημα αναμενόμενο για το συγκεκριμένο δείγμα. Παρόμοια εικόνα έχουν αναφέρει και οι Unsar et al. (2016) και Chen et al. (2014), των οποίων οι μελέτες έχουν γίνει στην Τουρκία και Κίνα αντίστοιχα, ενώ στη μελέτη των Naylor et al. (2016) που έγινε στις ΗΠΑ περίπου τα 2/3 του δείγματος είχαν 12 έτη εκπαίδευσης ή υψηλότερη.

Στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των ηλικιωμένων που διατηρεί την οικονομική του αυτοδυναμία ξεπερνά λίγο εκείνους που δήλωσαν πως δεν την έχουν. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την Ελλάδα με τις ραγδαίες αλλαγές που έχουν επέλθει στη ζωή των πολιτών εξαιτίας της οικονομικής κρίσης, όπου συνήθως βάλλονται οι ασθενέστεροι και μέσα σε αυτούς εντοπίζονται και οι ηλικιωμένοι. Το εύρημα όμως εξηγείται από το ότι όλοι οι ηλικιωμένοι ήταν ασφαλισμένοι και είχαν ή δικαιούνταν σύνταξη. Σε παρόμοιες μελέτες αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι δεν είχαν οικονομική αυτοδυναμία (Unsar et al. 2016, Chen et al. 2014).

Στην παρούσα μελέτη οι ηλικιωμένοι διέμεναν κυρίως με το/τη σύζυγο, έπειτα μόνοι και τέλος με την ευρύτερη οικογένεια, όπως και στη μελέτη των Gallegos-Carrillo et al. (2009). Σε ανάλογη Ελληνική μελέτη (Μπαμπούρη 2015), διέμεναν με σύζυγο/σύντροφο (43,5%), αμέσως μετά με το (η) σύζυγο/σύντροφο και τέκνο (22,6%) και μόνοι σε ποσοστό 16,1%. Οι κοινωνικές επαφές των ηλικιωμένων της παρούσας μελέτης ήταν συχνές τόσο με την οικογένεια, όσους και με συνομηλικούς τους, αφού το δείγμα συλλέχτηκε από όσους επισκέπτονται το ΚΑΠΗ που είναι χώρος κοινωνικών επαφών.

Σε σχέση με την υγεία τους σημαντικό επίσης είναι ότι στην παρούσα μελέτη όπως και στη μελέτη των Chen et al. (2014), οι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι η υγεία τους είναι καλή ή πολύ καλή και καλύτερη των συνομηλικών αντίστοιχα. Παρ' όλα αυτά η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων ανέφερε ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας που τους ταλαιπωρούσε, όπως και στους Unsar et al. (2016). Επίσης, το 1/3 των ηλικιωμένων λάμβαναν 1-2 και άλλο 1/3 3 φάρμακα, όπως και στους Unsar et al. (2016), όπου ο μέσος αριθμός των φαρμάκων που λάμβαναν ήταν 3,3. Τέλος ενώ η πλειοψηφία των ηλικιωμένων στην παρούσα μελέτη είχε νοσηλευτεί στο νοσοκομείο κάποια χρονική στιγμή, τον τελευταίο χρόνο η συντριπτική πλειοψηφία δεν είχε κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Ως προς την αυτοφροντίδα οι περισσότεροι ηλικιωμένοι του δείγματος ήταν ανεξάρτητοι, γεγονός που ερμηνεύεται και από τον τρόπο συλλογής του δείγματος, που συμπεριέλαβε άτομα που έχουν τη δυνατότητα να βγαίνουν από το σπίτι τους και να επισκέπτονται το ΚΑΠΗ. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη της Καυγά (2016) όπου οι περισσότεροι δεν ήταν ανεξάρτητοι αλλά βέβαια επρόκειτο για ασθενείς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο.

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αναφέρθηκε στην παρούσα μελέτη, μέτρια έως υψηλή, με τα κυριότερα προβλήματα να εντοπίζονται στην

αίσθηση του πόνου και στο άγχος/θλίψη. Στη μελέτη των Hellström & Hallberg (2001) οι ηλικιωμένοι είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής με ηλικιωμένους που ανέφεραν καταθλιπτική διάθεση, μοναξιά, κούραση, προβλήματα ύπνου και αριθμό αναφερόμενων νόσων που σχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι Jakobsson et al. (2004), επίσης έδειξαν ότι μεταξύ ηλικιωμένων, ο πόνος, οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα, η κούραση, τα προβλήματα ύπνου και η καταθλιπτική διάθεση, σχετίστηκαν με χαμηλή ποιότητα ζωής.

Η κοινωνική υποστήριξη όπως μετρήθηκε με την κλίμακα MSPSS, βρέθηκε υψηλή από την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους, ενώ χαμηλότερη αναφέρεται σε σχέση με τους φίλους. Το εύρημα εξηγείται από τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος που περιλαμβάνει κυρίως διαβίωση με τον/τη σύζυγο και την ευρύτερη οικογένεια. Αντίθετα, στους Liao & Brunner (2016) το φιλικό δίκτυο όπως και το οικογενειακό σχετίζονται θετικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, όταν όμως και τα δύο είναι παρόντα, οι φίλοι φαίνεται να προσφέρουν περισσότερο όφελος από την οικογένεια.

Στη συνέχεια συζητούνται τα αποτελέσματα της μελέτης ανά ερευνητικό ερώτημα.

## **9.2 Επίδραση των δημογραφικών παραγόντων στο επίπεδο της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.**

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από την αύξηση της ηλικίας και την εμφάνιση υποκειμενικών προβλημάτων (Hajek et al. 2016). Τα αποτελέσματα αυτά συμβαδίζουν με μια προηγούμενη διαχρονική μελέτη με βάση τον πληθυσμό της Αυστραλίας (Hewitt et al. 2012). Η ηλικία στη μελέτη των Sazlina et al. (2012) φαίνεται ότι είναι προδιαθεσικός παράγοντας χαμηλότερης σχετιζόμενης με την υγείας ποιότητας ζωής. Τα άτομα άνω των 65 ετών, είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να αναφέρουν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής όπως φαίνεται και σε παλαιότερη μελέτη (Thommassen & Zhang 2006). Αυτό οφείλεται σε αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία και την παρουσία νοσημάτων στους ηλικιωμένους (Walker 2007). Στην παρούσα μελέτη η ηλικία δεν βρέθηκε να σχετίζεται με την EQ5D ούτε και με την κατάσταση της υγείας όπως μετρήθηκε με την κλίμακα VAS σε επίπεδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης.



Σύμφωνα με μια μελέτη στη Βαρκελώνη το 65,4% των ηλικιωμένων γυναικών είχε χειρότερη ποιότητα ζωής και λειτουργικότητα. Επιπρόσθετα, ανέφεραν ότι χρόνιες καταστάσεις όπως αρθρίτιδα, προβλήματα της ράχης και κατάθλιψη ήταν τα πιο συχνά στις γυναίκες, ενώ χρόνια αναπνευστικά και προβλήματα καρδιάς ήταν συχνότερα στους άνδρες (Orfila et al. 2006). Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι άνδρες είχαν καλύτερο σκορ από τις γυναίκες στην κλίμακα EQ5D όπως και σ' αυτήν των Unsar et al. (2016). Αυτό μπορεί να σχετίζεται με την κουλτούρα και την αντίληψη του ρόλου των φύλων στην οικογένεια που στην Ελλάδα και στην Τουρκία τουλάχιστον στις παλαιότερες γενιές ήταν παρόμοια. Δηλαδή, οι άνδρες έχουν, καλύτερη κοινωνική ζωή, λιγότερες ευθύνες και περισσότερη οικονομική ελευθερία. Στην παρούσα μελέτη, οι γυναίκες έχουν γενικά χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής όπως προκύπτει από την πολυπαραγοντική ανάλυση, καθώς βρέθηκε σημαντική κι αρνητική συσχέτιση με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε σχέση με τους άνδρες, κυρίως εξαιτίας πολιτισμικών παραγόντων και του τρόπου ζωής στην Ελλάδα.

Παράλληλα, ομοιότητες έχει η μελέτη των Unsar et al. (2016) και η παρούσα και ως προς άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την κλίμακα EQ5D. Πιο συγκεκριμένα, οι έγγαμοι, οι υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου και εκείνοι που δεν ζουν μόνοι είχαν υψηλότερο άθροισμα στην κλίμακα και στις δύο μελέτες. Ο γάμος και η ποιότητα ζωής σχετίστηκαν θετικά στη μελέτη των Hajek et al. (2016) πράγμα που εξηγείται με τον εξής τρόπο: τα άτομα με υψηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής συνήθως επιλέγουν να παντρευτούν. Διαχρονικά ο γάμος μπορεί να μην επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Morgan & Winship 2014). Στην παρούσα μελέτη, ο γάμος δεν συσχετίστηκε με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μάλιστα οι ηλικιωμένοι που ζούσαν μόνοι είχαν καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής κι έπειτα ο γάμος δεν επηρέασε ούτε την κλίμακα VAS αφού δεν σχετίστηκε σημαντικά με την αυτό-αναφερόμενη υγεία σε επίπεδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο φαίνεται σε πολλές μελέτες να επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας. Συγκεκριμένα, τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν θετικότερη υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους σε σχέση με άλλα άτομα (Fernández-Ballesteros 2002). Όπως φαίνεται στην παρούσα μελέτη αλλά και σ' αυτήν της Μπαμπούρη (2015) και των de Belvis et al. (2008) τα

άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου αντιλαμβάνονταν θετικότερα την υγεία έναντι εκείνων κατώτερης εκπαίδευσης.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας δείκτης σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής, καθώς τα άτομα της τρίτης ηλικίας που αισθάνονται καλά στην υγεία τους τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένα από τη ζωή τους γενικότερα (Efklides et al. 2003). Καλή υγεία σημαίνει καλή λειτουργικότητα και συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή (Cole & Dendukuri 2004). Όσο αυξάνεται η ικανοποίηση από τη ζωή, μειώνεται παράλληλα η κατάθλιψη και η κακή υγεία (Depp & Jeste 2006). Στη μελέτη της Μπαμπούρη (2015), οι μισοί ηλικιωμένοι με καλό επίπεδο υγείας ήταν ευχαριστημένοι από τη ζωή, το 31% ήταν μέτρια ευχαριστημένοι και το 12% καθόλου. Οι άνδρες σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο WHOQOL-OLD όπως και στην παρούσα μελέτη στο EQ5D.

Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, το 74,7% των ηλικιωμένων ανέφεραν ένα χρόνιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει τις καθημερινές τους δραστηριότητες, εύρημα που συμβαδίζει με πολλές άλλες πρόσφατες μελέτες (Deshmukh et al. 2015, Unsar et al. 2016), αλλά και είναι αναμενόμενο εξαιτίας της φθοράς του οργανισμού που προκαλείται από την ίδια τη διαδικασία της γήρανσης. Έπειτα, η πολυφαρμακία φαίνεται ως ένας παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους και στην παρούσα μελέτη (όπου επηρεάζεται αρνητικά και το VAS) αλλά και σε άλλες μελέτες (Lin et al. 2011, Sazlina et al. 2012).

Η Verroroulou (2012) ανέλυσε τα δεδομένα των φάσεων 1 και 2 της Έρευνας για την υγεία, τη γήρανση και τη συνταξιοδότηση στην Ευρώπη και ανέφερε ότι η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας είναι η βάση και καθοριστικός παράγοντας για έκπτωση του επιπέδου της αυτοαναφερόμενης υγείας. Όταν υπάρχει οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας που απασχολεί, επηρεάζονται οι δραστηριότητες της καθημερινότητας και τροποποιείται η αντίληψη της υγείας (Ocampo 2010). Ταυτόχρονα, μεγάλη σημασία έχει να σημειωθεί, ότι η λήψη φαρμάκων από τους ηλικιωμένους για τα προβλήματα της υγείας τους ενώ αυξάνει το VAS για την κατάσταση της αυτό-αναφερόμενης υγείας τους. Λογικά οι ηλικιωμένοι αισθάνονται μεγαλύτερη ασφάλεια λαμβάνοντας αγωγή και δη εκτεταμένα για τα θέματα υγείας που τους απασχολούν. Από τη άλλη, σε σχέση με την ποιότητα ζωής η λήψη

φαρμάκων σχετίζεται σημαντικά κι αρνητικά με την ποιότητα ζωής καθώς προφανώς η λήψη αρκετών φαρμάκων μειώνει την ποιότητα της καθημερινής τους ζωής.

Στη μελέτη των Sazlina et al. (2012) η ύπαρξη προβλημάτων υγείας επηρεάζει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αρνητικά, συμβαδίζοντας έτσι με την παρούσα μελέτη όπου αρνητικά επηρεάζεται και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων αλλά και η κατάσταση της υγείας τους επίσης αρνητικά. Αυτά ενισχύονται και από τις μελέτες των Bayliss et al. (2003) και Banegas et al. (2007).

### **9.3 Σχέση μεταξύ αυτοφροντίδας και υγείας σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.**

Γενικά η προχωρημένη ηλικία σχετίζεται με χρόνιες ασθένειες, κατάθλιψη και χαμηλότερα επίπεδα λειτουργικότητας άρα και αυτοφροντίδας. Παρόλα αυτά ηλικιωμένοι 85 ετών και πάνω θα μπορούσαν να σημειώσουν καλή αυτοαναφερόμενη υγεία σαν συνέπεια της ευελιξίας τους και της αποδοχής της συννοσηρότητάς τους και της έκπτωσης ικανοτήτων με τη γήρανση (Young et al. 2009).

Στην παρούσα μελέτη, η ηλικία είναι ένας παράγοντας που έχει επίδραση στην αυτοφροντίδα καθώς όσο αυξάνει η ηλικία μειώνεται η ικανότητα για αυτοφροντίδα. Έπειτα, η ίδια η αυτοαναφερόμενη υγεία (VAS), η ποιότητα ζωής και φυσικά η φυσική άσκηση αυξάνουν όπως είναι αναμενόμενο την αυτοφροντίδα, καθώς οι ηλικιωμένοι είναι σε καλύτερο επίπεδο λειτουργικότητας. Αντίθετα όπως φάνηκε από τα ευρήματά μας, η χρήση ακουστικού και η ακράτεια, όπως και οι πιο αραιές κοινωνικές επαφές μειώνουν το επίπεδο αυτοφροντίδας.

Στη μελέτη των Naylor et al. (2016) η ποιότητα ζωής ήταν υψηλότερη σε αυτούς που είχαν καλύτερη λειτουργικότητα πράγμα που προκύπτει και από την παρούσα μελέτη στην οποία φαίνεται επίσης ότι η σχέση ισχύει και αντίστροφα, δηλαδή, η αύξηση της αυτό-αναφερόμενης υγείας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζουν θετικά το επίπεδο της αυτοφροντίδας, αυξάνοντάς την. Σε αντίθεση με άλλες μελέτες (Sloane et al. 2005, Shippee et al. 2015) οι Naylor et al. (2016) κάνουν λόγο και για μέσο όρο ποιότητας ζωής υψηλότερο σε κείνους με μεγαλύτερη εξάρτηση σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αυτό αποδεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν τη δυνατότητα να ελίσσονται στο χρόνο παρά τα λειτουργικά ελλείμματα, κυρίως δίνοντας έμφαση στην απόκτηση νοήματος και

σκοπού στη ζωή και με γνώμονα την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης ενισχύουν τα ευρήματά τους τις μελέτες που σημειώνουν ότι τα ελλείμματα των ηλικιωμένων έχουν μεγάλη επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους (Abrahamson et al. 2012, Shippee et al. 2015).

Γενικότερα υψηλότερα επίπεδα αυτό-αναφερόμενης υγείας οδηγούν σε καλύτερη HRQoL (Lee et al. 2006, Zhang et al. 2008, Yahaya et al. 2010) γεγονός που επιβεβαιώνεται και από την παρούσα μελέτη. Έπειτα όμοια πάλι σύμφωνα με τους Chen et al. (2014) καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας προκαλούν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής γεγονός που αντικατοπτρίζεται και στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης κι ενισχύεται από προηγούμενες μελέτες (Lee et al. 2006, Paskulin et al. 2009). Το καλό επίπεδο λειτουργικότητας είναι ένα σημάδι αυτοδιαχείρισης που βοηθάει τους ηλικιωμένους να διατηρήσουν κοινωνική επαφή με τον υπόλοιπο κόσμο και να διατηρούν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες (Lee 2005), έχοντας έναν σκοπό στη ζωή και παράλληλα βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής τους. Στη μελέτη των Chan et al. (2009) οι ηλικιωμένοι με καλύτερες λειτουργικές ικανότητες, δηλαδή αυτοφροντίδα είχαν και καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής που ήδη έχει περιγραφεί σε προηγούμενες μελέτες (Naumann & Byrne 2004, Wada et al. 2004) όπως και στην παρούσα.

#### **9.4 Σχέση μεταξύ υποστηρικτικού περιβάλλοντος και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.**

Είναι λίγες οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί και αποσαφηνίζουν τις επιδράσεις διάφορων κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη των ηλικιωμένων. Προηγούμενες μελέτες ασχολήθηκαν με πολύ λίγους παράγοντες (Kim et al. 2000) ή ήταν ένα μέρος μιας συνολικότερης μελέτης (Lim et al. 2003).

Στην παρούσα μελέτη, το φύλο επηρεάζει την υποκειμενική κοινωνική στήριξη είναι μόνο για τη συνολική κλίμακα MSPSS και την υποκλίμακα για την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους MSPSS (significant others- SO). Σε σχέση με την ποιότητα ζωής η EQ5D φάνηκε να έχει αρνητική σχέση με το φύλο (γυναίκες) όπου είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής. Ενώ γενικά η πλειοψηφία των συγχρονικών μελετών κατέδειξε επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης στην αντικειμενική υγεία των γυναικών (Prus & Gee 2003, Cheng & Chan A. 2006,

Chemaitelly et al. 2013) οι Hajek et al. (2016) βρήκαν αντίθετα αποτελέσματα έπειτα από συσχέτιση με άλλους παράγοντες. Τα ευρήματά τους είναι σε συμφωνία με μία ιαπωνική μελέτη (Okamoto & Tanaka 2004). Οι Okamoto & Tanaka (2004) έδειξαν ότι η συναισθηματική υποστήριξη σχετίστηκε με την αυτό-αναφερόμενη υγεία μόνο στους άνδρες, όχι στις γυναίκες με ένα δείγμα 754 ηλικιωμένων ανδρών και γυναικών στην κοινότητα από 65 έτη και πάνω στην Ιαπωνία. Αυτό ισχύει ακόμα και μετά την προσαρμογή για διάφορους συγχυτικούς παράγοντες. Αυτό φαίνεται να είναι απίθανο, καθώς, γενικά, οι γυναίκες τείνουν να επενδύουν περισσότερο από τους άνδρες στην κοινωνική υποστήριξη, ανεξαρτήτως ηλικίας (Okamoto & Tanaka 2004, Hewitt et al. 2012). Σύμφωνα με τους Årestedt et al. (2012) το φύλο και η ηλικία δεν εμφανίζουν ξεκάθαρη συσχέτιση με την κοινωνική υποστήριξη. Το ίδιο υποστήριξαν και οι Shin et al. (2008), για την ηλικία.

Βέβαια, από την άλλη πλευρά, οι υψηλοί κοινωνικοί δεσμοί των γυναικών κατά τη διάρκεια της ζωής τους, τις κάνει να αξιολογούν την κοινωνική τους υποστήριξη υψηλότερα και θα μπορούσαν να έχουν ταχύτερη αποζημίωση στην απώλεια της κοινωνικής στήριξης με την αύξηση της ηλικίας. Γενικότερα, δεν έχουν αναφερθεί αναλυτικά διαφορές στην κοινωνική υποστήριξη με βάση το φύλο (Kim et al. 2000, Lim et al. 2003) απλά οι γυναίκες έχουν καλύτερη κοινωνική υποστήριξη στις δυτικές κοινωνίες. Συνεπώς, υποθέτουμε ότι η επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στις γυναίκες μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμης φύσης και συνεπώς να καλύπτεται λόγω διαδικασιών προσαρμογής στο δείγμα, αφού οι γυναίκες τείνουν να προσαρμόζονται ταχύτερα από τους άνδρες σε μεγάλα συμβάντα ζωής (Luhmann et al. 2012, Clark & Georgellis 2013, Rudolf & Kang 2014). Υπάρχουν βέβαια και εκείνες οι μελέτες που υποστηρίζουν ότι η ηλικία κι όχι το φύλο σχετίζονται με την κοινωνική υποστήριξη σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Lofvenmark et al. 2009).

Στη μελέτη των Årestedt et al. (2012) φαίνεται πως το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την κοινωνική υποστήριξη, που δεν παρουσιάζεται στα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, όμως φαίνεται στη μελέτη των Shin et al. (2008) και σε προηγούμενες (Lim et al. 2003, Park et al. 2007). Σύμφωνα με τις παραπάνω μελέτες, υψηλότερη εκπαίδευση ωθεί σε περισσότερες πληροφορίες και τελικά σε υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη (Park et al. 2007). Ίσως το μικρό ποσοστό ηλικιωμένων με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης να ευθύνεται για την έλλειψη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης.

Παλαιότερες μελέτες που υπάρχουν εξετάζαν τη σχέση μεταξύ κοινωνικών σχέσεων και αυτό-αναφερόμενης υγείας (Melchior et al. 2003), είτε τη θετική σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και καλών πρακτικών για την υγεία (Bergamini et al. 2007). Όπως βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη φαίνεται η κατάσταση της αυτό-αναφερόμενης υγείας να επηρεάζει θετικά την κοινωνική υποστήριξη όπως και η κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι ηλικιωμένοι από τους φίλους επηρεάζει την αυτοαναφερόμενη υγεία όπως μετρήθηκε με την κλίμακα VAS.

Οι ωφέλιμες επιδράσεις της υποστήριξης από το φιλικό δίκτυο φάνηκε να είναι τουλάχιστον όμοιες την επίδραση του συντρόφου στην υγεία (Liao&Brunner 2016). Επίσης οι Liao & Brunner (2016), καταδεικνύουν ότι η ύπαρξη φιλικού δικτύου και συγγενών σχετίστηκε θετικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, αλλά όταν και οι δύο ομάδες είναι παρούσες, το φιλικό δίκτυο φαίνεται ότι προσφέρει μεγαλύτερο όφελος από το δίκτυο των συγγενών. Στην παρούσα μελέτη η κλίμακα EQ5D βρέθηκε να επηρεάζεται θετικά από την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά άλλα πρόσωπα, ενώ ο δείκτης EQ-VAS από την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι ηλικιωμένοι από τους φίλους.

Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν ότι οι φιλικές σχέσεις είναι γενικά ανώτερες των υποχρεωτικών οικογενειακών σχέσεων ως πηγές ψυχολογικής ευημερίας (Walen & Lachman 2000), αλλά αναγνωρίζεται η σημασία των συγγενών και των σχέσεων με αυτούς στην ποιότητα της ζωής. Ακόμα, σύμφωνα με τους Gallegos-Carrillo et al. (2009) παρόλο που οι περισσότεροι Μεξικανοί ηλικιωμένοι δεν είχαν φίλους, όσοι είχαν ανέφεραν καλύτερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Ως προς το φύλο, οι ηλικιωμένες γυναίκες στη μελέτη των de Belvis et al. (2008) που δεν είχαν επαρκή υποστήριξη από οικογένεια και φίλους είχαν χειρότερη ψυχική υγεία, ενώ η σωματική τους υγεία επηρεάστηκε από την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια.

Στη μελέτη των Liao & Brunner (2016) βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικών σχέσεων και του σκορ του ερωτηματολογίου για την ποιότητα ζωής CASP-19 στους ηλικιωμένους με χρόνια προβλήματα υγείας. Η ύπαρξη χρόνιων προβλημάτων υγείας συσχετίστηκε με ένα ευρύτερο δίκτυο σε μέγεθος και συχνότερες επαφές με φίλους και συγγενείς, που ενδεχομένως συνεπάγεται κινητοποίηση κοινωνικών πόρων για την αντιμετώπιση των αναγκών που συνδέονται με την υγεία (Warner et al. 2011). Αντίθετα, τα χρόνια προβλήματα

υγείας δεν επηρέασαν στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα της αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης από κοντινά πρόσωπα, γεγονός που δείχνει τη φύση των στενών σχέσεων ως κύριων κι αξιόπιστων πηγών συναισθηματικής και πρακτικής υποστήριξης (Harper 2006, Shouse et al. 2013).

Συγκεκριμένα για ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια, υπάρχουν πολλά δεδομένα ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική επίδραση στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Franzen et al. 2007). Πολύ σημαντική είναι η αυτοαναφερόμενη υγεία όπως και στην παρούσα μελέτη, αλλά και η υποστήριξη από την οικογένεια ή τους φίλους ως υποστηρικτές και δεν πρέπει να αμελείται. Στην παρούσα μελέτη, μόνο η υποστήριξη από σημαντικούς άλλους εμφανίζει στατιστικά σημαντική σχέση με την ποιότητα ζωής.

Σημαντικό είναι ότι τα χρόνια προβλήματα υγείας είναι λιγότερο καθοριστικός παράγοντας για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σε σχέση με τον περιορισμό της λειτουργικότητας σε ηλικιωμένους (Netuveli et al. 2005). Οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα, την όραση και προβλήματα στην ακοή μπορούν να περιορίσουν την κοινωνική δέσμευση (Aartsen et al. 2002, Broese van Groenou et al. 2013) και να πιέσουν τις κοινωνικές σχέσεις (Lang 2001), γεγονός που επηρεάζει και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους. Στη μελέτη των Årestedt et al. (2012), η αυτοαναφερόμενη υγεία επηρεάζει την κοινωνική υποστήριξη όπως και στην παρούσα μελέτη.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι οι κοινωνικές σχέσεις μπορούν να συνεισφέρουν στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περισσότερο από παράγοντες που σχετίζονται με την υγεία (Wiggins et al. 2004, Demakakos et al. 2000) και η φτωχή κοινωνική υποστήριξη είναι παράγοντας κινδύνου για καλή HRQoL (Shyu et al. 2006, Lim & Zebrack 2008, Shin et al. 2008). Στη μελέτη των Liao & Brunner (2016) η χρήση αντικειμενικών μετρήσεων του επιπέδου της υγείας παρέχει άμεση σύγκριση μεταξύ των κοινωνικών σχέσεων και χρόνιων προβλημάτων υγείας. Οι επιδράσεις των κοινωνικών σχέσεων στο CASP-19 ήταν τέτοιες που οι συμμετέχοντες που είχαν χρόνια προβλήματα υγείας κι ευρύ κοινωνικό δίκτυο είχαν υψηλότερο σκορ στο CASP-19 από τους υπόλοιπους υγιείς ερωτώμενους που είχαν χαμηλή κοινωνική υποστήριξη ή δεν είχαν αρκετούς φίλους. Κατά συνέπεια αποδεικνύεται ότι η ποιότητα ζωής μπορεί να συνυπάρχει με τα χρόνια νοσήματα και τη μειωμένη λειτουργικότητα εάν είναι επαρκείς οι πηγές στήριξης (Liao & Brunner 2016, Young et al. 2009, Saczynski et al. 2006, Bowling et al. 2007).

Στην παρούσα μελέτη το αναφερόμενο χρόνιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει την καθημερινή δραστηριότητα των ηλικιωμένων επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του αρνητικά και στατιστικά σημαντικά ( $\beta = -7,9$ ) καθώς και η εκτίμηση της προσωπικής τους υγείας έχει άμεση σχέση με την ποιότητα της ζωής τους. Το ίδιο φαίνεται και στα ευρήματα σχετικά με το VAS όπου πάλι τα εντοπισμένα χρόνια προβλήματα υγείας επηρεάζουν στατιστικά σημαντικά και αρνητικά την κατάσταση της υγείας. Αυτά επιβεβαιώνονται και από τη μελέτη των Chen et al. (2015) όπου εκείνοι που είχαν ένα πρόβλημα υγείας που τους απασχολούσε, έτειναν να βαθμολογήσουν ως χειρότερη την υγεία τους.

Φτωχότερη κοινωνική υποστήριξη συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα φυσικής και πνευματικής υγείας, άρα πρόκειται για έναν καθοριστικό παράγοντα σε σχέση με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Gallicchio et al. 2007, Croezen et al. 2009). Σε αντίθεση με τους Hajek et al. (2016), όπου υπάρχει σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, των Chan et al. (2009) όπου η ικανοποίηση από την κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε σημαντικά με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και των Szalina et al. (2012), όπου αυτοί που είχαν λιγότερους φίλους είχαν και χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, στην παρούσα μελέτη, η συνολική κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζεται μόνο με το δείκτη EQ-VAS για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων ενώ η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής σχετίζεται με την κοινωνική υποστήριξη από το σημαντικό άλλο. Κατά συνέπεια, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι συμφωνούν τα ευρήματα και με τους με τους Naylor et al. (2016) οι οποίοι έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι με μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Σύμφωνα με τους Shin et al. (2008) το κοινωνικό δίκτυο έχει άμεση επίδραση στην υγεία αλλά η κατάσταση της υγείας καμία επίδραση στην κοινωνική υποστήριξη. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όπου το κοινωνικό δίκτυο και συγκεκριμένα οι σημαντικοί άλλοι επηρεάζουν θετικά τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αλλά και η κατάσταση της υγείας επηρεάζει την κοινωνική υποστήριξη συνολικά. Αυτό συμβαίνει γιατί οι ηλικιωμένοι στην Κορέα πιστεύεται ότι έχουν οικογενειακο-κεντρική κοινωνική υποστήριξη.

Με όμοιο τρόπο και οι Dumitrache et al. (2016), υπογράμμισαν την αλληλεπίδραση της κοινωνικής υποστήριξης και της αυτοαναφερόμενης υγείας στην ικανοποίηση από τη ζωή και πιο συγκεκριμένα, οι ηλικιωμένοι με κακή υγεία που



είχαν κοινωνική υποστήριξη, επέδειξαν υψηλότερη ικανοποίηση από τη ζωή τους σε σχέση με κείνους που είχαν κακή υγεία και ανεπαρκή κοινωνική υποστήριξη. Στη παρούσα μελέτη, μόνο η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους σχετίστηκε όπως αναφέρθηκε και παραπάνω σημαντικά με την αυτοαναφερόμενη υγεία. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να μετριάσει την αρνητική επίδραση στρεσογόνων γεγονότων (Bueno & Navarro 2003, Taylor & Lynch 2004, Greve & Staudinger 2006, Hsu & Tung 2010, Hatfield et al. 2013). Έτσι, η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να θεωρηθεί ένας παράγοντας προσαρμοστικότητας για τους ηλικιωμένους (Taylor & Lynch 2004, Hsu & Tung 2010).

Σημαντική είναι και η αντιπαραβολή της μελέτης αυτής με εκείνη των Bélanger et al. (2016) η οποία εξειδικεύει σε χώρες της Βόρειας και της Νότιας Αμερικής κι επιπλέον, διαχωρίζει την κοινωνική υποστήριξη στις πηγές της, το σύντροφο, την οικογένεια, τους φίλους και τα παιδιά. Μεταξύ των Καναδών συμμετεχόντων, υπήρξε σύνδεση μεταξύ καλής υγείας και λιγότερης κατάθλιψης και υψηλών επιπέδων υποστήριξης από φίλους και σύντροφο. Μεταξύ των Λατινοαμερικανών συμμετεχόντων, η ισχυρότερη σχέση εμφανίστηκε όταν ήρθε η στήριξη προερχόταν από εκτεταμένη οικογένεια, παιδιά και σύντροφο, ενώ η υποστήριξη από τους φίλους δεν έπαιξε σημαντικό ρόλο. Αυτά τα αποτελέσματα, επιβεβαιώνουν κι ενισχύουν προηγούμενες μελέτες που συμπεριλαμβάνονται και μεσογειακές χώρες. Ο Litwin (2010) αναφέρει ότι η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια είναι πιο σημαντική στις μεσογειακές χώρες καθώς υπάρχουν πολιτισμικές επιρροές που περιλαμβάνουν τη μεταβίβαση των υπαρχόντων του ατόμου στις επόμενες γενεές.

Οι Bélanger et al. (2016), κατέληξαν ότι εκείνοι που είχαν φίλους και σύντροφο είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας, ενώ στην παρούσα διαδραματίζει ρόλο μόνο η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους. Επιπλέον, στη Λατινική Αμερική, η ευρύτερη οικογένεια και ο σύντροφος, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, ενώ στη συγκεκριμένη μελέτη, σημαντική σχέση με την ποιότητα ζωής εμφανίζουν να έχουν οι σημαντικοί άλλοι.

Στη Μαλαισία, η κοινωνική απομόνωση σχετίζεται με κακή ψυχολογική κατάσταση, οι ηλικιωμένοι με λιγότερους φίλους, είχαν χαμηλότερη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα, λιγότερη κοινωνική υποστήριξη οδηγεί σε χειρότερη σωματική υγεία (Sazlina et al. 2012). Στην παρούσα μελέτη, λιγότερη κοινωνική υποστήριξη μόνο από τους φίλους οδηγεί σε χειρότερη σωματική

υγεία, επίσης οι πολύ καλές σχέσεις με τους γείτονες τελικά δεν οδηγούν σε καλύτερη κατάσταση σωματικής υγείας. Όσον αφορά στην ποιότητα της ζωής, μόνο η κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους έχει σημαντική ανεξάρτητη σχέση.

Υπάρχει μια μελέτη (Ashida & Heaney 2008) όπου η κοινωνική υποστήριξη δε συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με την υγεία ( $b = -0,11$ ). Βέβαια, η έλλειψη θετικής συσχέτισης μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας στη συγκεκριμένη μελέτη οφείλεται πιθανόν στη μέθοδο συλλογής των δεδομένων και στο μικρό δείγμα. Ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με προβλήματα υγείας είναι πιθανό να χρειαστούν περισσότερη υποστήριξη από τα μέλη του κοινωνικού δικτύου σε σύγκριση με εκείνους που είναι πιο υγιείς, ενδεχομένως οδηγώντας σε συστηματικές διαφορές στο πώς τα ερωτήματα σχετικά με τη διαθεσιμότητα κοινωνικής υποστήριξης απαντήθηκαν και μειώνοντας κάθε θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και υγείας. Στον αντίποδα, στην παρούσα μελέτη, φαίνεται η συσχέτιση της κοινωνικής υποστήριξης με την υγεία (VAS), όπως και στην υποκλίμακα της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους. Επίσης, παρατηρώντας τις συσχετίσεις μεταξύ της κλίμακας EQ5D και της κοινωνικής υποστήριξης, τόσο για τη συνολική όσο και για τις υποκλίμακες της, βρέθηκαν θετικές συσχετίσεις μεταξύ των κλιμάκων στην παρούσα μελέτη όπως και σ' αυτήν των Unsar et al. (2016).

Παρομοίως, σε ελληνική μελέτη σημαντική είναι η συσχέτιση ανάμεσα στο άτομο που βοηθά όταν υπάρχει ανάγκη και στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που λαμβάνουν τη φροντίδα του/της συζύγου διαθέτουν θετικότερη στάση σε σχέση με αυτούς που δέχονται φροντίδα από άλλα άτομα (Γιουβανάκης & Σαχπαζόγλου 2007). Ίδια ευρήματα παρατηρήθηκαν και στην έρευνα της Μπαμπούρη (2015), δηλαδή το 81,5% είχαν θετική αντίληψη για την υγεία όταν δίπλα τους βρισκόταν ο/η σύζυγος, ενώ όταν βρίσκονταν άλλα άτομα (π.χ. τέκνα, αδέρφια, φροντιστές κ.ά.), το 57,1% είχε καλή αντίληψη της υγείας του και μέτρια μόνο το 34,3%.

Η κοινωνική υποστήριξη είναι ένα σημαντικό μονοπάτι διαμέσου του οποίου τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων, επειδή η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρέχει υποστήριξη σε διάφορες υποχρεώσεις και προβλήματα. Η παρουσία της μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να έχουν καλύτερο έλεγχο της ζωής τους κι έτσι να ενισχύεται η ικανοποίηση για τις υπάρχουσες συνθήκες και περιστάσεις (Higgs et al. 2003). Οι

ηλικιωμένοι που είχαν υποστήριξη από συγγενείς δεν είχαν διαφορετικό επίπεδο υγείας από εκείνους που είχαν υποστήριξη από συγγενείς και μη. Ιδιαίτερα δε οι πρώτοι έτειναν να αναφέρουν χειρότερη υγεία. Αυτό, υπογραμμίζει τη σημασία του εύρους του δικτύου με έναν τουλάχιστον στενό φίλο πέρα από την οικογένεια, διότι η απομόνωση, η μοναξιά, η απουσία φίλων που στην παρούσα μελέτη επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για χειρότερη υγεία (White et al. 2009). Όταν υπάρξει ανάγκη για βοήθεια, ανταποκρίνεται η οικογένεια (ο/η σύζυγος ή και τέκνα) (Fernández-Ballesteros, 2002).

Σύμφωνα με την Μπαμπούρη (2015) οι χρήστες του ΚΑΠΗ απευθύνονταν πρωταρχικά στην οικογένεια και το ιδιαίτερο πρόσωπο –συνήθως είναι ο/η σύντροφος– και στη συνέχεια στους φίλους, αυτό συμφωνεί και με την παρούσα μελέτη. Στο κοινωνικό δίκτυο στήριξης περιλαμβάνονται, εκτός των άλλων που αναφέρθηκαν παραπάνω, και οι φίλοι το πλήθος των οποίων αυξάνει την ικανοποίηση, δηλαδή όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των φίλων, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίησή τους από τη ζωή. Οι μισοί έχουν ένα φίλο να μοιράζονται τις λύπες και τις χαρές τους ενώ στην παρούσα μελέτη οι ηλικιωμένοι είναι μάλλον θετικοί με ποσοστό 23,7%, συμφωνούν λίγο και 19,1% να είναι ουδέτεροι ως προς ότι έχουν φίλους με τους οποίους μπορούν να μοιραστούν τις χαρές και τις λύπες τους. Τέλος οι ηλικιωμένοι σε ποσοστό μόνο 25,9% συμφωνούν ότι μπορούν να συζητήσουν τα προβλήματα τους με τους φίλους τους, όπως και στη Μπαμπούρη (2015), ενώ μεγάλο είναι το ποσοστό εκείνων που δεν τους εμπιστεύονται (22%).

Οι Rafnsson et al. (2015) κατέληξαν ότι τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την ευεξία και παρατήρησαν ότι ιδιαίτερα το μέγεθος του δικτύου και η συχνότητα των επαφών του ηλικιωμένου σχετίστηκαν με μεγαλύτερη ικανοποίηση του ηλικιωμένου για τη ζωή του κι επηρέαζαν την ποιότητά της. Στην παρούσα μελέτη, η συμμετοχή σε συλλόγους, οι επισκέψεις που δέχτηκαν οι ηλικιωμένοι και η ύπαρξη κάποιου σημαντικού προσώπου στη ζωή τους αύξανε την ποιότητα της ζωής τους.

Επιπρόσθετα, στην παρούσα μελέτη φαίνεται πως η ποιότητα ζωής - όπως μετρήθηκε με την κλίμακα EQ5D- έχει σημαντική σχέση με παράγοντες όπως το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου και η συχνότητα των επαφών του ηλικιωμένου, δηλαδή οι επισκέψεις που δέχονται, η συμμετοχή σε οργανώσεις, η βοήθεια στην ανατροφή μελών της οικογένειας και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, αυξάνουν το άθροισμα της υγείας που σχετίζεται με την ποιότητα ζωής. Αυτό

το συμπέρασμα συμφωνεί με τους Rafnsson et al. (2015) που συσχέτισαν επίσης θετικά και στατιστικά σημαντικά τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης με την ευεξία, αναφερόμενοι συγκεκριμένα στο μέγεθος του δικτύου και τη συχνότητα των επαφών των ηλικιωμένων που οδηγούσαν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη ζωή και αύξηση της ποιότητάς της.

Οι Årestedt et al. (2012) και οι White et al. (2009) επιβεβαιώνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη συσχετίζεται με τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και την κατάσταση της υγείας των Αμερικάνων ηλικιωμένων αντίστοιχα. Οι Årestedt et al. (2012) συνεχίζοντας κατέληξαν ότι η βαρύτητα της ασθένειας είναι ο καθοριστικότερος παράγοντας κοινωνικής υποστήριξης σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια (Murberg & Bru 2001), ενισχύοντας τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ότι η κατάσταση της υγείας VAS, επηρεάζει τα επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων. Συνδυαστικά, σύμφωνα με τους Borglin et al. (2006) οι ηλικιωμένοι με καλύτερη ποιότητα ζωής, ανέφεραν καλή υγεία, καλή κοινωνική υποστήριξη, ενώ εκείνοι με χαμηλή QoL είχαν λιγότερη στήριξη. Επιπλέον οι Bisschop et al. (2003) παρατήρησαν μία σημαντική σχέση μεταξύ της χρόνιας νόσου και της διαθέσιμης κοινωνικής υποστήριξης, γεγονός που επιβεβαιώνεται στην παρούσα μελέτη.

Οι Bisschop et al. (2003) κατέληξαν ότι ανάμεσα σε ηλικιωμένους με χρόνια προβλήματα υγείας, εκείνοι που ζούσαν με σύντροφο ή άλλο πρόσωπο είχαν μικρότερο κίνδυνο έκπτωσης λειτουργικότητας κάτι που δεν παρουσιάζεται στην παρούσα μελέτη. Επιπλέον, στην ομάδα που ελέγχθηκε και ανέφερε χειρότερα επίπεδα υγείας, ο κίνδυνος έκπτωσης της λειτουργικότητας σχετίστηκε με την κοινωνική υποστήριξη, καθώς ένα ευρύτερο δίκτυο προφύλασσε από μείωση της αυτοφροντίδας. Σε σύγκριση των ευρημάτων με την παρούσα μελέτη, η κατάσταση της υγείας (VAS) και η ποιότητα ζωής επηρεάζουν την αυτοφροντίδα, αλλά η τελευταία δεν εμφάνισε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη στην πολυπαραγοντική ανάλυση.

Σύμφωνα με τους Berg et al. (2009) η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να εξουδετερώσει την αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει η υγεία και η λειτουργικότητα στην ευεξία των ηλικιωμένων. Η φτωχότερη κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε με εμπόδια στην αυτοφροντίδα (Bayliss et al. 2003). Παρόλα αυτά η προαγωγή και συντήρηση της κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους βελτιώνει τη λειτουργικότητά τους (Sazlina et al. 2012), γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται από την παρούσα μελέτη όπου δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά

σημαντική συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της αυτοφροντίδας. Κάτι παρόμοιο Παρατήρησαν και οι Shin et al. (2008) όπου οι ηλικιωμένοι που είχαν υψηλότερα αθροίσματα στην κλίμακα για τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (IADL) είχαν και καλύτερη κοινωνική υποστήριξη από τα παιδιά εύρημα που δεν επιβεβαιώνεται στην παρούσα μελέτη.

Σκεπτόμενος κανείς, τους περιορισμούς που προκύπτουν στη λειτουργικότητα καθώς ο άνθρωπος γερνά (Settersten & Richard 2002) και τις επιδράσεις στην ποιότητα ζωής (Netuveli et al. 2005), τα ευρήματα των Liao & Brunner (2016) σε σχέση με τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων στην ποιότητα ζωής παρουσία μιας χρόνιας νόσου παρέχουν μια καινοτόμα λύση στην καλύτερη προσαρμογή στο γήρας (Ouwehand et al. 2007). Η παροχή βοήθειας και θετικής συναισθηματικής αλληλεπίδρασης, η υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (Settersten & Richard 2002), μπορεί να ελευθερώσει τους ηλικιωμένους από αναπόφευκτο περιορισμό της λειτουργικότητας, να οδηγήσει σε αποτελεσματική διαχείριση (Bowling et al. 2007) και υψηλότερη ευελιξία και διατήρηση της ισορροπίας σε σχέση με της φυσική φθορά που σχετίζεται με την ηλικία (Netuveli et al. 2012, Silver 2003).

### **9.5 Σύγκριση του επιπέδου υγείας σχετιζόμενης με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι σε σύγκριση με εκείνους που ζουν με σύντροφο ή την οικογένεια.**

Στη μελέτη των Unsar et al. (2016) φαίνεται ότι οι παντρεμένοι συμμετέχοντες είχαν υψηλότερο σκορ στην κλίμακα EQ5D σε σχέση με τους χήρους. Αυτό επιβεβαιώνεται και στην παρούσα μελέτη. Οι Shin & Sok (2012) έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν με την οικογένειά τους εκτιμούσαν υψηλότερα το επίπεδο της υγείας τους σε σχέση με εκείνους που ζούσαν μόνοι όπως φαίνεται και στην παρούσα μελέτη όπου *χαμηλότερα* επίπεδα VAS είχαν εκείνοι που ανέφεραν ότι ζουν μόνοι τους έναντι όσων ανέφεραν ότι δεν ζουν μόνοι τους ( $p=0,004$ ).

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμβαδίζουν με αυτά των Sok & Yun (2011) που έδειξαν ότι η επίδραση της συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια, επηρεάζει θετικά τη φυσική και την ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων στην Κορέα. Επίσης συμβαδίζουν με τη μελέτη των Phillips et al. (2005) στο Χονγκ

Κονγκ, που επιβεβαιώνει ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την ευημερία του ατόμου κι έτσι, επηρεάζονται περισσότερο και οι ευκαιρίες του για υγιή γήρανση.

Οι Sok & Yun (2011) αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με την οικογένειά τους, είχαν καλύτερο επίπεδο υγείας από αυτούς που ζούσαν μόνοι, γιατί είχαν υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια. Αυτό παρουσιάζεται στην παρούσα μελέτη διαφορετικά και πιο συγκεκριμένα, η κατάσταση της υγείας στους ηλικιωμένους δεν επηρεάζεται από το αν ζουν μόνοι ή με την οικογένεια (σε επίπεδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης), αντίθετα επηρεάζεται από τη συνταξιοδότηση, τις σχέσεις με τους γείτονες, την αντίληψη της υγείας τους σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους, τα χρόνια προβλήματα υγείας, τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν, την κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, την αυτοφροντίδα και τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Πολλές μελέτες καταλήγουν σε αλληλοσυγκρουόμενα συμπεράσματα σχετικά με τη σύνθετη σχέση μεταξύ της κατάθλιψης και της μοναξιάς και της ποιότητας ζωής (Holmén & Furukawa 2002, Heikkinen & Kauppinen 2004).

Βέβαια, η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το αν ζουν μόνοι οι ηλικιωμένοι, με τέτοιο τρόπο που μας οδηγεί στην υπόθεση ότι πιθανόν επειδή δεν περιορίζονται από άλλα άτομα διευρύνουν τις κοινωνικές τους σχέσεις, είναι πιο δραστήριοι, άρα αυξάνουν το κοινωνικό τους δίκτυο από το οποίο δέχονται επιρροές κι ερεθίσματα συνεχώς και κατά συνέπεια, η ποιότητα της ζωής τους αυξάνεται κι εκείνη. Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι κι αναφέρουν καλύτερη ποιότητα ζωής φαίνεται ότι είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται και συνεπώς να μένουν μόνοι τους, άρα θα έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με τη μελέτη των Sok & Yun (2011) που βρήκαν ότι η συμβίωση με την οικογένεια οδηγεί σε καλύτερες συμπεριφορές υγείας και προαγωγής της υγείας, εύρημα που ενισχύεται και από τους Okkonen & Vanhanen (2006) όπου υποστηρίζουν ότι όταν ο ηλικιωμένος μένει με την οικογένεια, η θετική άποψη που έχει για τον εαυτό του, διευκολύνει και συμπεριφορές προαγωγής της υγείας, αλλά έρχεται σε αντίθεση με τους Tomaka et al. (2006) όπου η μία ομάδα ελέγχου που ζούσε μόνη της είχε μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης καρδιολογικών νοσημάτων. Το τελευταίο πάλι συμφωνεί και με τα ευρήματα των Gallegos-Carillo et al. (2009) όπου καταδεικνύεται πως το κοινωνικό δίκτυο διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αλλά και το γεγονός ότι ζουν μόνοι ή όχι. Συγκρίνοντας δύο ομάδες, εκείνοι που έμεναν μόνοι χωρίς δίκτυο στενών συγγενών

είχαν χαμηλότερα επίπεδα σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής σε σύγκριση με εκείνους που διατηρούσαν το δίκτυο, ενώ όσο ο αριθμός των φίλων και των συγγενών αυξανόταν τόσο η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ήταν υψηλότερη.

Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι λογικά μπορούν να διαμένουν μόνοι γιατί η κατάσταση της υγείας τους το επιτρέπει ή δεν έχουν άλλη επιλογή στη ζωή. Είναι σημαντικό ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που ζούσε μόνο στη μελέτη των Gallegos-Carillo et al. (2009), αλλά και στην παρούσα ήταν χαμηλότερο από ότι αναφέρεται σε άλλες μελέτες, όπου το 50% σχεδόν των ηλικιωμένων ζουν μόνοι ή αισθάνονται μεγάλη μοναξιά (Chalise et al. 2007). Εντούτοις, το γεγονός ότι οι άγαμοι και αυτοί που ζούσαν μόνοι σύμφωνα με τους Gallegos-Carillo et al. (2009) δεν εμφανίζουν μείωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής είναι σε αντιστοιχία και με άλλες μελέτες (Litwin 2010).

Οι Kawamoto et al. (2005) διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ του να ζει κανείς μόνος και της ευεξίας και καθόρισαν τα χαρακτηριστικά, φυσική υγεία, πνευματική υγεία, κοινωνική υποστήριξη και ανάγκες υγείας ηλικιωμένων που ζουν μόνοι στην κοινότητα στην Ιαπωνία. Η οικογένεια είναι σημαντική πηγή υποστήριξης για τους ηλικιωμένους. Σε πολιτισμούς όπου η αλληλεξάρτηση της οικογένειας είναι σημαντική, η συμβίωση με τα ενήλικα παιδιά σε μια ευρύτερη μορφή οικογένειας είναι ένα κοινό φαινόμενο. Οι ηλικιωμένοι που έλαβαν περισσότερη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, ανέφεραν καλή αυτοαναφερόμενη υγεία και χαμηλή εμφάνιση άγχους (Kotkamp-Mothes et al. 2005, Leung et al. 2007). Προηγούμενη μελέτη, έχουν δείξει ότι η υποστήριξη από το «σπίτι» του ηλικιωμένου ενθαρρύνει την ευεξία, την αυτονομία, και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες (Kim 2007).

Οι Golden et al. (2009) έδειξαν ότι τα κοινωνικά δίκτυα επηρεάζουν ανεξάρτητα την ευημερία των ηλικιωμένων. Οι Garcia et al. (2006) βρήκαν ότι οι ηλικιωμένοι που είχαν φτωχότερο κοινωνικό δίκτυο είχαν και χειρότερη ποιότητα ζωής. Οι Kahn et al. (2003) έδειξαν ότι η σχέση μεταξύ αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης και ευεξίας ήταν αρκετά ισχυρές. Στη μελέτη των Unsar et al. (2016) και σε αυτή των Chen et al. (2014) βρέθηκε μία θετική συσχέτιση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η οικογένεια είναι η κύρια πηγή παροχής συναισθηματικής και κοινωνικής υποστήριξης στην Τουρκία. Εκτός από την Τουρκία επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες (Huang et al. 2005,

Deng et al. 2010). Στην παρούσα μελέτη, μόνο η κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους έχει θετική σχέση με την EQ5D.

Παρόλο που η τούρκικη κοινωνία αντιμετωπίζει παρόμοιες κοινωνικο-δημογραφικές και οικογενειακές αλλαγές με όλες τις υπόλοιπες χώρες όπως και η Ελλάδα, οι σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και των σημαντικών άλλων είναι ακόμη πολύ ισχυρές. Αυτό προέρχεται από την παραδοσιακή κουλτούρα της οικογένειας πάρα πολλά χρόνια πριν και αυτή η διασύνδεση οδηγεί σε καλύτερα κοινωνικά δίκτυα τα οποία έχουν θετικές επιδράσεις στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Öz 2002). Οι Fratiglioni et al. (2004) ανέφεραν ότι ένας υγιής και δραστήριος τρόπος ζωής για τους ηλικιωμένους προστατεύει από την άνοια κι ενδυναμώνει τους δεσμούς με τη ζωή.

## 9.6 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δείγμα ελληνικού πληθυσμού ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα και διερεύνησε το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων και τις πιθανές σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ της σχετιζόμενης με την υγείας ποιότητας ζωής και την υποκειμενική αντίληψη αυτών για κοινωνική στήριξη της κοινωνικής υποστήριξής τους και της αυτοφροντίδας τους. Η μελέτη παρουσιάζει μερικούς περιορισμούς, που σχετίζονται με το σχεδιασμό της, η επιλογή του οποίου στο πλαίσιο της παρούσας διατριβής επιλέχτηκε ως ο πλέον εφικτός από πλευράς χρόνου και κόστους.

Ο συγχρονικός της χαρακτήρας επιλέχθηκε λόγω του περιορισμένου χρόνου και της αντικειμενικής δυσκολίας των επισκέψεων στα ΚΑΠΗ για τις προσωπικές συνεντεύξεις, εφ' όσον ήταν μια χρονοβόρα διαδικασία που ήταν δύσκολο χρονικά να επαναληφθεί σε διαφορετικούς χρόνους. Λόγω λοιπόν του συγχρονικού της χαρακτήρα, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν την κατάσταση στη δεδομένη συγκυρία και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα με διαχρονική εφαρμογή, μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό τόσο κατάλληλων παρεμβάσεων για την επίτευξη υγιούς γήρανσης, όσο για μελλοντική έρευνα.

Το δείγμα της μελέτης, αν και αρκετά μεγάλο, ήταν δείγμα ευκολίας, γεγονός που επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα και επομένως και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Παρά την προσπάθεια που έγινε για την όσο το δυνατό μεγαλύτερη εκπροσώπηση των φύλων και των ηλικιών από τα μέλη των ΚΑΠΗ και



κατ' επέκταση του ερωτώμενου πληθυσμού, σίγουρα δεν επετεύχθη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος με βάση δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια. Επιπλέον, αν η ίδια μελέτη μπορούσε να συμπεριλάβει δείγμα από την επαρχία, άλλες πόλεις ή αστικά κέντρα πιθανόν τα ευρήματα να ήταν αντιπροσωπευτικότερα.

Επίσης, ως αδυναμία της μελέτης μπορεί να συμπεριληφθεί και το σχετικά εκτεταμένο ερωτηματολόγιο, που αν και όχι χρονοβόρο για την ολοκλήρωση της συμπλήρωσής του, το εύρος του από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά και τα τρία ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ενδεχομένως κούραζαν το συγκεκριμένο πληθυσμό. Ο χρόνος συμπλήρωσης μειώθηκε αρκετά χάρη στον τρόπο συμπλήρωσής του με τη μορφή συνέντευξης από την ερευνήτρια, ωστόσο οι ηλικιωμένοι συνήθως δυσκολεύονταν να συγκεντρωθούν σε όλο το ερωτηματολόγιο, καθώς βρίσκονταν στους χώρους του ΚΑΠΗ όπου και επιθυμούσαν να συζητήσουν με τους υπόλοιπους ή να ψυχαγωγηθούν ενδεχομένως. Επιπλέον, ο τρόπος συμπλήρωσης με συνέντευξη, παρόλο που επελέγη για να διευκολύνει τους ηλικιωμένους και έγινε στο σύνολο του δείγματος από την ερευνήτρια, αποτελεί αδυναμία διότι δεν υπήρχε η δυνατότητα επιβεβαίωσης των αποτελεσμάτων και από δεύτερο ερευνητή.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 10

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται συνεχώς, η αξιολόγηση των αναγκών υγείας του για επίτευξη της υγιούς γήρανσης αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Στην παρούσα μελέτη, σύμφωνα με τους επιμέρους στόχους, επαληθεύεται η σχέση μεταξύ δημογραφικών και κοινωνικών δεδομένων, κοινωνικής υποστήριξης και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Συγκεκριμένα, τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο τόσο στην κοινωνική υποστήριξη όσο και στην αυτοφροντίδα και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής.

Η συνολική υποκειμενική κοινωνική υποστήριξη επηρεάζεται από το φύλο. Επίσης αν οι ηλικιωμένοι ήταν έγγαμοι υπήρχε θετική σχέση με τη συνολική κλίμακα MSPSS. Η ύπαρξη τέκνων ήταν σημαντική για τη συνολική MSPSS. Επιπλέον, η συνολική κλίμακα για την κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά, με τις επισκέψεις που δέχονταν οι ηλικιωμένοι και τις σχέσεις τους με τους γείτονες, τα επίπεδα της ακοής και της όρασής τους και η αυτοναφερόμενη κατάσταση της υγείας τους.

Σε σχέση με την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια, σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η ύπαρξη τέκνων και η ιδιοκτησία της οικίας τους. Παράλληλα, η κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι ηλικιωμένοι από την οικογένεια σχετίστηκε θετικά με τις επισκέψεις που δέχονταν οι ηλικιωμένοι, τη συμμετοχή τους στην ανατροφή των εγγονιών, ανιψιών, κλπ και την κοινωνική υποστήριξη από τους σημαντικούς άλλους.

Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους επηρεάζεται από το φύλο ενώ αν οι ηλικιωμένοι ήταν έγγαμοι υπήρχε θετική σχέση με την κοινωνική υποστήριξη από αυτούς. Η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους συσχετίστηκε θετικά με τις σχέσεις με τους γείτονες, με το αν το επίπεδο της υγείας των ηλικιωμένων ήταν καλύτερο από τους συνομήλικούς τους, την όρασή τους, την ποιότητα ζωής τους και την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους.

Η κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους, επηρεάστηκε θετικά από τις πρόσφατες τελευταίες επισκέψεις των ηλικιωμένων, τις συχνές επισκέψεις τους στο

ΚΑΠΗ, την ακοή τους, την κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και την αυτοαναφερόμενη υγεία VAS.

Ως προς την κλίμακα της αυτοφροντίδας, βρέθηκε να έχει θετική σχέση με την εκπαίδευση, την εκτίμησή τους ότι η υγεία τους είναι καλύτερη των συνομήλικών τους, τη φυσική άσκηση, την αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας τους (VAS) και την ποιότητα ζωής τους.

Για την κλίμακα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής, εκείνοι που ζούσαν μόνοι, που παρείχαν βοήθεια στην ανατροφή εγγονιών, ανιψιών, κτλ και που συμμετείχαν σε πολιτιστικούς συλλόγους. Ακόμη θετική σχέση εμφάνισαν οι πρόσφατες επισκέψεις που δέχονταν οι ηλικιωμένοι, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, η αυτοαναφερόμενη κατάσταση της υγείας τους και το επίπεδο της αυτοφροντίδας τους.

Τέλος, η αυτοαναφερόμενη υγεία εμφάνισε θετική σχέση με όσους ήταν συνταξιούχοι, την αντίληψη για την υγεία τους ως καλύτερη από τους συνομηλικούς τους, τη λήψη 1-2 φαρμάκων, την κοινωνική υποστήριξη από φίλους, την ποιότητα ζωής και το επίπεδο της αυτοφροντίδας τους.

Στον αντίποδα, η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους εμφάνισε αρνητική σχέση με τη συμμετοχή των ηλικιωμένων σε συλλόγους και τις πρόσφατες επισκέψεις. Η κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια εμφάνισε αρνητική σχέση με το γεγονός ότι ήταν συνταξιούχοι και ότι ζούσαν μόνοι τους. Αρνητική σχέση βρέθηκε επίσης μεταξύ των σχέσεων των ηλικιωμένων με τους γείτονές τους, την κοινωνική υποστήριξη από τους φίλους και την κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια. Αρνητική σχέση ακόμη βρέθηκε να υπάρχει μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης από φίλους και της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια.

Επιπρόσθετα, αρνητική σχέση φάνηκε να υπάρχει ανάμεσα στην αυτοφροντίδα και τις επισκέψεις που δέχονταν οι ηλικιωμένοι μες στον τελευταίο μήνα, τη χρήση ακουστικού βοηθήματος, την ακράτεια και φυσικά την ηλικία. Όσον αφορά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, αρνητική σχέση υπήρχε ως προς το φύλο, όπου οι γυναίκες είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής, τη μόνιμη διαμονή στην Αθήνα, τα χρόνια προβλήματα υγείας που τους επηρέαζαν και τη λήψη τουλάχιστον 3 φαρμάκων. Τέλος για την αυτοαναφερόμενη υγεία VAS αρνητική σχέση εμφάνισαν οι καλύτερες σχέσεις με τους γείτονες, τα χρόνια προβλήματα υγείας που τους επηρέαζαν στην καθημερινότητά τους και οι δυσκολίες στη μάσηση.

Σύμφωνα λοιπόν με όλα τα παραπάνω, αντιλαμβάνεται κανείς ότι οι πηγές της κοινωνικής υποστήριξης που σχετίζονται με την υγεία κι ακόμα και η ποιότητα ζωής, ποικίλλουν και εξαρτώνται και από τα εκάστοτε κοινωνικοοικονομικά και πολιτιστικά χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού. Οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να αποφύγουν τις συνέπειες του γήρατος, μπορούν όμως να διατηρήσουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο της ζωής τους και της κατάστασης τους σε πολύ καλή κατάσταση. Από την άλλη οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να συνεισφέρουν παρεμβαίνοντας όπου κρίνεται αναγκαίο ή απαραίτητο.

## **10.2 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Η μελέτη της επίδρασης της κοινωνικής υποστήριξης στη υγεία, ποιότητα ζωής και στην αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων σε καμία περίπτωση δεν οδηγεί στην εξάντληση της σχετικής έρευνας καθώς η επίτευξη ολοκληρωμένης εικόνας όσον αφορά στο συγκεκριμένο ζήτημα απαιτεί περαιτέρω διερεύνηση.

Κατ' αρχάς, πρέπει να διενεργηθεί σε βάθος μελέτη της διερεύνησης των εμποδίων για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η ενδεδειγμένη μεθοδολογική προσέγγιση θα ήταν μια προοπτική μελέτη, μέσω της οποίας θα μπορούσε να διερευνηθεί η πορεία των αλλαγών τόσο στην υγεία της όσο και στην κοινωνική υποστήριξη, σε μεγαλύτερο δείγμα, το οποίο θα περιλαμβάνει και ηλικιωμένους που διαβιούν συνεχώς μακριά από αστικά κέντρα. Με αυτόν τον τρόπο θα μπορούσε να γίνει σύγκριση και του τρόπου ζωής που μπορεί να διαφέρει ανάλογα με το αν ζει κάποιος σε πόλη ή στην επαρχία.

Σε σχέση με τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, απαιτείται πιο εκτεταμένη χρήση ώστε να εξασφαλιστεί ότι τα αποτελέσματά τους αντικατοπτρίζουν την εικόνα του Ελληνικού πληθυσμού. Για παράδειγμα το ερωτηματολόγιο EQ5D, παρόλο που έχει επανειλημμένα χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό με διάφορα χαρακτηριστικά, δεν έχει μέχρι σήμερα αντιπροσωπευτικές τιμές μέτρησης που να βασίζονται σ' αυτόν και έτσι τα όποια συμπεράσματα βγαίνουν με βάση τις τιμές μέτρησης που έχουν βρεθεί για το Ηνωμένο Βασίλειο. Παρομοίως, η κλίμακα Barthel παρόλο που έχει χρησιμοποιηθεί σε ελληνικό πληθυσμό μέχρι σήμερα δεν υπάρχει επίσημη ελληνική μετάφραση ούτε και ενιαία στάθμιση.

Ακόμη, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εστιάσει στην προσδοκία των ηλικιωμένων από τη ζωή, καθώς και τις διαθέσιμες υπηρεσίες και πως αυτές θα μπορούσαν να συμβάλλουν στη διατήρηση του κοινωνικού τους δικτύου.

Τέλος, με βάση τα συμπεράσματα της παρούσας μελέτης μπορεί να προταθεί προς τους αρμόδιους φορείς, η ισχυροποίηση του ρόλου των ΚΑΠΗ ως μέτρο διευκόλυνσης της διατήρησης του κοινωνικού δικτύου των ηλικιωμένων αφού φαίνεται αυτό να αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διατήρηση και βελτίωση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής.

# ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ

## ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΖΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

#### ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

#### ΕΥΣΤΑΘΙΑΣ ΣΑΡΛΑ

#### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Στην Ελλάδα οι ηλικιωμένοι αριθμούν το 20% του πληθυσμού, ενώ ο αριθμός όσων ζουν μόνοι αυξάνεται συνεχώς. Με την αύξηση αυτή εμφανίζεται η ανάγκη για την προώθηση υγιούς γήρανσης, της οποίας σημαντικές προϋποθέσεις είναι η καλή υγεία και η αυτονομία. Ταυτόχρονα η οικογένεια ως δομή αλλάζει και τα μέλη της οικογένειας που εμπλέκονταν στη φροντίδα δεν έχουν πλέον τον ίδιο ρόλο, ενώ οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι ίσως έχουν μεγαλύτερες ανάγκες, οι οποίες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με τη δημιουργία καταλληλότερων υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και της υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η σύγκριση του επιπέδου υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ανάλογα με το αν ζουν μόνοι ή με την οικογένειά τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Ο τύπος της μελέτης που επιλέχτηκε ήταν περιγραφικός με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό. Το δείγμα της μελέτης ήταν δείγμα ευκολίας και συμπεριλήφθηκαν ηλικιωμένοι που διαβιούν στην κοινότητα στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής και προσεγγίστηκαν στα ΚΑΠΗ των εκάστοτε δήμων. Τα βασικά κριτήρια εισαγωγής του δείγματος ήταν οι ηλικιωμένοι να είναι

περίπου σε ίδια αναλογία φύλου και να μην έχουν περιορισμούς στις γνωστικές λειτουργίες. Επίσης αποκλείονταν τα άτομα που είχαν λειτουργική ανικανότητα και εξαρτημένη διαβίωση. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με ανώνυμο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε μέσω συνέντευξης από την ερευνήτρια. Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν δημογραφικά, επαγγελματικά και εκπαιδευτικά δεδομένα, ερωτήσεις για το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων και ερωτήσεις σε σχέση με την υγεία και τα προβλήματα υγείας όπως τα ανέφεραν οι ίδιοι καθώς και για τη συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας. Στη δεύτερη ενότητα συμπεριλήφθηκε το ερωτηματολόγιο για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής **EQ-5D**, στην τρίτη ενότητα η πολυδιάστατη κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης **MSPSS** και τέλος, η κλίμακα **Barthel** για την εκτίμηση της αυτοφροντίδας. Τα ερωτηματολόγια είχαν ικανοποιητικό δείκτη αξιοπιστίας. Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS 22.0. Για όλες τις συσχετίσεις ή συγκρίσεις το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας του ελέγχου της υπόθεσης ορίστηκε μικρότερο ή ίσο του 0,05. Οι μέσες τιμές και οι τυπικές αποκλίσεις χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών. Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη διμεταβλητή ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικές δοκιμασίες, ενώ για τη συσχέτιση των κλιμάκων μεταξύ τους ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (r). Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις διάφορες κλίμακες από την οποία προέκυψε ο συντελεστής εξάρτησης ( $\beta$ ) και το τυπικό σφάλμα.

**Αποτελέσματα:** Το μεγαλύτερο ποσοστό (61,4%) των ηλικιωμένων ήταν γυναίκες, με μέση ηλικία τα 75,2 έτη. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν είτε παντρεμένοι (46,3%), είτε χήροι (43,9). Οι μισοί ηλικιωμένοι (40,6%), ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Σχεδόν το σύνολο των ηλικιωμένων ανέφερε πως είχε οικονομική αυτοδυναμία (94,5%). Σχεδόν οι μισοί ηλικιωμένοι (43%) ζούσαν με την οικογένειά τους, ενώ αρκετοί ήταν κι αυτοί που ζούσαν μόνοι τους (37,6%). Από εκείνους που διαβιούν μόνιμα στην Αθήνα τουλάχιστον οι μισοί (51,6%), μένουν με τα παιδιά τους. Όταν οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν για να συγκρίνουν την υγεία τους με τους συνομήλικους τους, οι μισοί σχεδόν ανέφεραν ότι έχουν καλύτερο επίπεδο υγείας. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν είχαν κανένα πρόβλημα στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση ή πλειοψηφία (86,9%) δεν ανέφερε κανένα πρόβλημα, όπως και στην εκτέλεση συνηθισμένων

δραστηριοτήτων (76,9%). Στον τομέα του πόνου και της δυσφορίας οι μισοί ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι είχαν μερικά προβλήματα και στον τομέα του άγχους και της θλίψης το 43% είχε μερικά προβλήματα και το 40% πολλά. Στην κλίμακα VAS, βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι αξιολόγησαν την υγεία τους ως μέτρια. Η μέση τιμή της κλίμακας για την αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη ήταν 61,4, ενώ υψηλότερες ήταν για την υποστήριξη από σημαντικούς άλλους και την οικογένεια, ενώ χαμηλότερη ήταν από τους φίλους. Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα κοινωνικής υποστήριξης αναδείχθηκε πως έχουν το φύλο, η ύπαρξη τέκνων, οι έγγαμοι, η πρόσφατη επίσκεψη, οι πολύ καλές ή καλές σχέσεις με τους γείτονες, η καλή ακοή και όραση και η κατάσταση της υγείας. Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με την κλίμακα EQ5D αναδείχθηκε πως έχουν το φύλο, το αν ζουν μόνοι, η μόνιμη διαμονή στην Αθήνα, η πρόσφατη ή σχετικά πρόσφατη επίσκεψη, η παροχή βοήθειας στην ανατροφή εγγονιών, κλπ, η συμμετοχή σε συλλόγους, η ύπαρξη χρόνιου προβλήματος υγείας, η λήψη τουλάχιστον τριών φαρμάκων και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικά άλλα πρόσωπα. Στατιστικά σημαντική ανεξάρτητη σχέση με το δείκτη EQ-VAS αναδείχθηκε πως έχουν η συνταξιοδότηση, οι σχέσεις με τους γείτονες, η ίδια ή καλύτερη υγεία συγκριτικά με τους συνομήλικους τους, το χρόνιο πρόβλημα υγείας οι δυσκολίες στη μάσηση, η λήψη φαρμάκων και η κοινωνική υποστήριξη από φίλους.

**Συμπεράσματα:** Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας τους, αλλά και από την κοινωνική υποστήριξη που δέχονται οι ηλικιωμένοι. Η επαφή τους με την οικογένεια, τις κοινωνικές ομάδες που ανήκουν και τις υπόλοιπες επαφές τους μπορούν να αυξήσουν το επίπεδο της αυτοφροντίδας τους, την ποιότητα ζωής και την κοινωνική τους υποστήριξη παρά τα προβλήματα υγείας. Η παρούσα μελέτη έδειξε τη σχέση μεταξύ της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και κοινωνικής υποστήριξης των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα. Τα αποτελέσματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανάπτυξη υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής πρόνοιας για τους ηλικιωμένους.

**Λέξεις-κλειδιά:** Ηλικιωμένοι, ΚΑΠΗ, Υγεία-ποιότητα ζωής, Κοινωνική υποστήριξη, Αυτοφροντίδα.



**NATIONAL AND KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS**

**FACULTY OF NURSING**

**INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL  
SUPPORT, HEALTH AND QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE  
LIVING IN THE COMMUNITY**

**PhD THESIS**

**EFSTATHIA SARLA**

**RN, MSc**

**ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The proportion of older people in Greece is 20% of the population, while the number of those living alone increases steadily. Because of this increase the need for promoting healthy aging is apparent, for which good health and autonomy are important prerequisites. At the same time, family as a structure is changing and family members who get involved in care no longer have the same role, whereas older people living alone may have greater needs that could be addressed by creating more appropriate health and welfare services.

**PURPOSE:** The purpose of this study was to investigate the existence of a relationship between social support and health and quality of life of older people and to compare the level of health and quality of life of older people according to whether they live alone or with their families.

**METHOD:** The study used a descriptive cross-sectional design. The sample of the study was a convenience one, where older people living in the community in the wider area of Attica were included and they were approached at the KAPI of the municipalities selected for the study. The main inclusion criteria were that older people of both sexes should be included in similar proportion and that did not have any cognitive impairment. Also those who had functional disability and dependency were excluded. Data collection was made with an anonymous questionnaire which

was filled in by interview carried out from the researcher. The questionnaire included questions about demographic, occupational and educational data, questions about the social network of older people, and questions about health and health problems as reported by them as well as about the frequency of use of health services. Secondly, the **EQ-5D** health-related quality of life questionnaire was included, followed by the **MSPSS** multidimensional scale of perceived social support, and finally, **Barthel's self-care** evaluation scale. The questionnaires had a satisfactory internal consistency. For the statistical analysis, the SPSS 22.0 was used. For all correlations or comparisons, the statistical significance level was set to less than or equal to 0.05. Mean values and standard deviations were used to describe the quantitative variables. Absolute (N) and relative (%) frequencies were used to describe the qualitative variables. Parametric methods were used for the bivariate analysis, while Pearson correlation coefficient was used for studying the relationships between scales. Linear regression analysis was used to find independent factors associated with the different scales from which the dependency coefficient ( $\beta$ ) and the standard error occurred.

**RESULTS:** The majority (61.4%) of older people were women, with an average age of 75.2 years. The largest percentage was either married (46.3%) or widowed (43.9). Half of the older people (40.6%) had completed primary school. Almost all of the older people reported having financial autonomy (94.5%). Nearly half of the elderly (43%) lived with their family, while many of them were living alone (37.6%). Of those who live permanently in Athens, at least half (51.6%) stayed with their children. When the elderly were asked to compare their health with their peers, almost half of them said they had a better level of health. Most of the older people had no problems with mobility, for self-handling the majority (86.9%) did not report any problems, as well as in the ordinary activities (76.9%). In the field of pain and discomfort half of the elderly reported having some problems and in the field of anxiety and sadness 43% had some problems and 40% many. On the VAS scale, it was found that the elderly rated their health as moderate. The mean value of the perceived social support scale was 61.4, while higher was for support from important others and the family, and lower from friends. A statistically significant independent relationship was found among social support and sex, the existence of children, marriage, recent visits, very good or good relationships with neighbours, levels of hearing and vision and self-reported health. A statistically significant independent relationship has been shown among EQ5D and sex, living alone, permanent residence in Athens, recent or

relatively recent visit, assistance in raising grandchildren, etc., participation in clubs, the existence of a chronic health problem, taking at least three medicines and social support from other important people in their lives. A statistically significant independent relationship has been also found between EQ-VAS and retirement, relationships with neighbours, having the same or better health than their peers, chronic health problems, difficulties in chewing, taking medication and social support from friends.

**CONCLUSIONS:** Health-related quality of life of older people is affected by their health status as well as by the social support that they receive. Their contact with family, social groups they belong to and other contacts can increase their level of self-care, health related quality of life and social support despite health problems. This study has shown the relationship between health-related quality of life and social support of older people living in the community. Results can be used to develop health and social care services for the elderly.

**KEY-WORDS:** Older people, KAPI, Health related quality of life, Social support, Self-care.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ**

- Aartsen M. J., Smits C. H., Van Tilburg T., Knipscheer K. C., Deeg D. J. (2002).** Activity in older adults cause or consequence of cognitive functioning? A longitudinal study on everyday activities and cognitive performance in older adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57(2), 153-162.
- Aberg A.C., Sidenvall B., Hepworth M., O' Reilly K., Lithell H. (2004).** Continuity of the Self in Later Life: Perceptions of Informal Caregivers. *Qual Health Res* 14: 792-815.
- Abrahamson K., Clark D., Perkins A., Arling G. (2012).** Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents? *Gerontologist*. 52: 632- 640.
- Agahi N., Parker M.G. (2008).** Leisure activities and mortality: does gender matter? *Journal of Aging and Health*, 20, 7, 855–71.
- Ahmed T., Kone G.K., Vafaei A., et al. (2015).** Social support and social network scale, psychometric properties of a new scale for international use in older adults: the IMIAS Study, 68th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society.
- Aletras V.H., Kontodimopoulos N., Niakas, D.A., Vagia M.G., Pelteki H.J., Karatzoglou G.I., et al. (2009).** Valuation and preliminary validation of the Greek 15D in a sample of patients with coronary artery disease. *Value in Health*, 12(4), 574–579.
- Allender J.&Spradley B. (2001).** *Community Health Nursing: Concepts and Practice.* (ed). Philadelphia, New York, Baltimore. Lippincott.

- Allison S. (2007).** Self-Care Requirements for Activity and Rest: An Orem Nursing Focus. *Nur Sci Q*: 20(1): 68-76.
- Årestedt K., Saveman B.I., Johansson P., Blomqvist K. (2012).** Social support and its association with health-related quality of life among older patients with chronic heart failure, *European Journal of Cardiovascular Nursing* 12(1) 69–77.
- Ashida S., Heaney C. (2008).** Differential associations of social support and social connectedness with structural features of social networks and the health status of older adults, *Journal of Aging and Health*, Volume 20: No 7: 872-893.
- Backman K., Hentinen M. (2001).** Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic College of Caring Sciences. Scand J Caring Sci* 15: 195-202.
- Backman K. (2003).** Self-care of home-dwelling elderly persons from the view of their vulnerability. In: Mičetić-Turk D & Kokol P (ed) *International Symposium “New trends in modern nursing”*. Maribor, University College of Nursing Studies.29-34.
- Bakas T., McLennon S., Carpenter J., Buelow J., Otte J., Hanna K., et al. (2012).** Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*.1 0:134.
- Baker P., Bodner E., Allman R. (2003).** Measuring life –space mobility in community– dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc* 51: 1610-1614.
- Ball M., Perkins M., Whittington F., Hollingsworth C., King S., Combs B. (2004).** Independence in assisted living. *J Aging Stud* 18: 467-483.
- Banegas J.R., López-García E., Graciani A., Guallar-Castillón P., Gutiérrez-Fisac J.L., Alonso J., et al. (2007).** Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *J Cardiovasc Risk* 14(3):456 -462.

- Barrera M. (2000).** “Social Support Research in Community Psychology.” In J. Rappaport and E. Seidman (eds.), *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Bassett C., Bassett J. (2003).** Reading and critiquing research. *British Journal of Perioperative Nursing*, 13: pp. 162-164.
- Bayliss E.A., Steiner J.F., Fernald D.H., Crane L.A., Main D.S. (2003).** Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 1(1):15-21.
- Bélanger E., Ahmed T., Vafaei A., Curcio C.L., Phillips S.P., Zunzunegui M.V. (2016).** Sources of social support associated with health and quality of life: a cross-sectional study among Canadian and Latin American older adults, *BMJ Open*, 6:e 011503.
- Bendixen R., Mann W., Tomita M. (2005).** The relationship of home range to functional status and cognitive status of frail elders. *Phys Occup Ther Geriatr* 23: 43-62.
- Benyamini Y., Leventhal H., Leventhal E.A (2004).** Self- rated oral health as an independent predictor of self-rated general health, self-esteem and life satisfaction. *SocSci& Med* 59(5): 1109-1116.
- Berg A.I., Hassing L.B., Mcclearn G.E., Johansson B. (2005).** What matter for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Ment Health* 10(3): 257-264.
- Berg A., Hassing L., Nilsson S., Johansson B. (2009).** “As long as I’m in good health.” The relationship between medical diagnoses and life satisfaction in the oldest-old. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21, 307- 313.
- Bergamini L., Burgoni M., Federzoni G., Goldoni C.A., Martini E., Neviani F., Neri M. (2007).** Multidimensional evaluation of home-dwelling elderly: the impact of medical and social factors on health status indices. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 44, 75–81.

- Berglung A., Ericsson K. (2003).** Different meanings of quality of life: a comparison between what elderly persons and geriatric staff believe is of importance. *Int J Nurs Pract* 9(2): 112-119.
- Bergner M., Bobbitt R.A., Carter W.B., et al. (1981).** The Sickness Impact Profile: development and final revision of a health status measure. *Med Care*.19:787-805.
- Berkman L., Glass T. (2000).** “Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health.” In L. F. Berkman and I. Kawachi (eds.), *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Berkman L.F., Krishna A. (2014).** Social network epidemiology. In: Berkman LF, Kawachi I, Glymour MM, eds. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press: 234–89.
- Berkman L., Glass T., Brissette I., Seeman T. (2000).** “From Social Integration to Health: Durkheim in the New Millennium.” *Social Science and Medicine*, 51, 843–857.
- Birchfield P.C. (1996).** Elder health. In Stanhope M, Lancaster J (eds) *Community health nursing. Promoting health of aggregates, families and individuals*. 4th Edition St. Louis, Mosby Year Book. P: 581.
- Bisschop I., Kriegsman D., Van Tilburg T., Penninx B., Van Eijk J., Deeg D. (2003).** The influence of differing social ties on decline in physical functioning among older people with and without chronic diseases: The Longitudinal Aging Study Amsterdam, *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol. 15: 164-173.
- Bliss D., Fischer L., Savik K., Avery M., Mark P. (2004).** The severity of fecal incontinence in elders at managed care clinic. *Res Nurs Health* 27: 162-173.
- Bliss D., Fischer L., Savik K. (2005).** Managing Fecal Incontinence: Self-Care Practices of Older Adults. *J GerontolNurs* 31: 35-44.

- Bonomi A.E., Patrick D.L., Bushnell D.M. (2000).** Validation of the United States' μ version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidem*, 53:19-23.
- Borg C., Hallberg I., Blomqvist K. (2006).** Life satisfaction among older people (65plus) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *J Clin Nurs* 15: 607-618.
- Borglin G., Jakobsson U., Edberg A.K., Hallberg I.R. (2006).** Older people in Sweden with various degrees of present quality of life: their health, social support, everyday activities and sense of coherence, *Health and Social Care in the Community*: 14(2): 136–146.
- Bowling A. (1997).** *Measuring health: A review of quality of life measurements scales.* Open University Press, UK.
- 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.
- Bowling A. (2013).** The definition and measurement of wellbeing and quality of life in mental health promotion and outcomes. In N. Mehta (Ed.), *Annual Report of the Chief Medical Officer: Public mental health priorities. Making mental health services more effective and accessible.* (pp. 287-297). London: Department of Health.
- Boyd C. M., Xue Q. L., Simpson C. F., Guralnik J. M., Fried L. P. (2005).** Frailty, hospitalization, and progression of disability in a cohort of disabled older women. *American Journal of Medicine*, 118, 1225–1231.
- Brazier J., Harper R., Jonew N., O’Cathain A., Thomas K., Usherwood T. et al. (1992).** Validating the SF-36 health survey questionnaire: New outcome measure for primary care. *Br Med J*, 305:160–164.
- Brazier J., Roberts J., Tsuchiya A., Busschbach J. (2004).** A comparison of the EQ-5D and SF-6D across seven patient groups. *Health Econ.* 13: 873–884.



- Broadhead W.E., Gehlbach S.H., de Gruy F.V., Kaplan B.H. (1988).** The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement of social support in Family Medicine patients, *Med Care*: 26(7):709-723.
- Broese Van Groenou M., Van Tilburg T. (2003).** Network size and support in old age: differentials by socio-economic status in childhood and adulthood. *Ageing & Society* 23, 625–645. Cambridge University Press.
- Broese van Groenou M., Hoogendijk E.O., Van Tilburg T.G. (2013).** Continued and new personal relationships in later life differential effects of health. *Journal of aging and health*, 25(2), 274–295.
- Brooks R., Rabin R., Charro F. (2003).** The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective. Kluwer Academic Publ, Netherlands.
- Bueno B., Navarro A.B. (2003).** Identificación de los problemas, afrontamiento y relación con la satisfacción vital en personas muy mayores [Problems, coping and relationship with the life-satisfaction in very elderly people]. *Map fre Medicina*: 14: 37-50.
- Bullinger M. (2003).** International compatibility of health interview surveys: An overview of methods and approaches. In: Noskov A, Gudex C (eds). *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press: 1-11.
- Burckhard C., Anderson K. (2003).** Health and quality of life outcomes, London.
- Burns N., Grove S. K. (2005).** The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization (5th ed.). St. Louis, Elsevier.
- Calmels P., Bethoux F., Roche G., Fayolle-Minon I., Picano-Gonard C. (2003).** Evaluation of the handicap and the quality of life in spinal cord injuries: study in a population of 58 patients living at home, *Ann of Readapt Med Physi* 46: 233–240.
- Campbell D., Russo M. (2001).** Social measurement. Sage, Thousand Oaks.

- Canty-Mitchell J., Zimet G. D. (2000).** Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *American Journal of Community Psychology*, 28, 391–400.
- Chalise H., Saito T., Takahashi M., Kai I. (2007).** Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults. *Arch Gerontol Geriatr*, 44: 299-314.
- Chalise H. (2010).** Social support and its co-relation with loneliness: a cross-cultural study of Nepalese older adults. *Aging and Human Development*, Vol. 71(2) 115-138.
- Chamboulidou I., Lambrinou E., Christoforou N., Kalogirou F., Protopapas A., Christofi P., Middleton N. (2016).** The validity of Gr-MSPSS in patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, Volume 15, Pages S74-S74.
- Chan S., Jia S., Chiu H., Chien W.T., Thompson D.R., Hu Y., Lam L. (2009).** Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support, *International Journal of Geriatric Psychiatry*: 24: 355–362.
- Chao S.Y., Liu H.Y., Wu C.Y., Jin S.F., Chu T.L., Huang T.S., Clark M.J. (2006).** The effects of group reminiscence therapy on depression, self-esteem, and life satisfaction of elderly nursing home residents. *J Nurs Res* 14: 36-45.
- Chemaitelly H., Kanaan C., Beydoun H., Chaaya M., Kanaan M., Sibai A.M. (2013).** The role of gender in the association of social capital, social support, and economic security with self-rated health among older adults in deprived communities in Beirut. *Quality of Life Research*, 22(6), 1371–1379.
- Chen Y., Hicks A., While A.E. (2014).** Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in Mainland China, *Qual Life Res*: 23: 1593–1602.

- Chen Y., While A.E., Hicks A. (2015).** Self-rated health and associated factors among older people living alone in Shanghai, *Geriatric Gerontology International*: 15: 457–464.
- Cheng S.T., Chan A. (2006).** Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science and Medicine*, 63(1), 118–122.
- Chou K.L., Chi I., Chi I. (2001).** Stressful life events and depressive symptoms: Social support and sense of control as mediators or moderators, *The International Journal of Aging and Human Development*: 52: 155-171.
- Chou C. H., Hwang C. L., Wu Y. T. (2012).** Effect of exercise on physical function, daily living activities, and quality of life in the frail older adults: A meta-analysis. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93: 237–244.
- Clark A.E., Georgellis Y. (2013).** Back to baseline in Britain: Adaptation in the British household panel survey. *Economica*, 80(319), 496–512
- Cohen S., et al. (1997).** “Social Ties and Susceptibility to the Common Cold.” *Journal of the American Medical Association*, 277, 1940–1944.
- Cohen S., Underwood L., Gottlieb B. (2000a).** *Social Support Measurement and Intervention* (eds.). New York: Oxford University Press.
- Cohen S., Gottlieb B., Underwood L. (2000b).** *Social support measurement: a guide for health and social activities*. New York: Oxford University.
- Cole M.G., Dendukuri N. (2004).** The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19:1019–1025.
- Conkin Dale J. (2005).** Critiquing research for use in practice. *J Pediatric Health Care* 19: 183–6.
- Coyle C., Dugan E. (2012).** Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24, 8, 1346–63.
- Cranford J. (2004).** “Stress-Buffering or Stress-Exacerbation? Social Support and Social Undermining as Moderators of the Relationship Between Perceived

Stress and Depressive Symptoms Among Married People.” *Personal Relationships*, 11, 23–40.

**Croezen S., Haveman-Nies A., Alvarado V.J., Veer P., Groot C.P.G.M. (2009).** Characterization of different groups of elderly according to social engagement activity patterns. *J Nutr Health Aging* 13(9):776-781.

**Cutrona C.E., Russell D. (1987).** The provisions of social relationships and adaptation to stress. In W. H. Jones & D. Perlman (Eds.) *Advances in personal relationships* Vol. 1: 37-67). Greenwich, CT: JAI Press.

**Daniilidou N., Economou C., Zavras D., John Kyriopoulos J., Georgoussi E. (2003).** Health and social care in aging population: an integrated care institution for the elderly in Greece. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 3.

**De Belvis A.G., Avolio M., Sicuro L., Rosano A., Latini E., Damiani G., Ricciardi W. (2008).** Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults, *BMC Public Health*: 8: 348.

**De Raedt R., Ponjaert-Kristoffersen I. (2006).** Self-serving as a cognitive coping strategy to deal with age-related limitations: an empirical study with elderly adults in a real-life stressful situation. *Aging Ment Health* 10: 195-203.

**Demakakos P., McMunn A., Steptoe A. (2010).** Well-being in older age: A multidimensional perspective. In J. Banks C. Lessof J. Nazroo N. Rogers M. Stafford & A. Steptoe (Eds.), *Financial circumstances, health and well-being of the older population in England: The 2008 English longitudinal study of ageing (wave 4)* (pp. 115–177). London: The Institute for Fiscal Studies.

**Deng J. L., Hu J. M., Wu W. L., Dong B. R., Wu H. M. (2010).** Subjective well-being, social support, and age-related functioning among the very old in China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(7), 697–703.

**Denyes M., Orem D., Bekel G. (2001).** Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q* 14: 28-54.

- Depp C., Jeste D.V. (2006).** Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry*, 14:6–20.
- Deshmukh P.R., Dangre A.R., Rajendran K.P., Kumar S. (2015).** Role of social, cultural and economic capitals in perceived quality of life among old age people in Kerala, India. *Indian J Palliat Care* Jan-Apr, 21(1):39-44.
- Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin, S. (1985).** The Satisfaction with Life Scale, *Journal of Personality Assessment*: 49: 71-75.
- Dolan P. (1997).** Modelling valuations for EuroQol health states. *Med Care*, 35: 1095–1108.
- Donmez L., Gokkoca Z., Dedeoglu N. (2005).** Disability and its effects on quality of life among older people living in Antalya city center, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 40: 213-223.
- Dumitrache C.G., Laura Rubio L., Rubio-Herrera R. (2016).** Perceived health status and life satisfaction in old age, and the moderating role of social support, *Aging and mental health*.
- 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. *Eur Psychol*, 8:178–191.
- Eliopoulos C. (2013).** *Gerontological Nursing*, 5th Edition. Philadelphia, Lippincott.
- Espinoza S., Walston J. D. (2005).** Frailty in older adults: insights and interventions. *Cleve Clin J Med*, 72(12), 1105- 1112.
- EuroQol group. (1990).** EuroQol: A new facility for the measurement of health related quality of life. *Health Policy* 1990, 16:199–208.
- Eurostat (2012).** Europe in figures, Eurostat yearbook. Population 2: 111-118.
- Faber A.D., Wasserman S. (2002).** Social support and social network: synthesis and review. In: Levy JA, Pescosolido BA (eds), *Social network and health*, Amsterdam: Elsevier Science: 29-72.

- Fagerström C., Holst G., Hallberg I. (2007).** Feeling hindered by health problems and functional capacity at 60 years and above. *Arch Gerontol Geriatr* 44(2): 181-201.
- Fänge A., Ivanoff S. (2009).** The home is the hub of health in very old age: findings from the ENABLE-AGE Project. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 48, 340–345.
- Farinasso A.L.C., Marques S., Rodrigues R.A.P., Haas V. (2006).** Functional capacity and referred morbidity of elderly in an area covered by the Family Health Programme. *Rev GauchaEnferm* 27(1): 45-52.
- Fayers P.M., Machin D. (2000).** *Quality of Life – Assessment, Analysis and Interpretation.* John Wiley & Sons Ltd. West Sussex England, 3-5.
- Fenny D. (2002).** Commentary on Jack Dowie “Decision validity should determine whether a generic or condition-specific HRQOL measure is used in healthcare decisions &rdquo”. *Health Economics.*11(1):13-16.
- Ferlander S. (2007).** “The Importance of Different Forms of Social Capital for Health”.*ActaSociologica*, 50, 115–128.
- Fernández–Ballesteros R. (2002).** Social support and Quality of life Among Older People in Spain, *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
- Ferrans C., Zerwic J., Wilbur J., Larson J. (2005).** Conceptual model of health-related quality of life. *J Nurs Scholarsh.* 37:336–42.
- Ferrer M., Alonso J. (1998).** The use of the Short Form (SF)-36 questionnaire for older adults, *Age Ageing*: 27(6):755 -756.
- Fleishman, J., et al. (2000).** “Coping, Conflictual Social Interactions, Social Support, and Mood Among HIV Infected Persons.” *American Journal of Community Psychology*, 28(4), 421–430.
- Friedman M.,King K. (1994).**The relationship of emotional and tangible support to psychological well-being among older women with heart failure. *Res Nurs Health*, 17(6): 433–440.

- Forbes D. (2005).** An educational programme for primary health care providers improved functional ability in older people living in the community. *Evid Based Nurs* 8: 122.
- Fothergill K., Ensminger M., Robertson J., Green K., Thorpe R., Juon H. (2011).** Effects of social integration on health: a prospective study of community engagement among African American women. *Social Science and Medicine*, 72, 2, 291–8.
- Frahm K. (2009).** Family Support and Mental Health Quality in Nursing Homes Serving Residents With Mental Health History. University of Central Florida. Orlando, Florida.
- Franks P.J., Moffatt C.J. (2001).** Health related quality of life in patients with venous ulceration: Use of the Nottingham health profile. *Quality of life research*, Vo 10, 8: 693-700.
- Franzen K., Saveman B.I., Blomqvist K. (2007).** Predictors for health related quality of life in persons 65 years or older with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 6(2): 112–120.
- Fratiglioni L. (2004).** An active and socially integrated life style in late life might protect against dementia. *Lancet Neurol*. 3: 343-53.
- Fulmer T. (1991).** The Geriatric Nurse Specialist Role: A New Model. *Nursing nManagement*, 22(3), 91- 93.
- Fulmer T. (2001).** The geriatric resource nurse: A model of caring for older patients. *American Journal of Nursing*, 102, 62.
- Fydrich T., Sommer G., Tydecks S., Brähler E. (2009).** Fragebogen zur sozialen Unterstützung (F-SozU): Normierung der Kurzform (K-14) [Social Support Questionnaire (F- SozU): Standardization of short form (K-14)] *Z Med Psych*, 18, pp. 43-48.
- Gallagher R., McKinley S., Dracup K. (2003).** Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event. *Heart Lung* 32(2): 79-87.

- Gallegos-Carrillo K., Mudgal J., Sánchez-García S., Wagner F.A., Gallo J.J., Salmerón J., García-Peña C. (2009).** Social networks and health-related quality of life: a population based study among older adults, *Salud Publica Mex*: 51: 6-13.
- Galicchio L., Hoffman S.C., Helzlsouer K.J. (2007).** The relationship between gender, social support, and health-related quality of life in a community-based study in Washington County, Maryland. *Qual Life Res* 16(5):777-786.
- Gallo J.J., Paveza G.J. (2006).** Activities of daily living and instrumental activities of daily living assessment. In J.J. Gallo, H.R. Bogner, T. Fulmer, & G.J. Paveza (Eds.), *Handbook of Geriatric Assessment* (4th ed., pp. 193-240). MA: Jones and Bartlett Publishers.
- Gana K., Bailly N., Saada Y., Joulain M., Alaphilippe D. (2013).** Does life satisfaction change in old age: Results from an 8-year Longitudinal Study. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 68, 540-552.
- Garcia E.L., Banegas J.R., Perez-Regadera A.G., et al. (2005).** Social network and health-related quality of life in older adults: a populationbased study in Spain. *Qual Life Res* 14:511– 520.
- Garyfallos G., Karastergiou A., Adamopoulou A., Moutzoukis C., Alagiozidou E., Mala D., Garyfallos A. (1991).** *Acta Psychiatr Scand*. Oct. 84(4): 371-8.
- George L. K. (2010).** Still happy after all these years: Research frontiers on subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 65B, 331-339.
- Gerson L., Berg J. (2004).** Enhancing Self-Care in Community Dwelling Older Adults. *Geriatr Nurs* 25(5): 272-276.
- Giannakouris K. (2008).** Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Population and social conditions. Eurostat, *Statistics in focus*, 72/2008.



- Gill T., Allore H., Guo Z. (2004).** The deleterious effects of bed rest among Community living older person. *J Gerontol* 59(7): 755-761.
- Golden J., Conroy R.M., Bruce I., Denihan A., Greene E., Kirby M. et al. (2009).** Loneliness, social support Networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Gow A.J., Pattie A., Whiteman M.C., Whalley L.J., Deary I.J. (2007).** Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction, *Journal of Individual Differences*: 28: 103-115.
- Granger C.V., Albrecht G.L., Hamilton B.B. (1979).** Outcome of comprehensive medical rehabilitation: Measurement by PULSES profile and the Barthel Index, *Arch Physic Medic Rehab*: 60: 145–15.
- Greve W., Staudinger U.M. (2006).** Resilience in later adulthood and old age: Resources and potential for successful aging. In D. Cicchetti & D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (2nd ed., pp. 796\_840) Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Grindley E., Zizzi S. (2005).** Using a Multidimensional Approach to Predict Motivation and Adherence to Rehabilitation in Older Adults. *Top in Geriatr Rehabil* 21(3): 182-193.
- Hagberg M., Hagberg B., Saveman B.I. (2004).** The significance of personality factors for various dimensions of life quality among older people. *Ageing & Ment Health* 6(2): 178-185.
- Hajek A., Brettschneider C., Lange C., Posselt T., Wiese B., Steinmann S., Weyerer S., Werle J., Pentzek M., Fuchs A., Stein J., Luck T., Bicke H., Mösch E., Wolfsgruber S., Hesel K., Maier W., Scherer M., Riedel-Heller S.G., König H.H. (2016).** Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany, *Qual Life Res*: 25:1159–1168.

- Hansen T., Slagsvold B. (2012).** The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. *Norsk Epidemiologi*, 22, 187-195.
- Hardy S., Dubin J., Holford T., Gill T. (2005).** Transitions between States of Disability and Independence among Older Persons. *Am J Epidemiol* 161: 575-84.
- Harper S. (2006).** Chapter 11: Mature societies: Planning for our future selves. In S. Harper (Ed.), *Ageing Societies: Myths, Challenges and Opportunities* (pp. 271–299). London: Hodder Arnold.
- Hatfield J.P., Hirsch J.K., Lyness J.M. (2013).** Functional impairment, illness burden, and depressive symptoms in older adults: Does type of social relationship matter? *International Journal of Geriatric Psychiatry*: 28: 190-198.
- Hawe P., Shiell A. (2000).** «Social capital and health promotion: A review», *Social Science and Medicine*: vol. 51: no 6: 871- 885.
- Haywood K., Garratt A., Fitzpatrick R. (2006).** Quality of life in older people: a structured review of self-assessed health instruments. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 6:181–94.
- Heikkinen R.L., Kauppinen M. (2004).** Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 239-250.
- Hellström Y., Hallberg I. (2001).** Perspective of elderly people receiving home help, care and quality of life. *Health Soc Care Community* 9: 61–71.
- Helström Y., Persson G., Hallberg I. (2004).** Quality of life and symptoms among older people living at home. *J Adv Nurs* 48: 584-593.
- Henderson S., Duncan-Jones P., Byrne D.G., et al. (1980).** Measuring social relationships. The Interview Schedule for Social Interaction. *Psychol Med*, 10(4): 723–734.
- Hewitt B., Turrell G., Giskes K. (2012).** Marital loss, mental health and the role of perceived social support: Findings from six waves of an Australian

population based panel study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4), 308–314.

**Higgs P., Hyde M., Wiggins R., Blane D. (2003).** Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration*, 37, 239-252.

**Holland R., Smith R., Harvey I., Swift L., Lenaghan E. (2004).** Assessing quality of life in the elderly: a direct comparison of the EQ-5D and AQoL. *Health Econ.* 13: 793–805.

**Holmén K., Furukawa H. (2002).** Loneliness, health and social network among elderly people: A follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*, 35: 261-274.

**Holmes D., Chen W., Feskanich D., Kroenke C., Colditz G. (2005).** Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 293: 2479-86.

**Holt-Lunstad J., Smith T. B., Layton J. B. (2010).** Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7).

**Hsu H., Tung H. (2010).** What makes you good and happy? Effects of internal and external resources to adaptation and psychological wellbeing for the disabled elderly in Taiwan. *Aging & Mental Health*, 14, 851- 860.

**Huang J. Q., Chen Q. E., Shu X. F. (2005).** A study on the relationship between quality of life and social support of elder in community. *Chinese Journal of Behavioral Medicine Science*, 14(8), 725–726.

**Hughes M.E., Waite L.J. (2002).** Health in household context: living arrangements and health in late middle age. *J Health Soc Behav.* 43:1-21.

**Hunt S. M., McKenna S. P., McEwen J., Williams J., Papp E. (1981).** The Nottingham Health Profile: Subjective health status and medical consultations. *Social Science & Medicine*, 15A, 221–229.

**Hwang H., Lin H., Tung Y., Wu H. (2006).** Correlates of perceived autonomy among elders in a senior citizen home: A cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud* 43: 429-37.

- Hyde M., Wiggins R.D., Higgs P., Blane D.B. (2003).** A measure of quality of life in early old age: the theory, development and properties of a needs satisfaction model (CASP-19). *Aging Mental Health*. 7(3):186-94.
- Jakobsson U., Hallberg I., Westgreen A. (2004).** Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *Qual Life Res* 13: 126-136.
- Jenkinson C., Wright L., Coulter A. (1994).** Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Qual Life Res*, 3:7–12.
- Jenkins A. (2011).** Participation in learning and wellbeing among older adults. *International Journal of Lifelong Education*, 30, 3: 403–20.
- Jivraj S., Nazroo J., Barnes M. (2016).** Short- and long-term determinants of social detachment in later life. *Ageing & Society* 36: 924-945.
- Juvani S., Isola A., Kyngäs H. (2005).** The Northern physical environment and the wellbeing of the elderly aged over 65 years. *Int J Circumpolar Health* 64(3): 246-256.
- Kafetsios K. (2002).** Social support and well-being in contemporary greek society: Examination of multiple indicators at different levels of analysis.
- Kahn R.L. (1979).** Aging and social support. In *Aging from Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives* (Riley M ed.). Westview Press, Boulder, CO, 70– 91.
- Kahn J. H., Hessling R. M., Russell D.W. (2003).** Social support, health, and well-being among the elderly: What is the role of negative affectivity? *Personality and Individual Differences*, 35: 5–17.
- Kamper A., Stott D., Hyland M., Murray H., Ford I. (2005).** Predictors of functional decline in elderly people with vascular risk factors or disease. *Age Ageing* 34(5): 450-455.

- Kang Y., Kim M., Lee E. (2008).** The Relationship of Perceived Health Status, Activities of Daily Living and Nutrition Status in the Community-Dwelling Korean Elderly. *J Korean Acad Nurs.* 38(1):122-130.
- Kastumata Y., Arai A. (2006).** Nonlinear association of higher-level functional capacity with the incidence of falls in Japan. *Am J Phys Med Rehabil* 85(8): 688-93.
- Kawamoto R., Yoshida O., Oka Y., Kodama A. (2005).** Influence of living alone on emotional well-being in community dwelling elderly persons. *Geriatrics and Gerontology International*, 5, 152–158.
- Kempen G., Ranchor A., van Sonderen E., van Jaarsveld C., Sanderman R. (2006).** Risk and protective factors of different functional trajectories in older persons: Are these the same? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 61(2): 95-101.
- Khanna D., Tsevat J. (2007).** Health-related quality of life- an introduction. *Am J Manag Care.* 13 Suppl 9: 218–23.
- Kharicha K., Iliffe S., Harari D., Swift C., Gillmann G., Struck A. (2007).** Health risk appraisal in older people: are older people living alone an “at-risk” group? *Br J Gen Pract.* 537:271-276.
- Kim H.K., Hisata M., Kai I., Lee S.K. (2000).** Social support exchange and quality of life among the Korean elderly, *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 15: 331-347.
- Kim S., Jeon E., Kim K., Sok S. (2006).** Comparison of health-promoting behaviors of non-institutionalized and institutionalized older adults in Korea. *Journal of Nursing Scholarship* 38, 31–35.
- Kim C. (2007).** The Relationship of family support, health perception, nutritional status and depression in elders. *Journal of Korean Gerontological Nursing* 9, 14–21.
- Kim J., Kim M., Kim J. (2013).** Social activities and health of Korean elderly women by age groups. *Educational Gerontology*, 39, 9, 640–54.

- Kind P., Dolan P., Gudex C., Williams A. (1998).** Variations in population health status: Results from a United Kingdom national questionnaire survey. *Br Med J*, 316:736–741.
- Kirkevold M. (2002).** Forebyggende og helsefremmende arbeid blant skrapelige gamle - sentralsykepleieoppgaver eller spill av tid? (Health prevention and health promotion to frail elderly: important tasks in nursing or waste of time?). *Tidsskr Sygepl*, 18: 31–35.
- Kivinen P., Halonen P., Eronen M., Nissinen A. (1998).** Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the seven countries study. *Age and Ageing* 27: 41- 47.
- Klavestrand J., Vingard E. (2009).** The relationship between physical activity and health-related quality of life: a systematic review and current evidence. *Scand. J. Med. Sci. Sports* 19, 300–312.
- Kliem S., Möble T., Rehbein F., Hellmann D.F., Zenger M., Brähle E. (2015).** A brief form of the Perceived Social Support Questionnaire (F-Soz U) was developed, validated, and standardized, *Journal of Clinical Epidemiology*: 68(5): 551–562.
- Kobentar R. (2004).** Socialni odnosi v starosti. *Prepletanja* 11: 7-9.
- Kono A., Kanagawa G. (2000).** Functional changes in one year and related factors among community-dwelling frail elderly. *Nippon Ketsueki Gakkai Zasshi* 47 (6): 508-16.
- Kontodimopoulos N., Pappa E., Niakas D., Yfantopoulos J., Dimitrakaki C., Tountas Y. (2008).** Validity of the EuroQoL (EQ-5D) Instrument in a Greek General Population. *Value in Health*, 11, No 7: 1162-1169.
- Kotkamp-Mothes N., Slawinsky D., Hindermann S., Strauss B. (2005).** Coping and psychological wellbeing in families of elderly cancer patients. *Critical Reviews in Oncology/Hematology* 55, 213–229.
- Kouvonen A., Swift J., Stafford M., Cox T., Vahtera J., Väänänen A., Heponiemi T., De Vogli R., Griffiths A., Kivimäki M. (2012).** Social participation and

maintaining recommended waist circumference: prospective evidence from the English Longitudinal Study of Aging. *Journal of Aging and Health*, 24, 2, 250–68.

**Kutzleb J., Reiner D. (2006).** The impact of nurse-directed patient on quality of life and functional capacity in people with heart failure. *J Am Acad Nurse Prac* 18(3): 116123.

**Lang F.R. (2001).** Regulation of social relationships in later adulthood. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56(6), 321-326.

**Lee J. J. (2005).** An exploratory study on the quality of life of older Chinese people living alone in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 71(1–3), 335–361.

**Lee T. W., Ko I. S., Lee K. J. (2006).** Health promotion behaviors and quality of life among community-dwelling elderly in Korea: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 43(3), 293–300.

**Lehtola S., Koistinen P., Luukinen H. (2006).** Falls and injurious falls late in home – dwelling life. *Arch GerontolGeriatr* 42: 217-24.

**Leinonen R., Hekkinen E., Jylhä M. (2001).** Predictors of decline in self-assessments of health among older people- a 5-year longitudinal study. *So Sci Med* 52(9): 1329-1341.

**Leung K., Chen C., Lue B., Hsu S. (2007).** Social support and family functioning on psychological symptoms in elderly Chinese. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 44, 203–213.

**Levin L. (1979).** Self-care, new challenge to individual health. *J Am Coll Health Assoc.* 28: 117–20.

**Liao J., Brunner E.J. (2016).** Structural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults: does chronic disease status matter, *Qual Life Res*: 25: 153–164.

- Lim M.K., Kim M.H., Shin Y.J., Yoo W.S., Yang B.M. (2003).** Social support and self-rated health status in a low income neighborhood of Seoul, Korea. *Korean J Prev Med* 2003, 36:54-62.
- Lim J.W., Zebrack B. (2008).** Different pathways in social support and quality of life between Korean American and Korean breast and gynecological cancer survivors. *Qual Life Res* 2008, 17:679-689.
- Lin P.C., Yen M. F., Fetzer S. J. (2008).** Quality of life in elders living alone in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1610–1617.
- Lin C.F., Wang C.Y., Bai C.H. (2011).** Polypharmacy, aging and potential drug-drug interactions in outpatients in Taiwan. *Drugs Aging* 28(3):219-225.
- Litwin H. (2010).** Social networks and well-being: a comparison of older people in Mediterranean and non-Mediterranean countries. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 65B:599–608.
- Lofvenmark C., Mattiasson A.C., Billing E., et al. (2009).** Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs* 8(4): 251–258.
- Lopez M., Delmore B., Ake J., Kim Y., Golden P., Bier J., Fulmer T. (2002).** Implementing a Geriatric Resource Nurse Model. *Journal of Nursing Administration*, 32(11), 577-585.
- Luhmann M., Hofmann W., Eid M., Lucas R.E. (2012).** Subjective well-being and adaptation to life events: A metaanalysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(3), 592–615.
- Lund R., Due P., Modvig J., Holsetin B.E., Damsgaard M.T., Andersen P.K. (2002).** Cohabitation and marital status as predictors of mortality: an eight year follow-up study. *Soc Sci Med*. 55:673-679.
- Lyyra T., Heikkinen R. (2006).** Perceived social support and mortality in older people. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences & Social Sciences* 61, 147–152.



- Magnan M. (2004).** The effects of fatigue-related self-care methods and strategies used by radiation oncology patients. *Self-care and Depended Care Nursing* 12(3): 12-21.
- Mahoney F., Barthel D. (1965).** Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med. J*, 14: 61–65.
- McAuley E., Blissmer B., Marquez D., Jerome G., Kramer A. (2000).** Social relations, physical activity, and well-being in older adults. *Prev Med* 31(5): 608-617.
- McKevitt C., Redfern J., La-Placa V., Wolfe C. (2003).** Defining and using quality of life: a survey of health care professionals. *Clin Rehabil* 17: 865-70.
- McLeroy K., Gottlieb N., Heaney C. (2001).** “Social Health.” In M. P. O’Donnell and J. S. Harris (eds.), *Health Promotion in the Workplace*. (3rd ed). Albany, New York: Delmar.
- Melchior M., Berkman L. F., Niedhammer I., Chea M., Goldberg M. (2003).** Social relations and self-reported health: A prospective analysis of the French Gazel cohort. *Social Science and Medicine*, 56(8), 1817–1830.
- Michael Y.L., Berkman L.F., Colditz G.A., Kawachi I. (2001).** Living arrangements, social integration, and change in functional health status. *Am J Epidemiol.* 153: 123-131.
- Morgan S.L., Winship C. (2014).** *Counterfactuals and causal inference*. New York: Cambridge University Press.
- Munn Z., Moola S., Lisy K., Riitano D., Tufanaru C. (2015).** Methodological guidance for systematic reviews of observational epidemiological studies reporting prevalence and cumulative incidence data, Faculty of Health Sciences, The Joanna Briggs Institute, The University of Adelaide, *International Journal of Evidence-Based Healthcare*: 13: 147-153.
- Murberg T.A., Bru E. (2001).** Social relationships and mortality in patients with congestive heart failure. *J Psychosom Res*, 51: 521–527.

- Mystakidou K., Tsilika E., Parpa E., Mitropoulou E., Panagiotou I., Galanos A., Gouliamos A. (2013).** Activities of daily living in Greek cancer patients treated in a palliative care unit. *Support Care Cancer*, 21: 97–105.
- Mystakidou K., Parpa E., Tsilika E., Panagiotou I., Roumeliotou A., Symeonidi M., Galanos A., Kouvaris I. (2013).** Evaluation of instrumental activities of daily living in Greek patients with advanced cancer. *International Journal of Rehabilitation Research*, 36: 75–80.
- Naumann V.J., Byrne G.A. (2004).** WHOQOL-BREF as a measure of quality of life in older patients with depression. *Int Psychogeriatr* 16: 159–173.
- Naylor M.D., Hirschman K.B., Hanlon A.L., Katherine M., Abbott K.M., Bowles K.H., Foust J., Shah S., Zubritsky C. (2016).** Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports, *JAMDA*: 17: 44-52.
- Netuveli G., Wiggins R.D., Hildon Z., Montgomery S.M., Blane D. (2005).** Functional limitation in long standing illness and quality of life: Evidence from a national survey. *BMJ*, 331(7529), 1382–1383.
- Netuveli G., Pikhart H., Bobak M., Blane D. (2012).** Generic quality of life predicts all-cause mortality in the short term: Evidence from British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(10), 962–966.
- Nicolaou C., Kouta C., Papathanassoglou E., Middleton N. (2015).** Cross-Cultural Applicability of the Medical Outcomes Study – Social Support Survey as a Measure of Perceived Social Support among Greek-Cypriot Mothers. *Int J Epidemiol* (2015) 44 (suppl\_1).
- Ocampo J.M. (2010).** Self-rated health: importance of use in elderly adults. *Colomb Med*, 41: 275–289.
- Oetzel J., Duran B., Jiang Y., Lucero J. (2007).** “Social Support and Social Undermining as Correlates for Alcohol, Drug, and Mental Disorders in American Indian Women Presenting for Primary Care at an Indian Health Service Hospital.” *Journal of Health Communication*, 12, 187–206.

- Okamoto K., Tanaka Y. (2004).** Gender differences in the relationship between social support and subjective health among elderly persons in Japan. *Preventive Medicine*, 38(3), 318–322.
- Okkonen E., Vanhanen H. (2006).** Family support, living alone and subjective health of a patient in connection with a coronary artery bypass surgery. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care* 35, 234–244.
- Orem D., Taylor S., McLaughlin K. (2001).** *Nursing: concepts of practice*. St. Louis. Mosby.
- Orfila F., Ferrer, M., Lamarca R., & Alonso J. (2000).** Evolution of self-rated health status in the elderly: Cross-sectional versus longitudinal estimates. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 563–570.
- Orfila F., Ferrer M., Lamarca R., Tebe C., Domingo-Salvany A., Alonso J. (2006).** Gender differences in health-related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic condition. *Social Science and Medicine*, 63(9): 2367-2380.
- Ouwehand C., de Ridder D.T., Bensing J.M. (2007).** A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 873–884.
- Ovid Aquero-Torres HAB, Hillerås P., Winblad Bengt (2001).** Disability in activities of daily living among the elderly. *Curr Opin Psychiatry* 14: 355-359.
- Öz F. (2002).** Last stage of life: old age, a psychosocial view. *KrizDergisi* 10 (2): 17-28.
- Ozcan A., Donat H., Geleck N., Ozdirenc M., Karadibak D. (2005).** The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health* 5: 90.
- Parissopoulos S., Kotzabassaki S. (2004).** Orem's self-care Theory, transactional analysis and the management of elderly rehabilitation. *ICUS and Nursing J* 17, 1-11.

- Park K.H., Lee Y.H. (2007).** Association of social support and social activity with physical functioning in older persons. *J Prev Med Public Health*, 40:137-144.
- Parkerson G.R. Jr , Broadhead W.E., Tse C.K. (1991).** Validation of the Duke Social Support and Stress Scale. *Family Medicine*, 23(5):357-360.
- Paskulin L., Vianna L., Molzahn A. E. (2009).** Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, 56(1), 109–115.
- Patrick B., Erickson P. (1993).** Health status and health policy. Allocating resources to health care. Oxford University Press, Oxford.
- Pearson V. (2000).** Assessment of function. In R. Kane, & R. Kane (Eds.), *Assessing Older Persons. Measures, Meaning and Practical Applications* (pp. 17-48). New York: Oxford University Press.
- Pender N., Murdaugh C., Parsons M. (2011).** *Health Promotion in Nursing Practice* (6th ed.). Boston, MA: Pearson.
- Peruzza S., Sergi G., Vianello A., Pisent C., Tiozzo F., Manzan A., Coin A., Inelmen E., Enzi G. (2003).** Chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in elderly subjects: impact on functional status and quality of life. *Respir Med* 97: 612-617.
- Pfaff J. (2002).** The Geriatric Resource Nurse Model: A culture change. *Geriatric Nursing*, 23(3), 140-144.
- Phillips DR., Siu O.L., Yeh A.G.O., Cheng K.H.C. (2005).** The impacts of dwelling conditions on older persons' psychological well-being in Hong Kong: the mediating role of residential satisfaction. *Social Science & Medicine* 60, 2785–2797.
- Picavet H., Hoeymans N. (2002).** Physical disability in The Netherlands: prevalence, risk groups and time trends. *Public Health* 116: 231-7.
- Pietilä A., Tervo A. (1998).** Elderly Finnish people's experiences with coping at home. *International Journal of Nursing Practice* 4, 19–24.

- Pinquart M., Sorensen S. (2000).** Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 15, 187-224.
- Ploeg J., Brazil K., Hutchison B., Kaczorowski J., Dalby D. M., Goldsmith C. H., et al. (2010).** Effect of preventive primary care outreach on health related quality of life among older adults at risk of functional decline: Randomised controlled trial. *BMJ*,16(340), c1480.
- Polit D., Beck C. (2006).** *Essentials of Nursing Care: Methods, Appraisal and Utilization.* 6<sup>th</sup> Edition. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia.
- Prus S.G., Gee E. (2003).** Gender differences in the influence of economic, lifestyle, and psychosocial factors on later-life health. *Canadian Journal of Public Health*, 94(4), 306–309.
- Rafnsson S.B., Shankar A., Steptoe A. (2015).** Longitudinal influences of social network characteristics on subjective wellbeing of older adults: findings from the ELSA study, *Journal of Aging and Health*, Vol. 27(5) 919–934.
- Rapkin B., Schwartz C. (2004).** Toward a theoretical model of quality of-life appraisal: implications of findings from studies of response shift. *Health and Quality of Life Outcomes*.2:14-18.
- Resnick B. (2003).** Health promotion practices of older adults: model testing. *Public Health Nursing* 20, 2–12.
- Reuben D. B. (2009).** Better ways to care for older persons: is anybody listening? *J Am Geriatr Soc*, 57(12), 2348-2349.
- Roberto K., Jarrott S. (2008).** Family caregivers of older adults: A life span perspective. *Family Relations*. 57: 100–111.
- Rockwood K., Song X., MacKnight C., Bergman H., Hogan D. B., McDowell I., Mitnitski A. (2005).** A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489-495.
- Rode N. (2005).** Translation of Measurement Instruments and their Reliability: An Example of Job-Related Affective Well-being Scale. *Methodolzv* 2(1): 15-26.

- Rosa T., Benicio M., Latorre M., Mdo R., Ramos L. (2003).** Determinant factors of functional status among elderly. *Rev Saude Publica* 37(1): 40–48.
- Rousou E., Kouta C., Middleton N. (2016).** Association of social support and socio-demographic characteristics with poor self-rated health and depressive symptomatology among single mothers in Cyprus: a descriptive cross-sectional study. *BMC Nursing*, 15:15.
- Rudolf R., Kang S.J. (2014).** Lags and leads in life satisfaction in Korea: When gender matters. *Feminist Economics*, 21(1), 136–163.
- Sá S.P.C., Caldas C.P., Rezende LK. (2016).** Analysis of the elderly family care concept, *Journal of Nursing UFPE on line*, Recife, 10(7): 2737-45.
- Saczynski J.S., Pfeifer L.A., Masaki K., Korf E.S., Laurin D., White L., et al. (2006).** The effect of social engagement on incident dementia the Honolulu-Asia aging study. *American Journal of Epidemiology*, 163(5), 433–440.
- Saito E., Sagawa Y., Kanagawa K. (2005).** Social support as a predictor of health status among older adults living alone in Japan. *Nursing & Health Sciences* 7, 29–36.
- Sapsford R. (2007).** *Survey Research* (second edition). London: Sage.
- Sarason I.G., Levine H.M., Basham R.B. et al. (1983).** Assessing social support: The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127-139.
- Sazlina S.G., Zaiton A., NorAfiah M.Z., Hayati K.S. (2012).** Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging: Volume 16: No 5: 498-502.*
- Schreurs K., Ridder D., Bensing J. (2000).** A one year study of coping, social support and quality of life in parkinson's disease. *Journal Psychology & Health* Vol. 15, 109-121.
- Schwarzer C., Buchwald P. (2004).** Social support. *Encyclopedia of Applied Psychology* 3, 435–441.

- Seeman T.E., Berkman L.F. (1988).** Structure characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support?, *Soc Sci Med*: 7: 737-49.
- Sergi G., Rui M.D., Sarti S. et al. (2011).** Polypharmacy in the Elderly. *Drugs & Aging* 28, 7: 509-518.
- Settersten J., Richard A. (2002).** Social sources of meaning in later life. In R. A. Weiss & S. A. Bass (Eds.), *Challenges of the third age: Meaning and purpose in later life* (pp. 55–79). New York: Oxford University Press.
- Shankar A., Hamer M., McMunn A., Steptoe A. (2013).** Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75, 161- 170.
- Sherbourne C., Stewart A. (1991).** The MOS social support survey. *Social Science & Medicine* 32(6), 705-714.
- Shin J.K., Kim K.W., Park J.H., Lee J.J., Huh Y., Lee S.B., Choi E.A., Lee D.Y., Woo J.I. (2008).** Impacts of poor social support on general health status in community-dwelling Korean elderly: the results from the Korean longitudinal study on health and aging, *Official Journal of Korean Neuropsychiatric Association*: 5:155-162.
- Shin S.H., Sok S.R. (2012).** A comparison of the factors influencing life satisfaction between Korean older people living with family and living alone. *International Nursing Review* 59(2): 252-258.
- Shippee T.P., Henning-Smith C., Kane R., Lewis T. (2015).** Resident- and facility-level predictors of quality of life in long-term care. *Gerontologist*. 55: 643-655.
- Shmuelly Y., Baumgarten M., Rovner B., Berlin J. (2001).** Predictors of improvement in health-related quality of life among elderly patients with depression. *Int Psychogeriatr* 13: 63–73.

- Shouse J.N., Rowe S.V., Mast B.T. (2013).** Depression and cognitive functioning as predictors of social network size. *Clinical Gerontologist*, 36(2), 147–161.
- Shyu Y.I., Tang W.R., Tsai W.C., Liang J., Chen M.C. (2006).** Emotional support levels can predict physical functioning and health related quality of life among elderly Taiwanese with hip fractures. *Osteoporos Int* 2006, 17:501-506.
- Silver C.B. (2003).** Gendered identities in old age: Toward (de) gendering? *Journal of aging studies*, 17(4), 379–397.
- Sim J., Bartlam B., Bernard M. (2011).** The CASP-19 as a measure of quality of life in old age: Evaluation of its use in a retirement community. *Quality of Life Research*, 7: 997–1004.
- Sintonen H. (2001).** Comparing properties of the 15D and the EQ-5D in measuring health-related quality of life. *Archive of Hellenic Medicine*, 18(2):156-160.
- Sloan F. (1996).** Valuing health care. Cambridge University Press, Cambridge.
- Sloane P.D., Zimmerman S., Williams C.S., et al. (2005).** Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist*. 45: 37- 49.
- Söderhamn O. (2001).** Health and the internal Structure of the self-care Ability Scale for the elderly (SASE). *Scand J Occup Ther* 8(2): 67-71.
- Sok S.R., Yun E.K. (2011).** A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviors between aged living alone and living with family in Korea, *Journal of Clinical Nursing*.
- Song R. (2001).** A Study on perceived family support, mental health and life satisfaction of the elderly. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10, 473–483.
- Sousa K. (1999).** Description of a health-related quality of life conceptual model. *Outcomes Manag Nurs Pract*. 3:78–82.
- Stephens C., Alpass F., Towers A., Stevenson B. (2011).** The effects of types of social networks, perceived social support and loneliness on the health of



older people: accounting for the social context. *Journal of Aging and Health*, 23, 6, 887–911.

**Steptoe A., Breeze E., Banks J., Nazroo J. (2013).** Cohort profile: The English Longitudinal Study of Ageing. *International Journal of Epidemiology*, 42, 1640-1648.

**Stineman M., Ross R., Maislin G. (2005).** Functional status measures for integrating medical and social care. *Int J Integr Care* 5: <http://www.ijic.org/publish/articles/000236/article.pdf>.

**Strandmark K. (2004).** Ill health is powerlessness – a phenomenological study about worthlessness, limitation and suffering. *Scand J Caring Sci* 18(2): 135-144.

**Strandmark K. (2006).** Health means vital force – a phenomenological study on selfimage, ability and zest for life. *Vard I Norden* 79: 42–47.

**Suzuki M., Ohyama N., Yamada K., Kanamari M. (2002).** The relationship between fear of falling, activities of daily living and quality of life among elderly individuals. *Nurs Health Sci* 4: 155-61.

**Szanton S. L., Thorpe R. J., Boyd C., Tanner E. K., Leff B., Agree E., et al. (2011).** Community aging in place, advancing better living for elders: A bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 2314–2320.

**Tarkka M.T., Paavilainen E., Lehti K., Åstedt-Kurki P. (2003).** In-hospital social support for families of heart patients. *Journal of Clinical Nursing* 12, 736–743.

**Taylor M.G., Lynch S.M. (2004).** Trajectories of impairment, social support and depressive symptoms in later life. *The Journals of Gerontology*, 59B, S238-S246.

**Testa M., Simonson D.(1996).** Assessment of quality of life outcomes. *N. Engl. J. Med.* 334, 835–840.

- Theofanidis D. (2016).** Validation of international stroke scales for use by nurses in Greek settings. *Topics in Stroke Rehabilitation*, DOI: 10.1080/10749357.2016.1238136.
- Thommasen H.V., Zhang W. (2006).** Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *Rural Remote Health* 6:528.
- Thomas P. (2011).** Gender, social engagement and limitations in late life. *Social Science and Medicine*, 73, 9, 1428–35.
- Toljamo M., Hentinen M. (2001).** Adherence to self-care and social support. *J Clin Nurs* 10(5): 618-627.
- Tomaka J., Thompson S., Palacios R. (2006).** The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly, *Journal of aging and health*: Vol. 18: No. 3: 359-384.
- Tomey A., Alligood M. (2002).** *Nursing theorists and their work* (5th ed.). St. Louis. Mosby.
- Torrance G. (1976).** Social preferences for health states: An empirical evaluation of three measurement techniques. *Socioeconomic Planning Sciences*, 10:129–136.
- Toye C., White K., Rooksby K. (2006).** Fatigue in frail elderly people. *Int J Palliat Nurs* 12(5): 202-8.
- Turner J.T., Lee V., Fletcher K., Hudson K., Barton D. (2001).** Measuring quality of care with an inpatient elderly population: The geriatric resource nurse model. *Journal of Gerontological Nursing*, 27(3), 8-18.
- Umberson D., Karas M.G. (2010).** Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy, *Journal of Health and Social Behavior*, *American Sociological Association*: 51: 54–66.
- United Nations (2011).** United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: The 2010 Revision, Volume I: Comprehensive Tables*. ST/ESA/SER.A/313.

- Unsar S., Erol O., Sut N. (2016).** Social support and quality of life among older adults, *International Journal of Caring Sciences*, January – April: Volume 9: Issue 1: 249.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2000).** “Healthy People 2010: Understanding and Improving Health” ([http://www. healthy people.gov/Document/ tableofcontents. htm#under](http://www.healthy-people.gov/Document/tableofcontents.htm#under)). Προσπελάστηκε στις 30 Οκτωβρίου 2016.
- Vaughan L., Giovanello K. (2010).** Executive function in daily life: age-related influences of executive processes on instrumental activities of daily living. *Psychol Aging*. 25:343–355.
- Verropoulou G. (2012).** Determinants of change in self-rated health among older adults in Europe: a longitudinal perspective based on SHARE data. *Eur J Ageing*, 9: 305–318.
- Vidalis A., Syngelakis M. et al. (2002).** The Greek version of the Nottingham Health Profile: features and adaptation. *Hippokratia* 6(suppl1): 79-82.
- Vozikaki M., Linardakis M., Micheli K., Philalithis A. (2016).** Activity Participation and Well-Being Among European Adults Aged 65 years and Older. Springer Science+Business Media Dordrecht.
- Wada T., Ishine M., Sakagami T., et al. (2004).** Depression in Japanese community-dwelling older- Prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr* 39: 15–23.
- Walen H. R., Lachman M. E. (2000).** Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1), 5–30.
- Walker A.E. (2007).** Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illness* 3(3):202 -218.
- Ware J.E., Sherbourne C.D. (1992).** The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30(6):473-83.

- Ware J., Kosinski M., Keller S.D. (1996).** A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity, *Med Care* : 34: 220-233.
- Warner L.M., Ziegelmann J.P., SchüzB., Wurm S., TeschRömer C., Schwarzer R. (2011).** Maintaining autonomy despite multimorbidity: Self-efficacy and the two faces of social support. *European Journal of Ageing*, 8(1), 3–12.
- Wenger G., Burholt W. (2003).** Changes in levels of social isolation and loneliness among Older People in a Rural Area – A 20-Year Longitudinal Study. Bangor CSPRD, University of Wales.
- White A.M., Philogene S., Fine L., Sinha S. (2009).** Social support and self-reported health status of older adults in the United States, *American Journal of Public Health*: Vol 99: No. 10.
- Wiggins R.D., Higgs P.F., Hyde M., Blane D.B. (2004).** Quality of life in the third age: Key predictors of the CASP-19 measure. *Ageing and Society*, 24(05), 693–708.
- William L. (2004).** The utility of self-care theory as a theoretical basis for self-neglect. *J of Adv Nurs* 34(4): 545-551.
- Wilson I., Cleary P. (1995).** Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 273: 59–65.
- Wood M.J., Ross-Kerr J.C., Brink P.J. (2006).** *Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal*. 6<sup>th</sup> Edition. Jones and Bartlett, Sudbury.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1998).** Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment, *Psychologic Med*: 28: 551–558.
- World Health Organisation (2006).** WHOQOL-OLD, Manual. European Office, Copenhagen.

- Xiao S.Y. (1999).** The Social Support Rate Scale. In X. D. Ma, X. L. Wang, & H. Ma (Eds.), *The handbook of Mental Health Rating Scales: 127–131*. Beijing. Chinese Mental Health Journal Press.
- Yahaya N., Abdullah S. S., Momtaz Y. A., Hamid T. A. (2010).** Quality of life of older Malaysians living alone. *Educational Gerontology*, 36(10–11), 893–906.
- Yfantopoulos J. (1998).** The Greek translation and validation of the EuroQol quality of life instrument. In: Greiner W, Graf von den Schulenburg JM, Piercy J (eds) *Plenary Meeting, Discussion Papers*, University of Hannover, Hannover, 100–111.
- Yfantopoulos J. (2001a).** Health-related quality of life. Part I and II. Guest Editor Yfantopoulos J. *Arch Hellen Med*, (18, 19).
- Yfantopoulos J. (2001b).** The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument. *Arch Hellen Med* 2001, 18: 180–191.
- Yin D., Lu J., An HLM. (2007).** Approach to the individual and regional level determinants of activities of daily living of the oldest old in China. *Popul Res*. 31:60-69.
- Young Y., Frick K.D., Phelan E.A. (2009).** Can successful aging and chronic illness coexist in the same individual? A multidimensional concept of successful aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(2), 87–92.
- Yu D.S., Lee D.T., Woo J. (2004).** Health-related quality of life in elderly Chinese patients with heart failure. *Res Nurs Health*, 27(5): 332–344.
- Zhang J. P., Huang H. S., Ye M., Zeng H. (2008).** Factors influencing the subjective wellbeing (SWB) in a sample of older adults in an economically depressed area of China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 46(3), 335–347.
- Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. (1988).** The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30–41.

**Zunzunegui M.V., Alvarado B.E., Del Ser T., Otero A. (2003).** Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences*, 58(2), 93-100.

**Zwi A.B., Yacht D. (2002).** International health in the 21st century: trends and challenges. *Social Science and Medicine*, 54:1615-1620.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Βάρβογλη Α. (2006).** «Μοναξιά- τα αδιέξοδα της τρίτης ηλικίας» σελ.: 1.
- Γείτονα Μ., Κάβουρα Μ., Βανδόρου Χ., Κυριόπουλος Γ. (2004).** Οικονομική αξιολόγηση και ποιότητα ζωής. Στο: Γείτονα Μ (Συντ.) Οικονομική αξιολόγηση της τεχνολογίας υγείας: Φαρμακοοικονομία και λήψη αποφάσεων. Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, Βόλος, 130–146.
- Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., Δανηλίδου Ν., Υφαντόπουλος Γ. (2000).** Παρεχόμενες υπηρεσίες πρόληψης, προαγωγής και αγωγής της υγείας από τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οικονομικών της Υγείας.
- Γιουβανάκης Γ., Σαχαπαζόγλου Α. (2007).** Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου. Ηράκλειο Κρήτης.
- ΕΛΣΤΑΤ (2007α).** Προβολές πληθυσμού Ελλάδος 2007-2050, Συνοπτικό μεθοδολογικό σημείωμα.
- ΕΛΣΤΑΤ (2007β).** <https://www.statistics.gr>. Προσπελάστηκε 11/6/2017.
- Ευτυχίδου Ε., Γκοβίνα Ο., Νεραντζάκη Ε., Κιουντούζη Α., Βαρδάκη Ζ. (2007).** Ηλικιωμένοι και δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης στα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής: 25:189-199.
- Ιωάννου Π. (2011).** Η επίδραση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην υγεία και ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ.
- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Σουρτζή Π. (2005).** Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Βήτα. Σελ: 25, 77-86, 141-149.

- Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α., Αδαμακίδου Θ. (2014).** Κατ' οίκον νοσηλευτική φροντίδα, Έννοιες, Δεξιότητες, Εφαρμογές, Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ Medical Art.
- Καυγά Α. (2016).** Συμπεριφορές προαγωγής υγείας οικογένειας ασθενούς με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο στην κοινότητα. Διδακτορική διατριβή, Αθήνα.
- Κοντοδημόπουλος Ν., Φραγκούλη Δ., Παππά Ε., et al. (2004).** Στατιστικοί έλεγχοι της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του Ελληνικού SF-36. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 21(5):451-462.
- Μαντζώρου Μ. (2004).** Ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν σε οίκους ευγηρίας. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 43(2), 179-184.
- Μέλλου Κ. (2008).** Σχεδιασμός ερωτηματολογίου στη διερεύνηση επιδημιών. Επιδημιολογική επιτήρηση και διερεύνηση επιδημιών ΚΕΕΛΠΝΟ – ΕΣΔΥ.
- Μπαμπούρη Θ. (2015).** Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων χρηστών σε ΚΑΠΗ της Αττικής, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ, 54(1): 38–46.
- Νόμος 1416/1984:** Τροποποίηση και συμπλήρωση διατάξεων της δημοτικής και κοινοτικής νομοθεσίας για την ενίσχυση της Αποκέντρωσης και την ενδυνάμωση της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, άρθρο 68.
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε. et al. (2001).** Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3): 239-253.
- Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε. (2001).** «Το προφίλ του τομέα υγείας και κοινωνικής φροντίδας» στο Κοινωνικό Πορτραίτο της Ελλάδας. Αθήνα, ΕΚΚΕ: 89-101.
- Παππά Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Νιάκας Δ. (2006).** Εγκυροποίηση και προτυποποίηση της επισκόπησης υγείας του SF-36 με αντιπροσωπευτικό δείγμα του Ελληνικού αστικού πληθυσμού. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 23(2):159-166.
- Πίτσαβος Χ., Παναγιωτάκος Δ., Στεφανάδης Χ. (2004).** Η επιδημιολογία της στεφανιαίας νόσου στην Ελλάδα. Αθήνα, Κωστάκη.



- Πρακτικά 20ου Πανελληνίου Συνεδρίου Στατιστικής. (2007).** Ελληνικό Στατιστικό Ινστιτούτο. Σελ: 233-240.
- Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Υφαντόπουλος Γ. (2001).** Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3):230-238.
- Σαρρής Μ., Χρυσάκης Μ., Σούλης Σ. (2002).** Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 19(6):672-687.
- Τζιαφέρη Σ., Χανιά Μ., Σακελλάρη Ε. (2013).** «Εργαλείο αξιολόγησης συνεργασίας οικογένειας ηλικιωμένων ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Πιλοτική μελέτη». Επιστημονικό Περιοδικό της Ένωσης Νοσηλευτών Ελλάδος 6 (1) 49-60.
- Υφαντόπουλος Γ. (2001).** Αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας ζωής στην Ελλάδα με τη μέθοδο του EQ-15D. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 18(3):279-287.
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ. (2001).** Σχετιζόμενη με την υγείαποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης. Αρχ Ελλ Ιατρ, 18:218–229.
- Υφαντόπουλος Γ. (2007).** Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24 (Συμπλ. 1): 6-18, Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών και Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.
- Φακιολάς Ν. (2012).** Επίδραση κοινωνικών δικτύων στην υγεία. Επιθεώρηση κοινωνικών Ερευνών, 137-138 Α'-Β', 201-232.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ**  
**ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΤΟΜΕΑΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

Αγαπητή/έ κυρία/ε,

Η παρούσα ερευνητική μελέτη γίνεται στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής της υπογράφουσας «*Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ υποστηρικτικού περιβάλλοντος, υγείας και ποιότητας ζωής ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα*» υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κ. Σουρτζή και στοχεύει στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του υποστηρικτικού περιβάλλοντος, του επιπέδου υγείας και της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους που διαβιούν μόνοι και σε ηλικιωμένους που ζουν με την οικογένειά τους.

Χρειαζόμαστε λοιπόν τη βοήθειά σας και σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο που σκοπό έχει να μετρήσει διαστάσεις όπως η κατάσταση της υγείας σας, το δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης και το επίπεδο αυτοφροντίδας.

Ο τρόπος συμπλήρωσης είναι απλός, επιλέξτε την απάντησή σας με Χ (όποια σας εκφράζει περισσότερο). Αν κάποια ερώτηση δεν απευθύνεται σε σας, σημειώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο την άποψή σας. Το ερωτηματολόγιο δεν έχει σκοπό να εξετάσει τις γνώσεις σας και γι αυτό δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Γίνεται απλά μια διερεύνηση απόψεων και γι αυτό είναι σημαντική η ειλικρινής σας άποψη.

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο**. Όλες οι απαντήσεις που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και απόρρητες. Στο τέλος της ερευνητικής μελέτης τα ερωτηματολόγια θα καταστραφούν και δεν θα είναι δυνατόν να αναγνωρισθεί κάποιος από τα αποτελέσματα της έρευνας. Η **συμμετοχή** σας σε αυτήν την προσπάθεια είναι **εθελοντική**. Τα δεδομένα που θα προκύψουν δεν θα χρησιμοποιηθούν για οποιονδήποτε λόγο πέραν της μελέτης. Τέλος μπορείτε να αποχωρήσετε σε οποιαδήποτε φάση της μελέτης επιθυμείτε.

Ευχαριστώ θερμά για την συμμετοχή σας στην έρευνα και είμαι στη διάθεσή σας για διευκρινήσεις.

Με εκτίμηση,  
Ευσταθία Σαρλά

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

1. Έτος γέννησης : \_\_\_\_\_
2. Φύλο : Άνδρας  Γυναίκα
3. Τόπος γέννησης: \_\_\_\_\_
4. Σε ποιον ασφαλιστικό φορέα είστε ασφαλισμένος; \_\_\_\_\_
5. Έχετε Ιδιωτική Ασφάλιση; ΝΑΙ  ΟΧΙ
6. Είστε συνταξιούχος; ΝΑΙ  ΟΧΙ
- 6α. Αν ΝΑΙ τι εργασία κάνατε πριν; \_\_\_\_\_
- 6β. Έτος σύνταξης \_\_\_\_\_
- 6γ. Αν ΟΧΙ, ποια είναι η εργασία σας σήμερα; \_\_\_\_\_
7. Οικογενειακή κατάσταση:
- a. Παντρεμένος
  - b. Ανύπαντρος
  - c. Χωρισμένος από πότε;
  - d. Χήρος/α από πότε;
  - e. Συζείτε
8. Επάγγελμα συζύγου/συντρόφου τώρα:
- a. Συνταξιούχος
  - b. Εργάζεται με πλήρη απασχόληση
  - c. Εργάζεται με μερική απασχόληση
  - d. Οικιακά
  - e. Συνταξιούχος με απασχόληση
  - f. Άνεργος
9. Κύρια πηγή εισοδήματος (σημειώστε όσα ισχύουν):
- a. Σύνταξη
  - b. Σύνταξη συζύγου
  - c. Δουλειά
  - d. Δουλειά συζύγου
  - e. Οικογένεια
  - f. Περιουσία
  - g. Άλλο
10. Έχετε οικονομική αυτοδυναμία; ΝΑΙ  ΟΧΙ

**11. Εκπαίδευση δική σας:**

- a. Αναλφάβητος, λίγες τάξεις δημοτικού
- b. Απόφοιτος Δημοτικού
- c. Γυμνάσιο/Λύκειο/Μέση σχολή
- d. Ανώτερη ή Ανώτατη σχολή
- e. Μεταπτυχιακές σπουδές

**12. Εκπαίδευση συντρόφου:**

- a. Αναλφάβητος, λίγες τάξεις δημοτικού
- b. Απόφοιτος Δημοτικού
- c. Γυμνάσιο/Λύκειο/Μέση σχολή
- d. Ανώτερη ή Ανώτατη σχολή
- e. Μεταπτυχιακές σπουδές

**13. Έχετε παιδιά;**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**13<sup>α</sup>. Αν ναι πόσα;** \_\_\_\_\_

**14. Μένετε σε:**

- a. Διαμέρισμα
- b. Μονοκατοικία
- c. Άλλο, τι \_\_\_\_\_

**15. Το σπίτι σας είναι :**

- a. Δικό σας
- b. Των παιδιών σας
- c. Με νοίκι
- d. Άλλο, τι \_\_\_\_\_

**16. Πόσο καιρό μένετε στην τωρινή σας διεύθυνση (χρόνια);** \_\_\_\_\_

**17. Ποιοι άλλοι μένουν μαζί σας (σημειώστε όσα ισχύουν) :**

- a. Σύζυγος
- b. Παιδιά/εγγόνια
- c. Άλλοι συγγενείς
- d. Φίλοι
- e. Μόνος/Μόνη

**18. Τα παιδιά μένουν (σημειώστε όσα ισχύουν) :**

- a. Στο ίδιο σπίτι
- b. Στην ίδια γειτονιά
- c. Στην Ελλάδα
- d. Στο εξωτερικό

**19. Πόσους μήνες το χρόνο μένετε στην Αθήνα:** \_\_\_\_\_

**20. Αν μένετε λιγότερο από 12 μήνες τους υπόλοιπους πάτε:**

- a. Σε χωριό
- b. Σε άλλη πόλη
- c. Διακοπές σε διάφορα μέρη

**21. Αν μένετε λιγότερο από 12 μήνες πόσους μήνες μένετε:**

Με τα παιδιά σας \_\_\_\_\_

Με άλλους φίλους \_\_\_\_\_

Μόνος/η \_\_\_\_\_

**22. Πόσο συχνά συναντιέστε με τα παιδιά σας αν δεν μένετε στο ίδιο σπίτι:**

- a. Περισσότερο από 1 φορά την ημέρα
- b. Καθημερινά
- c. Κάθε βδομάδα
- d. Κάθε μήνα
- e. Σπάνια, κάθε χρόνο
- f. Ποτέ

**23. Πηγαίνετε στο ΚΑΠΗ :**

- a. Κάθε μέρα
- b. 2-3 φορές την εβδομάδα
- c. Κάθε βδομάδα
- d. Κάθε μήνα, σπάνια
- e. Ποτέ

**24. Συμμετέχετε ενεργά σε πολιτιστικούς συλλόγους, κοινωνικές οργανώσεις, κλπ:** ΝΑΙ  ΟΧΙ

**25. Πότε σας επισκέφτηκε κάποιος τελευταία:**

- a. Σήμερα-χθες
- b. Αυτή τη βδομάδα
- c. Πριν 2 βδομάδες
- d. Πριν 1 μήνα
- e. Πριν 6 μήνες
- f. >6 μήνες
- g. Δεν ξέρω/δε θυμάμαι

**26. Σχέσεις με γείτονες**

- a. Πολύ καλές, φιλικές, βοηθάμε ο ένας τον άλλον
- b. Καλές, αλλά όχι φιλικές
- c. Καμία σχέση με γείτονες

**27. Βοηθάτε τακτικά στο μεγάλωμα εγγονιών, ανιψιών, κλπ:**

ΝΑΙ  ΟΧΙ

**28. Αν συγκρίνετε την υγεία σας με αυτή άλλων συνομηλίκων σας που ξέρετε είναι:**

- a. Καλύτερη
- b. Περίπου ίδια
- c. Χειρότερη
- d. Δεν ξέρω

**29. Έχετε κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας που επηρεάζει την καθημερινή σας δραστηριότητα:** ΝΑΙ  ΟΧΙ

29<sup>α</sup>. Αν ναι ποιο/ποια είναι αυτά;

\_\_\_\_\_

30. Παίρνετε φάρμακα σε χρόνια βάση;      ΝΑΙ  ΟΧΙ

30<sup>α</sup>. Αν ναι τι είδους; \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. Ακούτε καλά;

- a. Ναι πάντα
- b. Όχι ανάμεσα σε πολυκοσμία
- c. Όχι ποτέ

32<sup>α</sup>. Αν ΟΧΙ, χρησιμοποιείτε ακουστικό:      ΝΑΙ  ΟΧΙ

32. Μπορείτε να διαβάσετε εφημερίδα ή βιβλία (με γυαλιά αν φοράτε)

- a. Με ευκολία
- b. Με δυσκολία
- c. Δεν διαβάζω καθόλου
- d. Δεν μπορώ να διαβάσω
- e. Αναλφάβητος

33. Έχετε δυσκολίες στη μάσηση :      ΝΑΙ  ΟΧΙ

34. Φοράτε τεχνητή οδοντοστοιχία :      ΝΑΙ  ΟΧΙ

35. Έχετε προβλήματα με τα πόδια που σας δυσκολεύουν (κίρσοι, παραμορφώσεις, νύχια μεγάλα) :      ΝΑΙ  ΟΧΙ

36. Σας συμβαίνει να μην προλαβαίνετε να πάτε στην τουαλέτα την ημέρα ή τη νύχτα:

- a. Ποτέ
- b. Σπάνια
- c. Συχνά
- d. Πάντα

37. Κάνετε φυσική άσκηση :      ΝΑΙ  ΟΧΙ

38. Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά;

- a. Κάθε μέρα
- b. 2-3 φορές τη βδομάδα
- c. 1 φορά τη βδομάδα
- d. Σπάνια

38. Έχετε οικογενειακό γιατρό: ΝΑΙ  ΟΧΙ

39. Πόσες φορές επισκεφτήκατε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες:

- a. Καμία
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. >5 φορές

40. Πόσες φορές επισκεφτήκατε Εξωτερικά Ιατρεία νοσοκομείου τους τελευταίους 12 μήνες;

- a. Καμία
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. >5 φορές

41. Πόσες φορές εισαχθήκατε σε νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες;

- a. Καμία
- b. 1-2
- c. 3-5
- d. >5 φορές

42. Αν χρειαστείτε τη συμβουλή γιατρού για κάποιο πρόβλημά σας θα απευθυνθείτε πρώτα :

- a. Στο νοσοκομείο (εξωτερικά ιατρεία)
- b. Στο ΚΑΠΗ
- c. Σε ιδιώτη γιατρό
- d. Άλλο



## Ερωτηματολόγιο για την Υγεία (Greek version)

### Κινητικότητα

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
- Έχω μερικά προβλήματα στο περπάτημα
- Είμαι καθλωμένος/η στο κρεβάτι

### Αυτοεξυπηρέτηση

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα με την αυτοεξυπηρέτησή μου
- Έχω μερικά προβλήματα στο να πλένομαι και να ντύνομαι
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

### Συνηθισμένες Δραστηριότητες (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Έχω μερικά προβλήματα στο να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Είμαι ανίκανος/η να εκτελώ τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

### Πόνος/Δυσφορία

- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

### Άγχος /Θλίψη

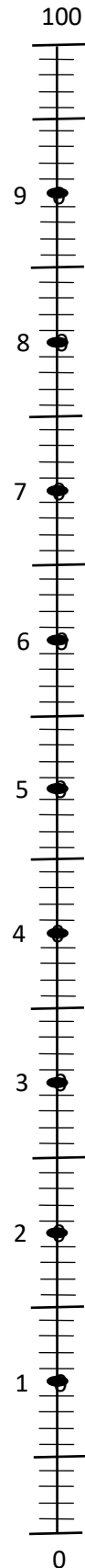
- Δεν έχω άγχος ή θλίψη
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

Η καλύτερη κατάσταση  
υγείας που μπορείτε να  
φανταστείτε

Για να βοηθήσουμε κάποιον να πει πόσο καλή ή κακή είναι μια κατάσταση υγείας, ζωγραφίσαμε μια κλίμακα (σαν ένα θερμόμετρο) πάνω στην οποία η καλύτερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε έχει βαθμό 100 και η χειρότερη κατάσταση που μπορείτε να φανταστείτε έχει βαθμό 0.

Θα θέλαμε να σημειώσετε πάνω σε αυτήν την κλίμακα πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας σήμερα, κατά τη γνώμη σας. Παρακαλούμε κάντε το αυτό, τραβώντας μια γραμμή από το παρακάτω τετράγωνο προς οποιοδήποτε σημείο της κλίμακας δείχνει πόσο καλή ή κακή είναι η κατάσταση της υγείας σας σήμερα.

Η κατάσταση της δικής  
σας υγείας σήμερα



Η χειρότερη κατάσταση  
υγείας που μπορείτε να  
φανταστείτε

	Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ λίγο	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνείτε λίγο	Συμφωνώ πολύ	Συμφωνώ πλήρως
1. Υπάρχει ένα κοντινό πρόσωπο το οποίο είναι κοντά μου όταν έχω κάποια ανάγκη	1	2	3	4	5	6	7
2. Υπάρχει ένα κοντινό μου άτομο με το οποίο μπορώ να μοιράζομαι τις χαρές και τις λύπες μου	1	2	3	4	5	6	7
3. Η οικογένειά μου προσπαθεί να με βοηθήσει πραγματικά	1	2	3	4	5	6	7
4. Παίρνω τη συναισθηματική βοήθεια και υποστήριξη που χρειάζομαι από την οικογένειά μου	1	2	3	4	5	6	7
5. Έχω κάποιο κοντινό μου πρόσωπο που με κάνει να αισθάνομαι άνετα	1	2	3	4	5	6	7
6. Οι φίλοι μου προσπαθούν να με βοηθήσουν πραγματικά	1	2	3	4	5	6	7
7. Μπορώ να στηρίζομαι στους φίλους μου όταν τα πράγματα δεν πηγαίνουν καλά	1	2	3	4	5	6	7
8. Μπορώ να συζητήσω τα προβλήματά μου με την οικογένειά μου	1	2	3	4	5	6	7
9. Έχω φίλους με τους οποίους μπορώ να μοιραστώ τις χαρές και τις λύπες μου	1	2	3	4	5	6	7
10.Υπάρχει κάποιο κοντινό πρόσωπο στη ζωή μου που νοιάζεται για τα αισθήματά μου	1	2	3	4	5	6	7
11.Η οικογένειά μου είναι πρόθυμη να με βοηθήσει να πάρω αποφάσεις	1	2	3	4	5	6	7
12.Μπορώ να συζητήσω τα προβλήματά μου με τους φίλους μου	1	2	3	4	5	6	7

## ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

### ΣΙΤΗΣΗ

- 0=ανίκανος  
5=χρειάζεται βοήθεια στο κόψιμο, στην επάλειψη βουτύρου, κτλ ή απαιτεί τροποποιημένη διαίτα  
10=ανεξάρτητος \_\_\_\_\_

### ΛΟΥΤΡΟ

- 0=εξαρτώμενος  
5=ανεξάρτητος (ή στο ντους) \_\_\_\_\_

### ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ

- 0=χρειάζεται βοήθεια στην προσωπική φροντίδα  
5=ανεξάρτητος πρόσωπο/μαλλιά/δόντια/ξύρισμα (τα εργαλεία παρέχονται) \_\_\_\_\_

### ΝΤΥΣΙΜΟ

- 0=εξαρτώμενος  
5=χρειάζεται βοήθεια αλλά μπορεί να κάνει τα μισά χωρίς βοήθεια  
10=ανεξάρτητος (συμπεριλαμβανομένων κουμπιών, φερμουάρ, κορδόνια, κτλ) \_\_\_\_\_

### ΕΝΤΕΡΟ

- 0=ακράτεια (ή ανάγκη να γίνεται υποκλυσμός)  
5=περιστασιακά ατυχήματα  
10=εγκρατής \_\_\_\_\_

### ΚΥΣΤΗ

- 0=ακράτεια, ή με καθετήρα και ανίκανος να τα καταφέρει μόνος του  
5=περιστασιακό ατύχημα  
10=εγκρατής \_\_\_\_\_

### ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΑΛΕΤΑΣ

- 0=εξαρτώμενος  
5=χρειάζεται κάποια βοήθεια, αλλά μπορεί να κάνει κάτι μόνος  
10=ανεξάρτητος(κάθεται και σηκώνεται, ντύσιμο, σκούπισμα) \_\_\_\_\_

### ΜΕΤΑΦΟΡΕΣ(ΑΠΟ ΤΟ ΚΡΕΒΑΤΙ ΣΤΗΝ ΚΑΡΕΚΛΑ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΡΟΦΑ)

- 0=ανίκανος, δεν έχει ισορροπία  
5=σημαντική βοήθεια(1 ή 2 άτομα, φυσική), μπορεί να καθίσει  
10=μικρή βοήθεια (λεκτική ή φυσική)  
15=ανεξάρτητος \_\_\_\_\_

### ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗ (ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΕΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΕΣ)

- 0=ακίνητος ή λιγότερο από 50m  
5=ανεξάρτητος σε αναπηρικό αμαξίδιο, συμπεριλαμβάνονται γωνίες, πάνω από 50m  
10=περπατάει με βοήθεια ενός προσώπου (λεκτική ή φυσική) πάνω από 50m  
15=ανεξάρτητος (αλλά ίσως χρησιμοποιεί οποιαδήποτε βοήθεια, π.χ. μπαστούνι) πάνω από 50m \_\_\_\_\_

### ΣΚΑΛΕΣ

- 0=ανίκανος  
5=χρειάζεται βοήθεια (λεκτική, φυσική ή μεταφορική βοήθεια)  
10=ανεξάρτητος \_\_\_\_\_

ΣΥΝΟΛΟ (0-100): \_\_\_\_\_