

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ  
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ  
ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

**ΠΜΣ «Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και  
Κοινωνικής Φροντίδας»  
MSc in Health and Social Care Management**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία  
ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα  
που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα»**

**Αρβανιτάκη Ειρήνη**

A.M. 19049

**Επιβλέπων Καθηγητής**

**Δρ. Μάρκος Σαρρής  
Καθηγητής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**Αθήνα 2021**

**«Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία  
ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα  
που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα»**

**Αρβανιτάκη Ειρήνη  
Α.Μ. 19049**

**Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης**

**Επιβλέπων  
Καθηγητής**

**Καθηγητής Μάρκος Σαρρής  
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**Μέλος**

**Αν. Καθηγήτρια Ασπασία Γούλα  
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής**

**Μέλος**

**Επ. Καθηγητής Μιχαήλ Κουράκος  
Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας**

## ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η κάτωθι υπογεγραμμένη Αρβανιτάκη Ειρήνη του Ανδρέα, με αριθμό μητρώου 19049 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών "Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας" του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30 Ιουνίου 2021 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Η Δηλούσα  
Αρβανιτάκη Ειρήνη



Αφιερωμένο στον Νίκο, την Άννα και την Γιώβη...



Αριθμός λέξεων: 68.650

Μία από τις πρώτες δημοσιεύσεις για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality of Life - HRQoL) ήταν ένα άρθρο στο *Annals of Internal Medicine* (1966). Σε αυτό το άρθρο, ο Elkington J.R. αντιμετώπισε τα νέα ζητήματα ηθικού περιεχομένου που σχετίζονται με την αύξηση της θεραπευτικής επιτυχίας και που αφορούν δυσμενείς συνέπειες για τους εμπλεκόμενους ασθενείς: **«Αυτό που θέλει κάθε γιατρός για κάθε έναν από τους ασθενείς του, ηλικιωμένους ή νέους, δεν είναι μόνο η απουσία θανάτου, αλλά η ζωή με ποιότητα. Αυτό δεν είναι τίποτα λιγότερο από μια ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗ ΒΙΟΛΟΓΙΑ που αφορά, όχι μόνο υλικούς μηχανισμούς, αλλά την ολότητα της ανθρώπινης ζωής, με την πνευματική ποιότητα ζωής που είναι μοναδική για τον άνθρωπο»** (Megari K., 2013:141-142).

Κατά την τελευταία δεκαετία, η χρήση της υποκριτικής, για την προαγωγή της υγείας και ευεξίας μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων, έχει αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό. Το «Seasoned Arts At Samford for You» είναι ένα θεατρικό κοινοτικό πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στο Μπέρμιγχαμ, Αλαμπάμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, το οποίο ξεκίνησε μέσω συνεργασίας μεταξύ της ‘Episcopal Place’, ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού που παρέχει προσιτές τιμές στέγασης και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε ηλικιωμένους χαμηλού εισοδήματος, το θέατρο της Βιρτζίνια ‘Samford’ και την ‘The Seasoned Performers’, μια ομάδα ηθοποιών για ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρέμβασης, υπήρξε μία σημαντική βελτίωση στην ευημερία, όπως μετρήθηκε από το ‘Πρόγραμμα Γενικής Ευεξίας’ (GWBS - General Well-being Schedule), καθώς και μία σημαντική καλυτέρευση στη σωματική υγεία, όπως προέκυψε από το SF-36 PCS (Physical Component Summary). Όσον αφορά τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας, οι συμμετέχοντες ήταν εξαιρετικά θετικοί, ήθελαν να συνεχίσουν τα μαθήματα, πολλοί μίλησαν για την ευκαιρία για κοινωνική αλληλεπίδραση, τη συντροφικότητα και τις φιλίες που ανέπτυξαν, ενώ λέξεις και φράσεις που χρησιμοποίησαν για να περιγράψουν τις εμπειρίες τους ήταν οι εξής: **«διασκεδαστική, υπέροχη, είχα μια καλή στιγμή, πολύ ενδιαφέρον, τονωτικό, ενημερωτικό, το διασκέδασα και το αγάπησα», «είχα επικεντρωθεί περισσότερο στο πρόβλημα της υγείας μου στο παρελθόν απ’ ότι κάνω τώρα. Νομίζω ότι έβαζα περιττούς περιορισμούς στον εαυτό μου πριν. ΤΩΡΑ Ο ΚΟΣΜΟΣ ΑΝΟΙΞΕ ΓΙΑ ΕΜΕΝΑ!»** (Yuen H.K. et al, 2011:201-205).

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ – ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρείται σημαντική ανάπτυξη κατάλληλων μεθόδων διερεύνησης καθώς και παρεμβάσεων από την πλευρά των ειδικών σε θέματα ποιότητας ζωής των ασθενών. Στην κατεύθυνση αυτή έχει συμβάλει η προοδευτική επικράτηση της ολιστικής προσέγγισης στην υγεία και της αντίληψης ότι ο ασθενής πρέπει να αποτελεί το επίκεντρο της ιατρικής πράξης (patient-centered medicine) .

Σε αυτό το πλαίσιο και με αφετηρία και οδηγό την προάσπιση της υγείας και της αξιοπρέπειας του συνεχώς αυξανόμενου πληθυσμού των ηλικιωμένων, θελήσαμε να διερευνήσουμε το θέμα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

Σε αυτό το σημείο θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή του Μ.Π.Σ. κύριο Σαρρή Μάρκο, για τη σημαντική καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του, καθώς και την ενθάρρυνση που μου πρόσφερε σε όλη τη διάρκεια διενέργειας της διπλωματικής μου.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω πολύ την οικογένειά μου, τον σύζυγό μου Νίκο, για την αδιάκοπη και τελικά καθοριστική στήριξη που μου πρόσφερε σε όλη τη διάρκεια της φοίτησής μου στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα και τα παιδιά μου, Άννα και Γιώβη, που «άντεξαν» τις τόσες ώρες ενασχόλησής μου για την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Εύχομαι η προσπάθεια που έγινε να αποτελέσει ένα ελάχιστο παράδειγμα ότι η διαδικασία της γνώσης και της συνεχούς –ατομικής και κοινωνικής- βελτίωσης πρέπει να είναι αλληλένδετη με την ίδια τη ζωή και την ανθρώπινη ύπαρξη... για να έχουν όσα γίνονται ουσία και νόημα!

<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ</b>	<b>Σελ.</b>
Περίληψη	15
Abstract	16
Εισαγωγή	17
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	20
<b>1. Ορισμοί και θεωρίες γήρανσης – Χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων</b>	20
<b>1.1</b> Ορίζοντας την γήρανση	20
<b>1.2</b> Θεωρίες της γήρανσης	22
<b>1.2.1</b> Βιολογικές θεωρίες	22
<b>1.2.2</b> Κοινωνιολογικές θεωρίες	24
<b>1.2.3</b> Ψυχολογικές θεωρίες	26
<b>1.3</b> Επιδημιολογικά στοιχεία για την Τρίτη ηλικία	28
<b>1.4</b> Βιολογικές αλλαγές στο πλαίσιο της γήρανσης	32
<b>1.4.1</b> Μεταβολές στην εμφάνιση και τη σύσταση του σώματος	33
<b>1.4.2</b> Μεταβολές στα οργανικά συστήματα	35
<b>1.4.3</b> Μεταβολές στην οξύτητα των αισθητηρίων οργάνων	39
<b>1.4.4</b> Μεταβολές της γνωστικές λειτουργίες	40
<b>1.4.5</b> Μεταβολές στη διάθεση	41
<b>1.5</b> Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων	42
<b>2. Χρόνια νοσήματα</b>	45
<b>2.1</b> Ορίζοντας τη χρόνια νόσο	45
<b>2.2</b> Επιδημιολογικά δεδομένα	46
<b>2.3</b> Τα αίτια των χρόνιων νοσημάτων	52
<b>2.4</b> Οι κυριότερες χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων	57
<b>2.5</b> Η συννοσηρότητα (ή πολυνοσηρότητα) στους ηλικιωμένους	65
<b>2.6</b> Η πολυφαρμακία της ηλικιωμένους	66
<b>2.7</b> Οι ιδιαιτερότητες των χρόνια ασθενών	68
<b>2.8</b> Χρόνια ασθένεια και διαταραχή της ιδεατής εικόνας του σώματος	69

<b>2.9</b> Οι αντιδράσεις του ατόμου στη χρόνια νόσο	70
<b>2.10</b> Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας	72
<b>3. Ποιότητα ζωής – Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία και εργαλεία μέτρησης</b>	76
<b>3.1</b> Ορίζοντας την ποιότητα ζωής	76
<b>3.2</b> Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία	82
<b>3.3</b> Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών	85
<b>3.4</b> Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία	89
<b>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	93
<b>1. Ποιότητα ζωής ασθενών με συχνότερα ειδικά χρόνια νοσήματα</b>	93
<b>1.1</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με αρτηριακή υπέρταση	94
<b>1.2</b> Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη	95
<b>1.3</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια	96
<b>1.4</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με μόνιμο τεχνητό βηματοδότη	97
<b>1.5</b> Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο	98
<b>1.6</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2	99
<b>1.7</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του προστάτη	99
<b>1.8</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού	100
<b>1.9</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια	101
<b>1.10</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο	102
<b>1.11</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με νοσήματα οστών και αρθρώσεων	103
<b>1.12</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με νόσο Alzheimer	105
<b>1.13</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με κατάθλιψη	106



<b>1.14 Ποιότητα ζωής ασθενών με αγχώδεις διαταραχές</b>	107
<b>2. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών με συνυπάρχοντα χρόνια νοσήματα (συννοσηρότητα) στην κοινότητα</b>	121
<b>3. Παράγοντες ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα στην κοινότητα</b>	160
<b>3.1 Ηλικία</b>	160
<b>3.2 Φύλο</b>	161
<b>3.3 Οικογενειακή κατάσταση – Μορφή διαβίωσης και Κοινωνική στήριξη</b>	162
<b>3.4 Τόπος διαμονής</b>	165
<b>3.5 Εκπαίδευση</b>	166
<b>3.6 Εργασία</b>	168
<b>3.7 Οικονομική κατάσταση</b>	168
<b>3.8 Κάπνισμα / Αλκοόλ</b>	171
<b>3.9 Σωματική δραστηριότητα</b>	173
<b>3.10 Δείκτης Μάζας Σώματος</b>	174
<b>3.11 Ύπνος</b>	176
<b>3.12 Αυτοφροντίδα – Αυτοαποτελεσματικότητα</b>	177
<b>3.13 Ικανοποίηση από ζωή, υπηρεσίες υγείας και κατάσταση υγείας</b>	178
<b>3.14 Είδος χρόνιας νόσου</b>	181
<b>3.15 Συννοσηρότητα</b>	184
<b>3.16 Παράγοντες διαμόρφωσης βαθμολογίας κλιμάκων SF-36 σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα</b>	186
<b>4. Επίδραση ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία σε θνησιμότητα και εισαγωγή ηλικιωμένων σε νοσοκομείο</b>	188
<b>5. Παρεμβάσεις βελτίωσης ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα στην κοινότητα</b>	191
<b>5.1 Προληπτικές παρεμβάσεις – Συμπεριφορές τρόπου ζωής</b>	191

5.1.1 Η σημασία της σωματικής άσκησης	191
5.1.2 Η σημασία της διατροφής	193
5.2 Το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας (Chronic Care Model)	196
5.3 Η αυτοδιαχείριση των χρόνιων νόσων (self - management)	199
5.3.1 Τα κύρια χαρακτηριστικά της αυτοδιαχείρισης	199
5.3.2 Περιγραφή παρέμβασης αυτοδιαχείρισης χρόνιων νόσων	204
5.4 Περιγραφή παρέμβασης διαχείρισης περίπτωσης (case - management)	206
5.5 Περιγραφή παρέμβασης με αξιοποίηση της τηλεϊατρικής	208
5.6 Περιγραφή παρέμβασης με αξιοποίηση της τέχνης	210
5.7 Η αντιμετώπιση του άγχους στη διαχείριση των χρόνιων νόσων	213
5.8 Η κοινωνική υποστήριξη στη διαχείριση των χρόνιων νόσων	214
5.9 Δομές φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα	216
5.10 Υγής γήρανση	217
<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</b>	219
<b>ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>	227
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>	233
1.Ελληνόγλωσση	233
2.Ξενόγλωσση	240
3. Διαδίκτυο	262

<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΕΙΚΟΝΩΝ</b>	
<b>Εικόνα 1:</b> Παράγοντες που επηρεάζουν τη γήρανση και τη διάρκεια της ζωής.	32
<b>Εικόνα 2:</b> Οι 10 πιο συχνές χρόνιες ασθένειες σε ηλικιωμένους ενήλικες.	49
<b>Εικόνα 3:</b> Χρόνια νοσήματα και σωματική άσκηση.	55
<b>Εικόνα 4:</b> Επίδραση του στρες στο ανθρώπινο σώμα.	74
<b>Εικόνα 5:</b> Παράγοντες - Διαστάσεις της ποιότητας ζωής.	81

<b>Εικόνα 6:</b> Το μοντέλο ποιότητας ζωής των Wilson & Cleary.	84
<b>Εικόνα 7:</b> Εννοιολογικό πλαίσιο PROMIS.	84
<b>Εικόνα 8:</b> Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Κ.Π.Λ.) – Η πυραμίδα των αναγκών, στόχων, δραστηριοτήτων και πόρων.	87
<b>Εικόνα 9:</b> Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.	134
<b>Εικόνα 10:</b> Ο δεκάλογος της υγιεινής διατροφής.	195
<b>Εικόνα 11:</b> Το Διευρυμένο Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας.	196
<b>Εικόνα 12:</b> Βασικά ζητήματα για την υλοποίηση των αρχών της υγιούς γήρανσης.	218

<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ</b>	
<b>Πίνακας 1:</b> Αίτια των μη μεταδοτικών νοσημάτων Π.Ο.Υ. 2005.	56
<b>Πίνακας 2:</b> Οι διαστάσεις του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής.	80
<b>Πίνακας 3:</b> Εννοιολογικό πλαίσιο του Μέτρου Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με τη Λειτουργία – Ουδέτερη υγεία – Σχετιζόμενη με τη Υγεία Ποιότητα Ζωής.	84
<b>Πίνακας 4:</b> Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Κ.Π.Λ.) – Πρωταρχικές ανάγκες και λειτουργικοί στόχοι.	86
<b>Πίνακας 5:</b> Συνοπτική παρουσίαση 1 <sup>ου</sup> Κεφαλαίου Ειδικού μέρους.	109
<b>Πίνακας 6:</b> Συνοπτική παρουσίαση 2 <sup>ου</sup> Κεφαλαίου Ειδικού μέρους.	146

<b>ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ</b>	
<b>Διάγραμμα 1:</b> Πυραμίδα παγκόσμιου πληθυσμού το 2017 και το 2080.	29
<b>Διάγραμμα 2:</b> Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση σε χώρες της Ε.Ε.	30

<b>Διάγραμμα 3:</b> Προοπτική ηλικιωμένου πληθυσμού στην Ελλάδα.	31
<b>Διάγραμμα 4:</b> Οι αλλαγές που επέρχονται στη σύνθεση του σώματος με τη γήρανση.	35
<b>Διάγραμμα 5:</b> Απώλειες των φυσιολογικών λειτουργιών με την γήρανση.	39
<b>Διάγραμμα 6:</b> Συνολική επιβάρυνση της νόσου ανά αιτία (Παγκόσμια, 1990 - 2017).	47
<b>Διάγραμμα 7:</b> Φορτίο ασθενειών από μη μεταδοτικές ασθένειες (Παγκόσμια, 1990 – 2016).	48
<b>Διάγραμμα 8:</b> Αυτοαναφερόμενες χρόνιες ασθένειες, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, Ε.Ε.-28, 2014.	50
<b>Διάγραμμα 9:</b> Κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ ηλικιωμένων ανθρώπων, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, Ε.Ε.-28, 2015.	51
<b>Διάγραμμα 10:</b> Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος στην Ελλάδα προκαλούν την πλειονότητα των θανάτων τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες.	52
<b>Διάγραμμα 11:</b> Το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.	57
<b>Διάγραμμα 12:</b> Αγχώδεις διαταραχές σε ασθενείς με χρόνιες νόσους.	74
<b>Διάγραμμα 13:</b> Ποιότητα ζωής και χρόνια νοσήματα.	129
<b>Διάγραμμα 14:</b> Ευτυχία και χρόνια νοσήματα.	130
<b>Διάγραμμα 15:</b> Καταθλιπτική διάθεση και χρόνια νοσήματα.	130
<b>Διάγραμμα 16:</b> Συννοσηρότητα και ποιότητα ζωής.	131
<b>Διάγραμμα 17:</b> Συννοσηρότητα και ευτυχία.	131
<b>Διάγραμμα 18:</b> Συννοσηρότητα και καταθλιπτική διάθεση.	132
<b>Διάγραμμα 19:</b> Μέσες τιμές SF-8 ανάλογα με τον τόπο διαμονής, Δυτική Αυστραλία, 2002-2006.	165

<b>Διάγραμμα 20:</b> Μέσες τιμές SF-8 διαφορετικών επιπέδων SEIFA, σε ενήλικα άτομα χωρίς χρόνια νόσο.	170
<b>Διάγραμμα 21:</b> Μέσες τιμές SF-8 διαφορετικών επιπέδων SEIFA, σε ενήλικα άτομα με 1 ή 2 χρόνιες νόσους	170
<b>Διάγραμμα 22:</b> Μέσες τιμές SF-8 διαφορετικών επιπέδων SEIFA, σε ενήλικα άτομα με $\geq$ χρόνιες νόσους.	171
<b>Διάγραμμα 23:</b> Μέσες τιμές SF-8 σε ενήλικα άτομα > 45 ετών, καπνιστές στο παρόν χρονικό διάστημα, ανάλογα με τον αριθμό των χρόνιων νόσων.	173
<b>Διάγραμμα 24:</b> Μέσες τιμές SF-8 σε ενήλικα άτομα > 45 ετών, υπέρβαρα, ανάλογα με τον αριθμό των χρόνιων νόσων.	175
<b>Διάγραμμα 25:</b> Μέσες τιμές SF-8 σε ενήλικα άτομα > 45 ετών, παχύσαρκα, ανάλογα με τον αριθμό των χρόνιων νόσων.	176
<b>Διάγραμμα 26:</b> Αλληλεπίδραση της ικανοποίησης από τη ζωή και των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής στην ποιότητα της ζωής.	179

## ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

### ΕΛΛΗΝΙΚΑ

Κ.Α.Π.Η.: Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

Κ.Η.Φ.Η.: Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

Κ.Π.Α.: Κοινωνική Παραγωγή Λειτουργιών

Π.Ο.Υ.: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

### ΑΓΓΛΙΚΑ

ADDQoL: Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life

AQUAREL: Assessment of Quality of Life and Related Events

BMI: Body Mass Index

BP: Bodily Pain

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CDSMP: Chronic Disease Management Program

CIRS-G: Cumulative Illness Rating Scale for Geriatric

DALYs: Disability Adjusted Life Years

FEV1: Forced Expiratory Volume One Second

GAD: Generalized Anxiety and Depression Scale

GDS: Geriatric Depression Scale

GH: General Health

GHQ: General Health Questionnaire

GWBS: General Well Being Schedule

HeiQ: Health Education Impact Questionnaire

HIV: Human Immunodeficiency Virus

HPL: Health Promotion Lifestyle

HRQoL: Health Related Quality of Life

KDQoL-SF: Kidney Disease Quality of Life-Short Form

MCC: Mental Component Summary

MCS: Mental Component Summary

MH: Mental Health

MINI: Mini International Neuropsychiatric Interview

MMSE: Mini Mental State Examination

MWI: Multimorbidity Weighted Index

NCDs: Non Communicable Diseases

OECD: Organization for Economic Cooperation and Development

PCS: Physical Component Summary

PF: Physical Functioning

PQLI: Physical Quality of Life Index

PWI: Personal Wellbeing Index

QALY: Quality Adjusted Life Years

QoL: Quality of Life

QoL-AD: Quality of Life Alzheimer Disease

RE: Role Emotional

RP: Role Physical

SF: Social Functioning

SF-36: Επισκόπηση Υγείας Short Form-36

SGRQ: St George's Respiratory Questionnaire

SIP: Sickness Impact Profile

TLC: Total Lung Capacity

VAS: Visual Analog Scale

VT: Vitality

WHO: World Health Organization

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα ζωής (Quality of Life – QoL) είναι μία έννοια με ευρύ περιεχόμενο που περιλαμβάνει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές προσεγγίσεις, καθώς και προσωπικές προτιμήσεις, αντιλήψεις και εμπειρίες του ατόμου. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής (Health Related Quality of Life - HRQoL) προσδιορίζεται μέσα από προσπάθειες ερευνητών να διαμορφώσουν συστήματα εκτίμησης και μετρικά εργαλεία των παραμέτρων που συνιστούν την υγεία, δηλαδή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των ατόμων.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων, χαρακτηριστικών του τρόπου ζωής και της παρουσίας χρόνιων νοσημάτων στην HRQoL ηλικιωμένων ασθενών που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

**Μέθοδος:** Διενεργήθηκε εκτενής αναζήτηση πηγών σε διεθνείς βάσεις δεδομένων (Google, Google Scholar, Cochrane, Pubmed, Medline) της σχετικής ελληνόγλωσσης και ξενόγλωσσης βιβλιογραφίας των τελευταίων ετών, καθώς και συλλογή στοιχείων από βιβλία και εισηγήσεις του Μ.Π.Σ.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία των χρόνιων νοσημάτων είναι συχνή στους ηλικιωμένους που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα, επιδρώντας σημαντικά σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Η συννοσηρότητα επιβαρύνει ακόμα περισσότερο το προφίλ της HRQoL, ενώ οι παράγοντες που συνήθως την επηρεάζουν είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή και οικονομική κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η εκπαίδευση, η απασχόληση, ο τρόπος ζωής, καθώς και η ικανότητα της αυτοφροντίδας και η ικανοποίηση από τη ζωή. Η έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με χρόνια νοσήματα οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα χαμηλότερης ποιότητας ζωής, θα πρέπει να είναι η βάση των προγραμμάτων της φροντίδας των ηλικιωμένων που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

**Λέξεις – κλειδιά:** γήρανση, ηλικιωμένοι, κοινότητα, χρόνια νοσήματα, ποιότητα ζωής, ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία, παρεμβάσεις.



## ABSTRACT

**Introduction:** Quality of life is a concept with a broad content that includes epidemiological, biomedical, functional, economic and cultural approaches, as well as, personal preferences, perceptions and experiences of the individual. Health - related quality of life (HRQoL) is determined through the efforts of researchers to design evaluation systems and metric tools of the parameters that constitute health, ie physical, mental and social well - being of individuals.

**Purpose:** To investigate the relationship between socio - demographic data, lifestyle characteristics and the presence of chronic diseases on HRQoL elderly patients' who live independently in the community.

**Method:** An extensive search was conducted in international databases (Google, Google Scholar, Cochrane, Pubmed, Medline) of the relevant Greek and foreign language literature of recent years, as well as, data collection from books and contributions of the Postgraduate program.

**Conclusions:** The presence of chronic diseases is common in the elderly living independently in the community, significantly affecting almost all aspects of quality of life related to health. Comorbidity further exacerbates the HRQoL profile, with the factors that typically affect it to be the age, gender, marital and financial status, place of residence, education, employment, lifestyle, self-care and life satisfaction. Early identification of patients with chronic diseases who are at increased risk of lower quality of life should be the basis of care programs for the elderly living independently in the community.

**Key - words:** aging, elderly, community, chronic diseases, quality of life, quality of life related to health, interventions.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γήρας είναι «μία φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική (universal), εγγενής (intrinsic), προοδευτική (progressive) και μη αναστρέψιμη (deleterious), ενώ η προσαρμοστικότητα (adaptability), η ευαισθησία (sensitivity), η ακρίβεια (accuracy) και η αντοχή (stamina) του οργανισμού παρουσιάζει προοδευτική μείωση με την πάροδο του χρόνου» (Αναστασιάδου Β., 2015:24-25). Στις αναπτυγμένες χώρες, η χρονολογική ηλικία διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο και η ηλικία των 60 ή 65 ετών θεωρείται ως η αρχή του γήρατος. Από την άλλη, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η χρονολογική ηλικία έχει μικρή σημασία στην έννοια της γήρανσης, ενώ η ανάθεση ή απώλεια ειδικών κοινωνικών ρόλων -σαν απόρροια της φυσικής παρακμής- σηματοδοτεί τον καθορισμό της γήρανσης (WHO, 2011). Είναι αναμφισβήτητο ότι βρισκόμαστε μπροστά σε ένα ορόσημο, όσον αφορά τα δημογραφικά δεδομένα, καθώς, σε σύντομο χρονικό διάστημα, οι ηλικιωμένοι θα είναι περισσότεροι από τα παιδιά και αυτό θα συμβαίνει για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας (Buckley B., 2001:6).

Η χρόνια ασθένεια είναι μία νοσολογική κατάσταση που επιμένει για μεγάλο χρονικό διάστημα, καθώς διαρκεί περισσότερο από τρεις μήνες και επιπλέον, δεν μπορεί να προληφθεί με εμβόλια ή να θεραπευτεί με φάρμακα. Οι επιβλαβείς -για την υγεία- συμπεριφορές (όπως είναι η χρήση καπνού και αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες), συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση των χρόνιων παθήσεων. Οι κυριότερες νόσοι και διαταραχές των ατόμων προχωρημένης ηλικίας αφορούν χρόνια νοσήματα και συγκεκριμένα την αρτηριακή υπέρταση, την υψηλή χοληστερόλη, την αρθρίτιδα, τη στεφανιαία νόσο, το σακχαρώδη διαβήτη, τη χρόνια νεφρική νόσο, την καρδιακή ανεπάρκεια, την κατάθλιψη, τη νόσο Alzheimer, την άνοια και τέλος την χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:563-567, [www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)). Στην Ευρώπη, το 85% των θανάτων οφείλεται στις χρόνιες ασθένειες και η επικρατέστερη αιτία θανάτου σε άτομα μεγαλύτερα των 65 ετών είναι η καρδιαγγειακή νόσος. Οι χρόνιες ασθένειες επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό τις εθνικές οικονομίες, περιορίζουν την παραγωγικότητα, αυξάνουν τις αναπηρίες και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ασθενών (Brennan P. et al, 2017).

Ως ποιότητα ζωής (Quality of Life - QoL) ορίζεται «η υποκειμενική αίσθηση του ατόμου για τη θέση του στη ζωή, σε συνάφεια με την κουλτούρα και το σύστημα αξιών στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τα ενδιαφέροντά του» (Σιόντη Β. κ.ά., 2019:801). Αντικατοπτρίζει δε την αίσθηση ευεξίας και την ικανοποίηση από τη ζωή, ενώ θεωρείται και ως μεταβλητή έκβασης της θεραπείας της νόσου (Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού Α., 2012:6). Οι Patrick & Erickson (1993) ορίζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality of Life - HRQoL), ως «την αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής, όπως αυτή τροποποιείται από τις διαταραχές, τις λειτουργικές καταστάσεις, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπευτικές παρεμβάσεις ή πολιτικές αποφάσεις για την υγειονομική περίθαλψη». Είναι γενικά αποδεκτό ότι η HRQoL είναι μια πολυδιάστατη έννοια, που αποτελείται από τουλάχιστον τρεις ευρείες περιοχές - σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία-, που επηρεάζονται από τη νόσο και τη θεραπεία αυτής (Megari K., 2013:141).

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν σημειωθεί πολλές προσπάθειες για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν ερωτηματολόγια, δείκτες και βαθμολογήσεις, στοχεύοντας στη αποτύπωση διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής (Βαλάσση – Αδάμ Ε., 2001:217). Τα διάφορα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής εκφράζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και θεωρητικές απόψεις, ενώ είναι σημαντικό να πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις (αξιοπιστία, εγκυρότητα, ειδικότητα, ευαισθησία), ώστε τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να είναι δυνατή η ερμηνεία τους (Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001:225-228, Gong J.B., 2018:65-66, Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού Α., 2012:6,9,11).

Είναι γεγονός ότι υπάρχει σχετική έλλειψη δημοσιευμένων δεδομένων, όσον αφορά κυρίως την επίδραση των χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής, ιδιαίτερα στην περίπτωση συνύπαρξης δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων σε ηλικιωμένα άτομα που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα (Ijoma U.N., 2020:1181). Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες παρουσιάζουν σημαντική επιβάρυνση στην ποιότητα της ζωής τους, ενώ η ευαισθητοποίησή των ίδιων για τακτικούς ιατρικούς ελέγχους, η έγκαιρη ανίχνευση των χρόνιων παθήσεων και η διασφάλιση προληπτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της κοινότητας, σε συνδυασμό με τη φυσική δραστηριότητα, τον περιορισμό

επιβλαβών συνηθειών και την υιοθέτηση αρχών υγιεινής διατροφής, μπορούν να συμβάλλουν στην προάσπιση και προαγωγή της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με χρόνια νοσήματα (Kumar D., 2018, Wilmowska - Pietruszyńska, A. et al, 2018:539).

Όσον αφορά τη δομή της εργασίας, στο **1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο του Γενικού μέρους** παρουσιάζονται ορισμοί και θεωρίες της γήρανσης, καθώς και περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, ενώ στο **2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** γίνεται αναφορά σε θέματα που άπτονται των χρόνιων νοσημάτων, με έμφαση στις αντιδράσεις των ατόμων στα χρόνια νοσήματα, καθώς και τις φάσεις εξέλιξης της χρόνιας ασθένειας. Στο **3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** μελετούνται διεξοδικά η έννοια της ποιότητας ζωής – ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία και τα συνήθη εργαλεία μέτρησης, όπως αναφέρονται στην παγκόσμια βιβλιογραφία. Στο **1<sup>ο</sup> Κεφάλαιο του Ειδικού μέρους** περιγράφεται η επίδραση των συχνότερων ειδικών χρόνιων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Στο **2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** περιέχονται επιπλέον ενδεικτικές μελέτες διερεύνησης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων στην κοινότητα με χρόνιες ασθένειες και συννοσηρές καταστάσεις. Στο **3<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** αναπτύσσονται οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα, ενώ στο **4<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** γίνεται μία αναφορά στην επίδραση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη θνησιμότητα και την εισαγωγή στο νοσοκομείο της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Το Ειδικό μέρος της εργασίας συμπληρώνεται με το **5<sup>ο</sup> Κεφάλαιο** που περιλαμβάνει ενδεικτικές παρεμβάσεις βελτίωσης της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα στην κοινότητα, όπως παρουσιάζονται στη σύγχρονη βιβλιογραφία. Η εργασία ολοκληρώνεται με τη **Συζήτηση** σχετικά με τα ευρήματα των συμπεριλαμβανομένων ερευνών και τα **Συμπεράσματα**, όπου γίνεται προσπάθεια να αναδειχθούν οι κυριότεροι περιορισμοί των αναφερόμενων μελετών, καθώς και προτάσεις για μελλοντική έρευνα και δράση.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

#### ΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ - ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

##### 1.1 Ορίζοντας τη γήρανση

Η ζωή μας έχει ως αφετηρία τη γονιμοποίηση. Οι περισσότερες αναπτυξιακές αλλαγές συμβαίνουν πριν από τη γέννηση και εξελίσσονται μέχρι την εφηβεία. Στη συνέχεια, οι λειτουργίες φθίνουν σταδιακά και επέρχεται η γήρανση. Χρησιμοποιώντας τον όρο της γήρανσης, αναφερόμαστε στις διαδικασίες που επιβαρύνουν την υγεία και τελικά επιφέρουν το θάνατο με την πάροδο του χρόνου. Η γήρανση σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας και τη σταδιακή μείωση της κατάστασης των κυττάρων, των ιστών και των οργάνων. Καθώς γερνάμε, όλες οι φυσιολογικές λειτουργίες φθίνουν, επιφέροντας έκπτωση της ικανότητά μας να αντιστεκόμαστε στις αρρώστιες ή τους περιβαλλοντικούς κινδύνους (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:11-12).

Το γήρας, σύμφωνα με τα κριτήρια του Strehler, είναι «μία φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική (universal), εγγενής (intrinsic), προοδευτική (progressive) και μη αναστρέψιμη (deleterious), ενώ η προσαρμοστικότητα (adaptability), η ευαισθησία (sensitivity), η ακρίβεια (accuracy) και η αντοχή (stamina) του οργανισμού παρουσιάζει προοδευτική μείωση με την πάροδο του χρόνου» (Αναστασιάδου Β., 2015:24-25).

Επιπλέον, το γήρας επέρχεται με διαφορετικούς ρυθμούς, είναι ευμετάβλητο και δυναμικό, εξαρτώμενο από ποικίλους παράγοντες, που επιδρούν στη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα του ατόμου (Dziechciaz M. & Filip R., 2014:835). Οι αλλαγές που επιφέρει δεν παίρνουν μια συγκεκριμένη μορφή στο σύνολο των ανθρώπων, ενώ είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι πρέπει να γίνεται σαφής διάκριση ανάμεσα στη φυσιολογική γήρανση και το παθολογικό γήρας, καθώς και να λαμβάνεται υπόψη η μεγάλη συσχέτιση μεταξύ γήρατος και νοσηρότητας, αφού ένας μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων πάσχει από -περισσότερα του ενός, συνήθως- χρόνια νοσήματα (Αναστασιάδου Β., 2015:25).

Κατά τον Πυθαγόρα, η ζωή του ανθρώπου μπορεί να παρομοιαστεί με το χωρισμό του έτους σε εποχές, δημιουργώντας έτσι τις τέσσερις αντίστοιχες κατηγορίες: παιδική ηλικία – Άνοιξη, εφηβεία και νεότητα – Καλοκαίρι, ενηλικίωση – Φθινόπωρο και γηρατειά – Χειμώνας. Πιο σύγχρονοι μελετητές όπως ο Laslet έθεσαν τέσσερα στάδια, με τις ονομασίες Πρώτη, Δεύτερη, Τρίτη και Τέταρτη ηλικία, λαμβάνοντας ως παράγοντα αλλαγής κυρίως το κοινωνικό και ψυχολογικό, παρά το σωματικό επίπεδο. Η Πρώτη ηλικία είναι η περίοδος που ο άνθρωπος εξαρτάται από άλλους, είναι ανώριμος και βρίσκεται στην αρχή της κοινωνικοποίησης και της εκπαίδευσής του. Στη Δεύτερη ηλικία περνά σε ένα στάδιο ωριμότητας, ανάληψης ευθυνών και ανεξαρτησίας, ενώ η Τρίτη ηλικία συνιστά την περίοδο ζωής του ανθρώπου στη διάρκεια της οποίας το άτομο επιτυγχάνει τις προσωπικές του επιδιώξεις. Κατά την Τέταρτη ηλικία ο άνθρωπος βρίσκεται πάλι σε μια περίοδο εξάρτησης, αδυναμίας και θανάτου (Πουλοπούλου – Έμκε Ή., 1999:120-130).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization - WHO) στις αναπτυγμένες χώρες, η χρονολογική ηλικία διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο και η ηλικία των 60 ή 65 ετών (ισοδύναμη περίπου με την ηλικία συνταξιοδότησης) θεωρείται ως η αρχή του γήρατος. Η ηλικιακή ταξινόμηση ποικίλλει μεταξύ των χωρών, καθώς και με την πάροδο του χρόνου, αντανακλώντας, σε πολλές περιπτώσεις, τις κοινωνικές και ταξικές διαφορές, καθώς και τη λειτουργική ικανότητα που σχετίζεται με την παραγωγικότητα, αντικατοπτρίζοντας παράλληλα την τρέχουσα οικονομική και πολιτική κατάσταση (WHO, 2002). Επίσης, κατά τον Π.Ο.Υ., το γήρας χωρίζεται σε τρεις περιόδους: α) γήρανση – ‘early old age’, 60-74 ετών, β) γήρας – ‘old – old’, 75-90 ετών, γ) μακροζωία – ‘long lived’, 90 ετών και άνω (Dziechciaz M. & Filip R., 2014:835).

Από την άλλη, στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η χρονολογική ηλικία έχει μικρή σημασία στην έννοια της γήρανσης, ενώ η ανάθεση ή απώλεια ειδικών κοινωνικών ρόλων -σαν απόρροια της φυσικής παρακμής-, σηματοδοτεί τον καθορισμό της γήρανσης. Όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Gorman M. «η γήρανση του ατόμου σε πολλές αναπτυσσόμενες χώρες φαίνεται να ξεκινά από το σημείο που η ενεργή συμβολή του δεν είναι πλέον δυνατή» (WHO, 2002).

## 1.2 Θεωρίες της γήρανσης

### 1.2.1 Βιολογικές θεωρίες

Στην έρευνα της γήρανσης, δεν υπάρχει μία ενιαία θεωρητική μέθοδος που να μπορεί να εφαρμοστεί σε παγκόσμια κλίμακα, με τη βιολογική θεωρία της γήρανσης να συνιστά την επικρατέστερη προσέγγιση (Stavrou V. & Zyga S., 2014: 162). Εξελικτικές θεωρίες: Οι εξελικτικές θεωρίες της γήρανσης προσπαθούν να ερμηνεύσουν τις διαφοροποιήσεις στην εξέλιξη της γήρανσης που παρουσιάζονται σε διαφορετικά είδη, καθώς και τις διακυμάνσεις ανάμεσα στα είδη, μέσω της διαδικασίας της μετάλλαξης, της φυσικής επιλογής και των ανταλλαγών γενετικού υλικού διαφορετικών χαρακτηριστικών των οργανισμών (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:15-17, Flatt T., 2012:148).

Θεωρία του προγραμματισμένου θανάτου: Η θεωρία του προγραμματισμένου θανάτου στηρίχτηκε στην ιδέα του Γερμανού βιολόγου August Weismann (1834 - 1914) σύμφωνα με την οποία υπάρχει ένας συγκεκριμένος μηχανισμός θανάτου που έχει διαμορφωθεί από τη φυσική επιλογή και μπορεί να περιορίσει τα παλιά και ευάλωτα μέλη του πληθυσμού, με σκοπό να ελευθερώσει χώρο διαβίωσης και πόρους για τη νεότερη γενιά (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:17-18, Balcombe N.R.& Sinclair A., 2001:839-840).

Θεωρία του ορίου των κυτταρικών διαιρέσεων: Ο Weismann θεώρησε ότι η διάρκεια ζωής σχετίζεται με τον αριθμό των γενεών των σωματικών κυττάρων που διαδέχονται η μία την άλλη, ξεκινώντας από το κύτταρο του εμβρύου. Παρά τις αμφισβητήσεις της θεωρητικής αυτής προσέγγισης, τελικά, έγινε γνωστό ότι υπάρχει ένας μέγιστος αριθμός διαιρέσεων των κυττάρων, γνωστό ως όριο 'Hayflick' προς τιμήν του συγκεκριμένου ερευνητή (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:18-19, Μαθιουδάκης Γ.Α., [http:// respi-gam.net/node/5311](http://respi-gam.net/node/5311)).

Θεωρία της πλειοτροπίας: Η θεωρία της ανταγωνιστικής πλειοτροπίας στηρίζεται σε δύο υποθετικές προτάσεις: πρώτον ότι διάφορα χαρακτηριστικά γνωρίσματα ενός οργανισμού μπορεί να επηρεαστούν από ένα συγκεκριμένο γονίδιο (πλειοτροπία) και δεύτερον, ότι αυτά τα αποτελέσματα της πλειοτροπίας μπορούν να επιδράσουν στην ικανότητα του ατόμου με ανταγωνιστικούς μηχανισμούς. Αυτή η θεωρία διατυπώθηκε από τον George Williams, ο οποίος υποστήριξε ότι «η φυσική επιλογή

έχει προκατάληψη προς όφελος της νεότητας έναντι των γηρατειών, όταν διαφαίνεται μία αντιπαραβολή συμφερόντων» (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:23-24, Balcombe N.R.& Sinclair A., 2001:843).

Θεωρία του θερμιδικού περιορισμού: Το 1935, ο κτηνιατρικός διατροφολόγος Clive Mc Cay δήλωσε ότι μπορεί να επιβραδύνει τη γήρανση σε πειραματόζωα, με την κατανάλωση τροφής με λιγότερες θερμίδες, αλλά κανονική ποσότητα πρωτεϊνών, βιταμινών και ανόργανων συστατικών. Ο θερμιδικός περιορισμός, εκτός από την καθυστέρηση της γήρανσης, προλαμβάνει πολλές ασθένειες, όπως τις παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος και τον καρκίνο, προσφέροντας και προστασία από τον σακχαρώδη διαβήτη, τις εκφυλιστικές ασθένειες του νευρικού συστήματος και των αυτοάνοσων διαταραχών (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:24-26, Balcombe N.R.& Sinclair A., 2001:842).

Θεωρία των ελευθέρων ριζών: Η θεωρία των ελευθέρων ριζών της γήρανσης παρουσιάστηκε αρχικά από τον Harman το 1956. Σύμφωνα με αυτή, η γήρανση οφείλεται στην αθροιστική δράση των οξειδωτικών βλαβών στα κύτταρα, προκαλώντας αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας. Με την πάροδο των χρόνων, ένα δίκτυο αντιοξειδωτικών αντιδρά στην επικίνδυνη επίδραση των ελευθέρων ριζών στα μεγάλα μόρια. Το οξειδωτικό στρες ορίζεται ως «η απουσία οξειδοαναγωγικής ισορροπίας, με πλεόνασμα οξειδωτικών ή σχετική απουσία αντιοξειδωτικών», αλλά ακόμη δεν έχει περιγραφεί πλήρως ο ρόλος κάθε παράγοντα του οξειδωτικού στρες στη διαδικασία της γήρανση στο ανθρώπινο είδος (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:26-27, Σταύρου Β. & Ζυγά Σ., 2014:162, Balcombe N.R.& Sinclair A., 2001:845, Τσακρακλίδης Β., 2007:379).

Θεωρία των τελομερών: Τα τελομερή είναι ακολουθίες γενετικού υλικού που επαναλαμβάνονται στο τελευταίο τμήμα των χρωμοσωμάτων και μικραίνουν σε κάθε κυτταρική διαίρεση. Όταν το μήκος των τελομερών συρρικνωθεί σημαντικά, τα κύτταρα παύουν να διαιρούνται, ενώ το ένζυμο τελομεράση προκαλεί την επιμήκυνση των τελομερών. Πολλές νέες έρευνες έχουν επικεντρωθεί στην ιδιότητα της τελομεράσης να επιβραδύνει τη γήρανση των κυττάρων του ανθρώπου στο εργαστήριο, όμως δεν υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις ότι αυτό μπορεί να αποτρέψει τη γήρανση από τους ζωντανούς οργανισμούς (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:28-29, Balcombe N.R.& Sinclair A., 2001:845, Τσακρακλίδης Β., 2007:378).



Θεωρία της συσσώρευσης αποβλήτων: Σύμφωνα με τη θεωρία της συσσώρευσης αποβλήτων, τα άχρηστα προϊόντα που αποβάλλουν τα κύτταρα μπορεί να περιέχουν διάφορες τοξίνες. Όταν αυτές οι τοξίνες συγκεντρώνονται σε μεγάλες ποσότητες, μπορούν να επηρεάσουν την κανονική λειτουργία των κυττάρων και να προκαλέσουν το θάνατό τους. Η συγκεκριμένη θεωρία τονίζει τη σημασία της παρουσίας της ουσίας λιποφουσκίνης σε μη διαιρούμενα κύτταρα (όπως νευρώνες και καρδιομυοκύτταρα) και η αθροιστική της παρουσία είναι αντιστρόφως ανάλογη με τα χρόνια ζωής των θηλαστικών (Κυριακίδης Δ. & Μπαμπάτσικος Χ., 2007:31-32, Balcombe N.R.& Sinclair A., 2001:840).

### **1.2.2 Κοινωνιολογικές θεωρίες**

Εκτός από τις βιολογικές θεωρίες που αφορούν τη γήρανση, υπάρχουν διάφορες κοινωνιολογικές θεωρίες που μελετούν τη γήρανση ως διαδικασία και τον αντίκτυπό της στους ανθρώπους και την κοινωνία στο σύνολό της.

Λειτουργική προσέγγιση: Οι πρώτες θεωρίες της γήρανσης αντανάκλασαν τη λειτουργική προσέγγιση που κυριαρχούσε στην Κοινωνιολογία κατά τη δεκαετία του '50 και του '60, εστιάζοντας στο πώς τα άτομα προσαρμόζονται στους μεταβαλλόμενους κοινωνικούς ρόλους καθώς γερνούν και πώς αυτοί οι ρόλοι είναι χρήσιμοι για την κοινωνία. Οι πρώτες θεωρίες συχνά υποθέτουν ότι η γήρανση συνεπάγεται σωματική και ψυχολογική παρακμή και ότι οι μεταβαλλόμενοι κοινωνικοί ρόλοι πρέπει να λάβουν υπόψη αυτήν την παρακμή. Ο Αμερικανός κοινωνιολόγος Talcott Parsons υποστήριξε ότι η κοινωνία πρέπει να βρει ρόλους για τους ηλικιωμένους, σύμφωνους με την προχωρημένη ηλικία τους. Εξέφρασε, επίσης, την ανησυχία του ότι ειδικότερα οι Η.Π.Α., με την έμφαση στη νεολαία και την αποφυγή από το θέμα του θανάτου, δεν κατάφερε να παράσχει ρόλους που να βασίζονται επαρκώς στη δυνητική σοφία και την ωριμότητα των ηλικιωμένων πολιτών της, οδηγώντας τους στην αποθάρρυνση και την αποξένωση από την κοινωνία (<http://www.sociologyguide.com/ageing/theories-of-ageing.php>, <http://eclass.hmu.gr/modules/document/file.php/>, Σταύρου Β. & Ζυγά Σ., 2014:162, Redfern S. & Ross F., 2011:50).

Δομική λειτουργική θεωρία: Σύμφωνα με τις ίδιες πηγές, οι Elaine Cumming και William Henry (1961), στηριζόμενοι στις ιδέες του Talcott Parsons, εξηγούν ότι η φυσική παρακμή και ο θάνατος που συνοδεύουν τη γήρανση μπορούν να

διαταράζουν την κοινωνία. Σε απάντηση, η κοινωνία απεμπλέκει τους ηλικιωμένους, μεταφέροντας σταδιακά τις αρμοδιότητες και τους ρόλους από τους ηλικιωμένους στους νέους, έτσι ώστε οι εργασίες να εκτελούνται με ελάχιστη διακοπή. Η θεωρία της αποδέσμευσης στηρίζεται στην ιδέα ότι η κοινωνία λειτουργεί με ομαλό τρόπο, αφαιρώντας τους ανθρώπους από τις θέσεις ευθύνης, καθώς φτάνουν στα γηρατειά. Με αυτόν τον τρόπο, η αποδέσμευση διασφαλίζει την ομαλή λειτουργία της κοινωνίας, απομακρύνοντας τους ηλικιωμένους από παραγωγικούς ρόλους, προτού να μην είναι πλέον σε θέση να τους εκτελέσουν. Ένα άλλο όφελος από την αποδέσμευση, σε μια ταχέως μεταβαλλόμενη κοινωνία, είναι ότι παρέχει χώρο για νέους εργαζόμενους, οι οποίοι συνήθως έχουν τις πιο ενημερωμένες δεξιότητες και την πιο σύγχρονη κατάρτιση.

Θεωρία της συμβολικής αλληλεπίδρασης: Με βάση την προσέγγιση της συμβολικής αλληλεπίδρασης, η θεωρία της δραστηριότητας επικεντρώνεται στην ιδέα ότι ένα υψηλό επίπεδο δραστηριότητας αυξάνει την προσωπική ικανοποίηση στα γηρατειά. Επειδή ο καθένας βασίζει την κοινωνική του ταυτότητα σε πολλούς ρόλους, η αποδέσμευση μειώνει την ικανοποίηση και το νόημα στη ζωή των ηλικιωμένων. Η θεωρία της δραστηριότητας δεν απορρίπτει την ιδέα της αποδέσμευσης της εργασίας, απλώς διευκρινίζει ότι οι άνθρωποι πρέπει να βρουν νέους ρόλους για να αντικαταστήσουν αυτούς που αφήνουν πίσω τους. Η έρευνα επιβεβαιώνει ότι οι ηλικιωμένοι που διατηρούν υψηλό επίπεδο δραστηριότητας βρίσκουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση στη ζωή τους. Παράλληλα, η θεωρία της δραστηριότητας αναγνωρίζει ότι οι ηλικιωμένοι είναι ιδιαίτεροι και διαφορετικοί, με μια ποικιλία ενδιαφερόντων, αναγκών και φυσικών ικανοτήτων. Γι' αυτό το λόγο, οι δραστηριότητες που επιλέγουν οι άνθρωποι και ο ρυθμός με τον οποίο τις ακολουθούν είναι πάντα ένα ατομικό θέμα (<http://www.sociologyguide.com/ageing/theories-of-ageing.php>, <http://eclass.hmu.gr/modules/document/file.php/>, Σταύρου Β. & Ζυγά Σ., 2014:162, Redfern S. & Ross F., 2011:50, Havighurst R.J. et al, 1968:67-71).

Θεωρία των κοινωνικών συγκρούσεων: Μια ανάλυση των κοινωνικών συγκρούσεων βασίζεται στην ιδέα ότι η πρόσβαση σε ευκαιρίες και κοινωνικούς πόρους διαφέρει για άτομα σε διαφορετικές ηλικιακές κατηγορίες. Για το λόγο αυτό, η ηλικία είναι μια διάσταση της κοινωνικής διαστρωμάτωσης. Η προσέγγιση των κοινωνικών συγκρούσεων ισχυρίζεται ότι η βιομηχανική - καπιταλιστική οικονομία δημιουργεί

μία ιεραρχία βασισμένη στην ηλικία. Σύμφωνα με τη μαρξιστική σκέψη, ο Steven Spitzer (1980) επισημαίνει ότι μια κοινωνία προσανατολισμένη στο κέρδος, υποτιμά οποιαδήποτε κατηγορία ανθρώπων που είναι λιγότερο παραγωγική. Στο βαθμό που οι ηλικιωμένοι δεν εργάζονται, η κοινωνία μας τους χαρακτηρίζει ως ‘ελαφρώς αποκλίνοντες’. Η ανάλυση των κοινωνικών συγκρούσεων εφιστά, επίσης, την προσοχή, σε διάφορες διαστάσεις της κοινωνικής ανισότητας στον πληθυσμό των ηλικιωμένων. Οι διαφορές στην τάξη, τη φυλή, την εθνικότητα και το φύλο διαχωρίζουν τα ηλικιωμένα άτομα, όπως συμβαίνει και σε όλες τις άλλες ηλικιακές ομάδες (<http://www.sociologyguide.com/ageing/theories-of-ageing.php>, <http://eclass.hmu.gr/modules/document/file.php/>, Σταύρου Β. & Ζυγά Σ., 2014:162).

Θεωρία της πολιτικής οικονομίας: Κατά τους ίδιους, μία από τα πιο σημαντικές πτυχές στη μελέτη της γήρανσης τα τελευταία χρόνια είναι η προοπτική της πολιτικής οικονομίας που διατύπωσε ο Carroll Estes. Η θεωρία της πολιτικής οικονομίας παρέχει μια περιγραφή του ρόλου του κράτους και του καπιταλισμού, ως συμβολή σε συστήματα κυριαρχίας και περιθωριοποίησης των ηλικιωμένων. Η θεωρία αυτή επικεντρώνεται στο ρόλο των οικονομικών και πολιτικών συστημάτων στη διαμόρφωση και την αναπαραγωγή των επικρατέστερων ρυθμίσεων εξουσίας και των ανισοτήτων στην κοινωνία. Η κοινωνική πολιτική ως προς το εισόδημα, την υγεία ή την κοινωνική ασφάλιση, νοείται ως αποτέλεσμα κοινωνικών αγώνων, συγκρούσεων και κυρίαρχων σχέσεων εξουσίας της κάθε εποχής. Είναι φανερό πως τα φαινόμενα που αφορούν τους ηλικιωμένους, σχετίζονται άμεσα με το ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο, μέσα στο οποίο οι ίδιοι βρίσκονται και λειτουργούν και συνεπώς τα συγκεκριμένα φαινόμενα δεν μπορούν να εξεταστούν μεμονωμένα από τις άλλες κοινωνικές δυνάμεις και τις υπάρχουσες κοινωνικές συνθήκες και προοπτικές.

### ***1.2.3 Ψυχολογικές θεωρίες***

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως τα νέα δημογραφικά δεδομένα ώθησαν την Ψυχολογία να δημιουργήσει έναν νέο κλάδο που ασχολείται ειδικά με τη «Ψυχολογία του γήρατος», εστιάζοντας στην ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων ανθρώπων (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:342).

Θεωρία της σωματικής σύστασης: Η φυσική δομή και τα βιοχημικά χαρακτηριστικά του οργανισμού είναι καθοριστικοί συντελεστές της ατομικής συμπεριφοράς. Όσο περνά ο καιρός, η σταδιακή και συνεχής έκπτωση του σώματος έχει αναπόφευκτη

επίδραση στη συμπεριφορά του ατόμου, εξηγώντας σε κάποιο βαθμό τη διαφορά στον τρόπο συμπεριφοράς μεταξύ των νέων και των ηλικιωμένων (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:345).

Ψυχαναλυτική άποψη: Σύμφωνα με την άποψη του Freud, με την πάροδο των χρόνων αρχίζουν να επικρατούν οι ενστικτώδεις ωθήσεις και να περιορίζεται η επίδραση του Εγώ. Ιδιαίτερο ρόλο σε αυτές τις μεταβολές διαδραματίζουν οι αλλαγές στη ζωή κυρίως λόγω της αποχώρησης από την εργασία, αλλά και του θανάτου αγαπημένων προσώπων. Επιπλέον, στα ηλικιωμένα άτομα εντείνονται οι φόβοι, ο δογματισμός και οι συντηρητικές και άκαμπτες πεποιθήσεις τους. Σταδιακά υποτιμούν τη σημασία των εξωτερικών καταστάσεων και κλείνονται στον εαυτό τους (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:345, Redfern S. & Ross F., 2011:50-51).

Προσέγγιση της ατομικής ψυχολογίας: Σύμφωνα με τους εμπνευστές της ατομικής ψυχολογίας, οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως είναι οι ενδοοικογενειακές σχέσεις, η πολιτιστική συγκρότηση του ατόμου και οι ευρύτερες σχέσεις του με τους άλλους ανθρώπους, προσδιορίζουν τη δομή της προσωπικότητάς του. Σύμφωνα με τον Adler, οι ηλικιωμένοι νιώθουν κατωτερότητα, λόγω της αλλαγής της πρότερης μορφής της οικογένειας, των οικονομικών δυσκολιών από τον περιορισμό των αποδοχών τους, καθώς και τη γνωστική και σωματική τους παρακμή. Παράλληλα, ο Allport πρώτος χρησιμοποίησε την έννοια της αυτονομίας στη λειτουργία των κινήτρων και τη μοναδικότητα των γνωρισμάτων του ατόμου, εφόσον διαφορετικές επιδράσεις του περιβάλλοντος επηρεάζουν με διαφορετικό τρόπο και σε διαφορετικό βαθμό τα άτομα στην πορεία της ζωής τους (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:345-346).

Ανθρωπιστική - Υπαρξιακή άποψη: Οι Rogers και Dymond εστίασαν την προσοχή τους στο φαινομενολογικό πεδίο, δηλαδή, στις εμπειρίες και τα βιώματα του ατόμου. Εξαιτίας της αλληλεπίδρασης με τον περιβάλλοντα χώρο, το άτομο σταδιακά διαχωρίζει ένα τμήμα από το φαινομενολογικό πεδίο, όπως είναι για παράδειγμα ο εαυτός του, το οποίο ο Rogers προσδιορίζει ως «ένα οργανωμένο πλαίσιο αντίληψεων». Ο άνθρωπος συνεχώς προσπαθεί να προσαρτήσει κάθε βίωμα της αντίληψής του στο οργανωμένο αντιληπτικό σύνολο του εαυτού του, ενώ πολλά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, σχετίζονται με μεταβολές στον τρόπο αντίληψης του εαυτού τους, οδηγώντας συχνά το άτομο σε αισθήματα

απουσίας ασφάλειας, κατωτερότητας και φόβου (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:346, Redfern S. & Ross F., 2011:52).

### **1.3 Επιδημιολογικά στοιχεία για την τρίτη ηλικία**

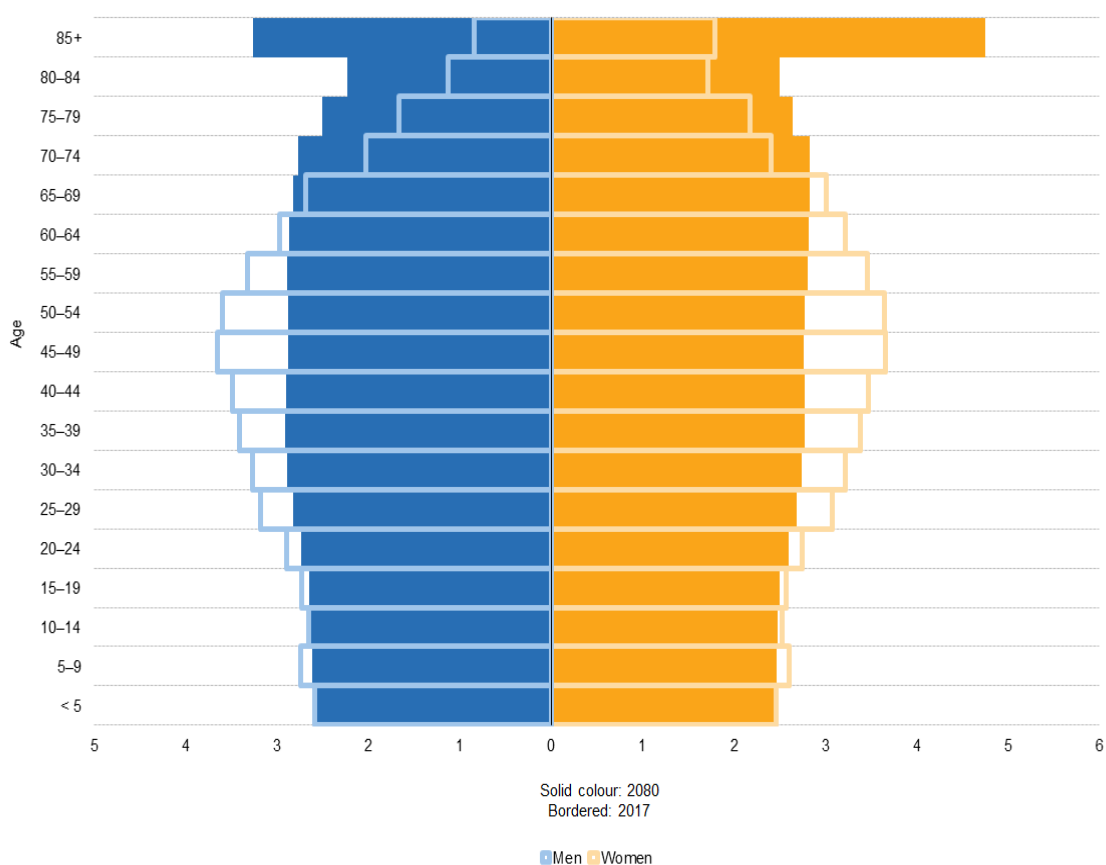
Μέχρι πριν από ένα αιώνα, πολλοί λίγοι άνθρωποι έφταναν σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών και ενώ αυτή η κατάσταση εξακολουθεί να υπάρχει σε κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες, στις περισσότερες βιομηχανοποιημένες κοινωνίες παρατηρείται μια προοδευτική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων (Buckley B., 2001:6).

Είναι αναμφισβήτητο ότι βρισκόμαστε μπροστά σε ένα ορόσημο όσον αφορά τα δημογραφικά δεδομένα, καθώς σε σύντομο χρονικό διάστημα οι ηλικιωμένοι θα είναι περισσότεροι από τα παιδιά και αυτό θα συμβαίνει για πρώτη φορά στην ιστορία της ανθρωπότητας (WHO, 2011:2). Σύμφωνα με παγκόσμια εκτίμηση, 605 εκατομμύρια άνθρωποι είναι σήμερα ηλικίας άνω των 65 ετών (Amalya S. et al., 2015:78), ενώ προβλέπεται ότι μεταξύ του 2010 και 2050, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων στις λιγότερο αναπτυγμένες χώρες αναμένεται να σημειώσει αύξηση μεγαλύτερη του 250%, έναντι 71% στις αναπτυγμένες χώρες, με τον αριθμό των ηλικιωμένων –σε παγκόσμια κλίμακα- να εκτινάσσεται σε 1,5 δισεκατομμύριο άτομα (WHO, 2011:4).

Επιπλέον, με βάση τις εκτιμήσεις των Ηνωμένων Εθνών για την προοπτική εξέλιξης του παγκόσμιου πληθυσμού από το 2010 έως το 2050, προβλέπεται αύξηση 188% για τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, 351% για τα άτομα άνω των 85 ετών (που συνιστούν και το ταχύτερα αυξανόμενο τμήμα του πληθυσμού των ηλικιωμένων), ενώ αναμένεται μια δεκαπενταπλάσια αύξηση σε αυτούς που είναι 100 ετών και άνω, φτάνοντας τα 2,2 εκατομμύρια μέχρι το 2050 (αύξηση κατά 1.004%) (Buckley B., 2001:6-7, <http://www.alfavita.gr/>) (Διάγραμμα 1).

**Διάγραμμα 1:** Πυραμίδα παγκόσμιου πληθυσμού το 2017 και το 2080. Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται, η τριγωνική πυραμίδα του παγκόσμιου πληθυσμού θα αντικατασταθεί από μία περισσότερο κυλινδρική πυραμίδα.

Population pyramids, EU-28, 2017 and 2080  
(% of the total population)



Note: 2017: estimate, provisional. 2080: projections (EUROPOP2015).  
Source: Eurostat (online data codes: demo\_pjangroup and proj\_15npms)

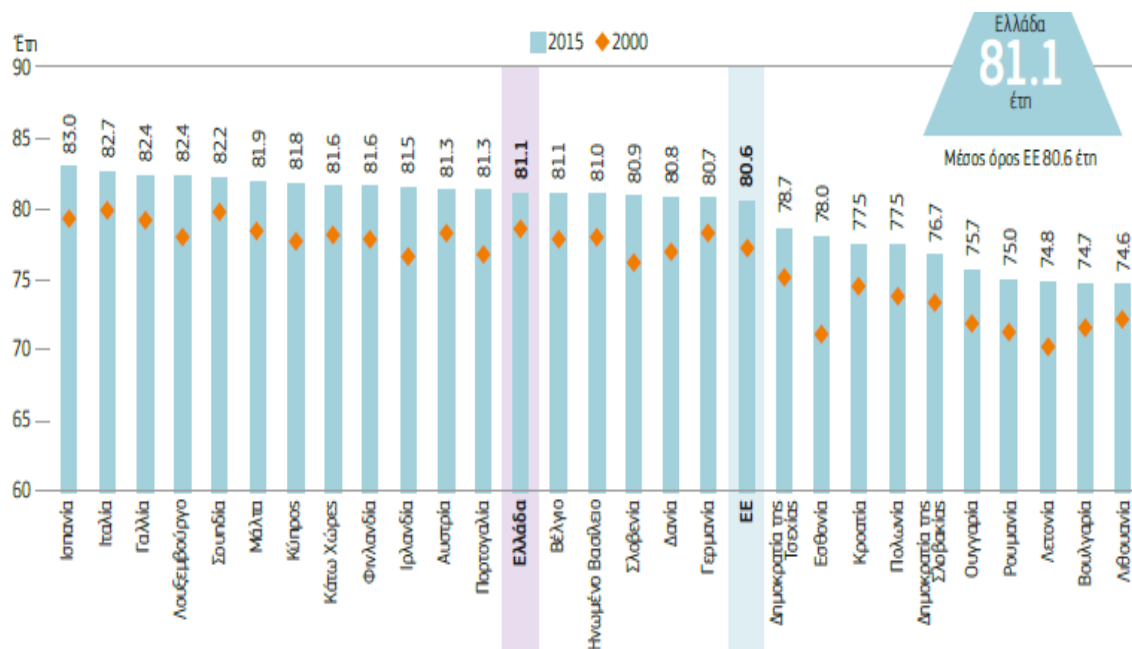
eurostat

**Πηγή:** <https://ec.europa.eu/eurostat/>.

Όσον αφορά το προσδόκιμο επιβίωσης -είναι ο μέσος όρος των χρόνων υπολειπόμενης ζωής-, από τα 50 χρόνια το 1900, έφτασε στα 80 και 79 χρόνια για τις γυναίκες και τους άντρες -αντίστοιχα- των αναπτυγμένων χωρών (Αναστασιάδου Β., 2015:19), ενώ στην ανατολική Ασία παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση, καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης από 45 έτη το 1950 έχει φτάσει σήμερα στην ηλικία των 74 ετών και άνω (WHO, 2011:6,8). Στην Ε.Ε. ο μέσος όρος ζωής το 2015 ήταν 83,3 έτη

για τις γυναίκες και 77,9 έτη για τους άνδρες, δηλαδή διαφορά 5,5 ετών μεταξύ των δύο φύλων (<http://gr.euronews.com/>) (Διάγραμμα 2).

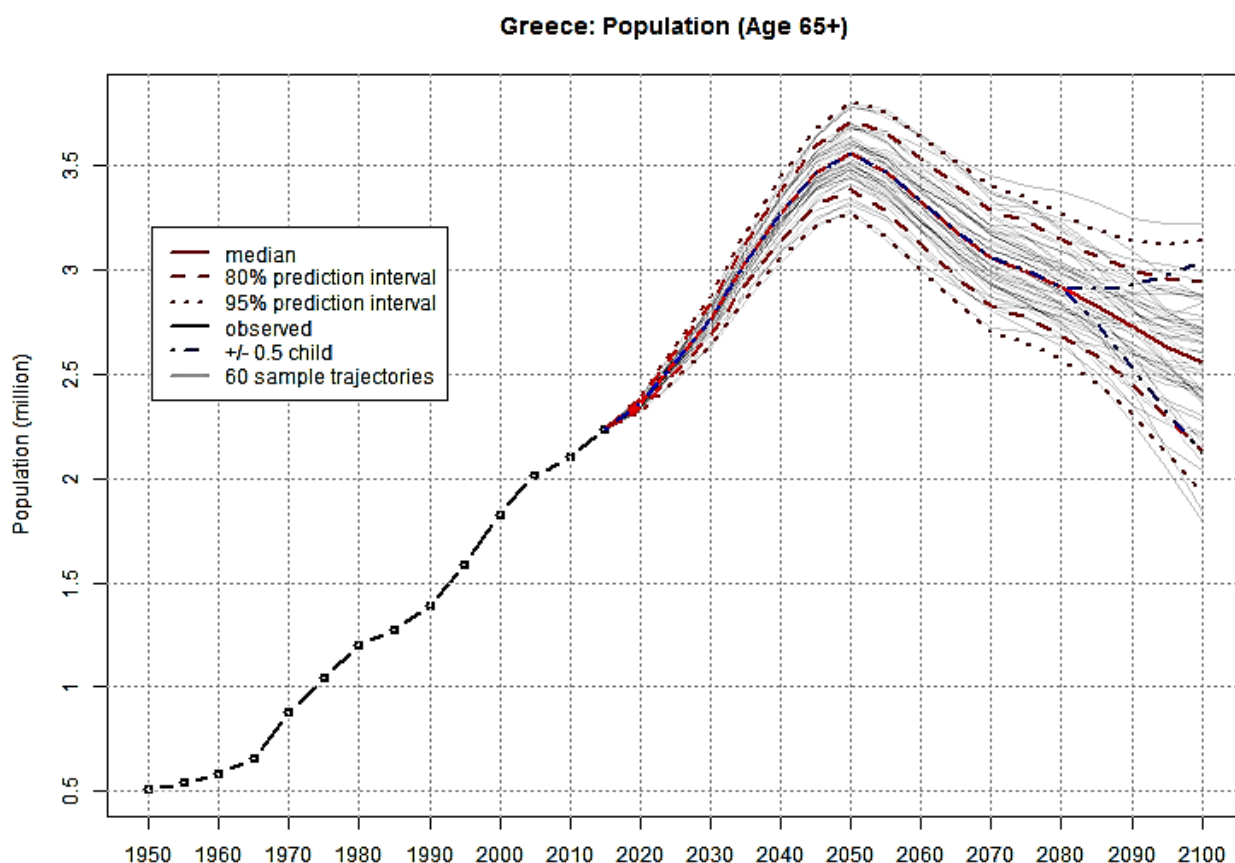
**Διάγραμμα 2:** Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση σε χώρες της Ε.Ε.



Πηγή: OECD (2017:2).

Στην Ελλάδα τα άτομα άνω των 60 ετών αντιπροσωπεύουν ποσοστό πάνω από το 27% του συνολικού πληθυσμού, που σημαίνει περίπου 3 εκατομμύρια άτομα άνω των 60 ετών, με προοπτική αύξησης σε 33,2% το 2030 και 40,8% το 2050. Με βάση αυτά τα στοιχεία, η χώρα μας κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σε γηράσκοντα πληθυσμό. Βασικό αίτιο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα είναι η μείωση της γεννητικότητας. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η Ελλάδα μαζί με την Ιταλία καταγράφουν τον τρίτο χαμηλότερο δείκτη γεννήσεων στην Ε.Ε., μετά την Γερμανία και την Πορτογαλία ([www.huffingtonpost.gr](http://www.huffingtonpost.gr)). Επιπλέον, η μετανάστευση προς το εξωτερικό, αποτελεί εξίσου σημαντική αιτία δημογραφικής γήρανσης, καθώς οι περισσότεροι μετανάστες ανήκουν στον πληθυσμό των παραγωγικών ηλικιών, ενώ η μείωση της θνησιμότητας των ηλικιωμένων συμβάλλει επίσης στην όξυνση του φαινομένου (<https://eclass.duth.gr/>) (Διάγραμμα 3).

**Διάγραμμα 3:** Προοπτική ηλικιωμένου πληθυσμού στην Ελλάδα. Η προοπτική του πληθυσμού βασίζεται στις πιθανοτικές προβλέψεις για τη συνολική γονιμότητα και το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση, με βάση τις εκτιμήσεις της Αναθεώρησης των Παγκόσμιων Προοπτικών Πληθυσμού του 2017.



**Πηγή:** United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects. The 2017 Revision. <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.

Είναι τέλος σημαντικό να αναφερθεί ότι το κορυφαίο επίτευγμα της μαζικής γήρανσης του 20<sup>ου</sup> αιώνα, αποδίδεται κυρίως στη μεγάλη πρόοδο της ιατρικής και της τεχνολογίας, καθώς και στη μείωση των ατυχημάτων και στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης (καθαρό πόσιμο νερό, καλύτερη και περισσότερη τροφή και ευνοϊκότερες συνθήκες υγιεινής και εργασίας) (WHO, 2011:6) Σύμφωνα με την Αναστασιάδου Β. (2015:19-21) η απειλή έναντι της υγείας σήμερα, σε παγκόσμιο επίπεδο, αφορά κυρίως σε μη μεταδοτικές ασθένειες (έναντι των λοιμωδών



νοσημάτων που συνιστούσαν τη μάστιγα του προηγούμενου αιώνα), όπως καρδιαγγειακά νοσήματα, καρκίνος, σακχαρώδης διαβήτης, επιδρώντας στην εξέλιξη της γήρανσης, ενώ ο περιορισμός των δυνατοτήτων φροντίδας των ηλικιωμένων από το οικογενειακό και συγγενικό περιβάλλον, επιφορτίζει την πολιτεία με αυξημένες ευθύνες εξεύρεσης πόρων και μέσων για την εξασφάλιση της ευημερίας του πληθυσμού των ηλικιωμένων.

#### 1.4 Βιολογικές αλλαγές στο πλαίσιο της γήρανσης

Οι γεροντολόγοι αντιμετωπίζουν τη γήρανση ως μια σειρά αλλαγών που συμβαίνει σε τέσσερα επίπεδα: το χρονολογικό, το βιολογικό, το ψυχολογικό, και το κοινωνικό επίπεδο (Χανιώτης Φ. & Χανιώτης Δ., 2013:63-78). Ο ρυθμός με τον οποίο επιτελούνται οι αλλαγές με την πρόοδο της ηλικίας, είναι διαφορετικός από άτομο σε άτομο και επηρεάζεται από γεγονότα της ζωής, ασθένειες, γενετικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, από τον τρόπο ζωής και τη διατροφή του ατόμου (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380) και επομένως η χρονολογική ηλικία του ατόμου δεν αποτελεί απόλυτο δείκτη της βιολογικής του ηλικίας (Mahan K. & Escott – Stump S., 2003:318-336) (Εικόνα 1).

**Εικόνα 1:** Παράγοντες που επηρεάζουν τη γήρανση και τη διάρκεια της ζωής.



**Πηγή:** Αναστασιάδου Β. (2015:24).

Η ανταπόκριση του οργανισμού συνολικά στη διαδικασία της γήρανσης διαφέρει για καθένα από τα οργανικά συστήματα. Ορισμένα όργανα εμφανίζουν - σχετική με την ηλικία - ελάττωση της βασικής τους λειτουργίας (νεφροί, πνεύμονες, ανοσοποιητικό σύστημα), ενώ κάποια άλλα διατηρούν τη βασική τους λειτουργία σε αντίστοιχα επίπεδα με αυτά που καταγράφονται σε νεότερα άτομα (καρδιά, μυελός των οστών και ήπαρ). Συνολικά οι ηλικιωμένοι είναι πιο επιρρεπείς στη νόσο και χαρακτηρίζονται από βραδύτερη ανάρρωση από κακώσεις ή επιπλοκές παθήσεων συγκριτικά με τα νεότερα άτομα. Με την αύξηση της ηλικίας, το σύνολο των μεταβολών που καταγράφονται, επηρεάζουν την εμφάνιση και τη σύσταση του σώματος, τα οργανικά συστήματα, την οξύτητα των αισθητηρίων οργάνων, τις γνωστικές λειτουργίες και τη διάθεση (Andreoli T.E. et al., 2010).

#### ***1.4.1 Μεταβολές στην εμφάνιση και τη σύσταση του σώματος***

Οι κυριότερες μεταβολές στην εμφάνιση είναι μεταβολές σωματικού τύπου, που επηρεάζουν το δέρμα, τα μαλλιά και τη μορφή του προσώπου. Με την πρόοδο της ηλικίας, το δέρμα γίνεται λεπτότερο και στερείται ελαστικότητας, ενώ λόγω της μειωμένης λιπαρότητας, η εμφάνισή του είναι πιο ξηρή και ρυτιδιασμένη. Επίσης, συχνή είναι η παρουσία κηλίδων με χαρακτηριστικό καφετί χρωματισμό (γεροντικοί σπίλοι), ενώ τα μαλλιά γίνονται γκρίζα και η τρίχα λεπταίνει. Επιπλέον, το σχήμα του προσώπου μεταβάλλεται εξαιτίας της εξέλιξης των οστών και των μαλακών ιστών, καθώς και της επίδρασης της βαρύτητας (Mendelson B. et al., 2012:753-760).

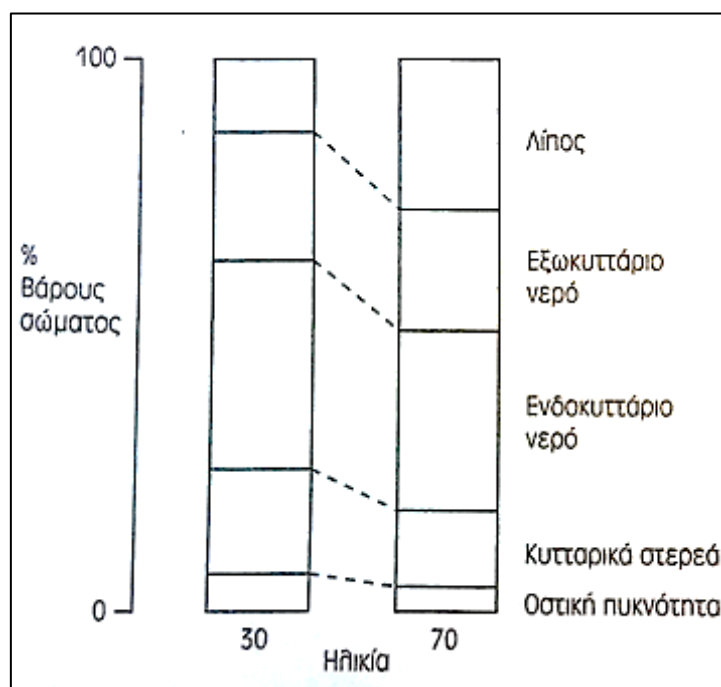
Παράλληλα, εμφανίζονται μεταβολές που αφορούν τη μυϊκή και κυτταρική μάζα, το σωματικό λίπος και το σωματικό νερό (Κρεμαστινού - Κουρέα Τ., 2010:565). Συγκεκριμένα, η γήρανση συνοδεύεται από μείωση κατά 2-3% της άπαχης σωματικής μάζας (σαρκοπενία), προερχόμενη κυρίως από τους σκελετικούς μύες, με άμεση συνέπεια την ελάττωση της μυϊκής δύναμης, όπως μπορεί να μετρηθεί από τη ικανότητα για χειρόσφιξη (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380, Μανιός Γ., 2006:153). Επίσης, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα παίζει βασικό ρόλο στη σαρκοπενία των ηλικιωμένων, ωστόσο ορμονικές και νευρικές διεργασίες είναι εξίσου σημαντικές (Tanvir A. et al., 2010:207-208, Μανιός Γ., 2006:153). Με την αύξηση της ηλικίας μειώνεται η έκκριση της αυξητικής ορμόνης, καθώς και των στεροειδών ορμονών (ανδρογόνα, οιστρογόνα), ενώ συγχρόνως η αυξημένη παραγωγή των

φλεγμονωδών κυτταροκινών (κυτοκινών) οδηγούν σε απώλεια αμινοξέων από τους μύες (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380, Brownie S., 2006:110-113).

Παράλληλα, το σωματικό λίπος αυξάνεται στους ηλικιωμένους, μεταναστεύοντας από τα άκρα προς τον κορμό (Κρεμαστινού - Κουρέα Τ., 2010:565) και σε συνδυασμό με τη μείωση του βασικού μεταβολισμού, αυξάνει την πιθανότητα για αλλαγή του σωματικού βάρους και εμφάνιση παχυσαρκίας (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380). Επιπρόσθετα αίτια αύξησης του σωματικού λίπους είναι η περιορισμένη φυσική δραστηριότητα, η ελλιπής έκκριση αυξητικής ορμόνης, καθώς και οι μειωμένες ορμόνες του φύλου (Tanvir A. et al., 2010:208-210). Φαίνεται πως το σωματικό βάρος και ο Δείκτης Μάζας Σώματος αυξάνονται μέχρι την ηλικία των 50-60 χρόνων και μετά από τα 65 έτη παρατηρείται μείωση κατά 0,5-4% του βάρους σώματος, σε χρονικό διάστημα ενός έτους (Redfern S. & Ross F., 2011:73, Chapman I.M., 2006:888).

Επιπλέον, όσον αφορά τις μεταβολές στο σωματικό νερό στην τρίτη ηλικία, αξίζει να σημειωθεί ότι, ενώ στην παιδική ηλικία το 90% του σωματικού βάρους είναι νερό, στο ηλικιωμένο άτομο 70 ετών κυμαίνεται σε 50-55% (Κρεμαστινού - Κουρέα Τ., 2010:566). Επιπλέον, ο μηχανισμός ρύθμισης της δίψας των ηλικιωμένων είναι λιγότερο αποτελεσματικός και σε συνδυασμό με τη μειωμένη δραστηριότητα της αντιδιουρητικής ορμόνης, οδηγούν στην αύξηση του κινδύνου για αφυδάτωση (Brown J., 2014:582-623). Σύμφωνα με τον ίδιο, η κατάθλιψη, η μειωμένη κινητικότητα και ο φόβος της ακράτειας, αποτελούν επιπλέον παράγοντες μειωμένης πρόσληψης υγρών και επακόλουθης αφυδάτωσης στα ηλικιωμένα άτομα (Διάγραμμα 4).

**Διάγραμμα 4:** Οι αλλαγές που επέρχονται στη σύνθεση του σώματος με τη γήρανση (οι ατομικές αποκλίσεις είναι μεγάλες).



**Πηγή:** Redfern S. & Ross F. (2011:73).

#### **1.4.2 Μεταβολές στα οργανικά συστήματα**

Η γήρανση επιφέρει προοδευτική μείωση της λειτουργικότητας στην πλειοψηφία των οργανικών συστημάτων, που οφείλεται κυρίως στο ότι ο μηχανισμός εκφύλισης και ανανέωσης των κυττάρων επιβραδύνεται, με συνέπεια να μειώνεται ο αριθμός των κυττάρων που υπάρχουν στα διάφορα όργανα (Κρεμαστινού - Κουρέα Τ., 2010:567-571). Πλήθος μεταβολών καταγράφονται στο πεπτικό, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το σύστημα των ενδοκρινών αδένων, το μυοσκελετικό, το ανοσοποιητικό, το νευρικό και το ουροποιητικό σύστημα των ηλικιωμένων ατόμων (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380).

Η πλειοψηφία των μεταβολών στο πεπτικό σύστημα αφορούν λειτουργικές αλλαγές στην κινητικότητα, την έκκριση, την πέψη και την απορρόφηση θρεπτικών συστατικών (Αναστασιάδου Β., 2015:30-31, Brownie S., 2006:113). Αρχικά, οι παρατηρούμενες μεταβολές στη στοματική κοιλότητα, όπως η προοδευτική καταστροφή των δοντιών και η μειωμένη μάζα της γλώσσας και των μασητήριων

μυών, επηρεάζουν τη μασητική ικανότητα (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380) και κατά συνέπεια την πρόσληψη τροφής (Redfern S. & Ross F., 2014:72-74). Παράλληλα, η μειωμένη παραγωγή σιέλου και η αλλαγή του σε πιο ιξώδες, επιβραδύνει την απορρόφηση των θρεπτικών συστατικών, προκαλώντας ξηροστομία και δυσκολία στην κατάποση (Bivona B.L., 1998:46). Επίσης, στα ηλικιωμένα άτομα η μειωμένη κινητικότητα των στοματοφαρυγγικών μυών και οι μεταβολές στον οισοφάγο επηρεάζουν την κατάποση και τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι (Redfern S. & Ross F., 2011:72-83). Η υπογλωρυδρία, στο πλαίσιο της ατροφικής γαστρίτιδας του ηλικιωμένου, οδηγεί σε μειωμένη διαλυτότητα και βιοδιαθεσιμότητα ασβεστίου, σιδήρου, φυλλικού οξέος και βιταμινών Β<sub>6</sub> και Β<sub>12</sub> (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380, Brownie S., 2006:112-114). Τέλος, η προωθητική κινητικότητα του παχέος εντέρου είναι μειωμένη, κυρίως λόγω εκκριτικών μεταβολών στο τοίχωμα του παχέος εντέρου (Brown J., 2014:582-623), προκαλώντας συχνότερα πρόβλημα δυσκοιλιότητας στους ηλικιωμένους (Evans J.M. et al., 1998:83), αλλά και διαταραχές στην απορρόφηση λίπους και ορισμένων μετάλλων (Drozdowski L. & Thomson A.B.R., 2006:7578, Madsen J., 1992:1548).

Στο καρδιαγγειακό σύστημα, με την αύξηση της ηλικίας, ο καρδιακός ρυθμός μειώνεται, καθώς ελαττώνεται η ικανότητα της καρδιάς να αντλεί το αίμα, ενώ συγχρόνως απαιτείται μεγαλύτερο έργο για να διοχετευτεί η απαραίτητη ποσότητα αίματος σε ολόκληρο το σώμα (Strait J.B., 2012:143). Παράλληλα, στους ηλικιωμένους, εκτός από τον μειωμένο όγκο αίματος και παλμού ως απόρροια της ηλικίας, παρατηρείται και μειωμένη ελαστικότητα των αιμοφόρων αγγείων, αυξημένη αρτηριακή σκληρία και αρτηριακή πίεση (Brown J., 2014:582-623, Lee H.Y. & Oh B.H., 1998:2257). Κατά τους ίδιους, η ικανότητα του οργανισμού για άμεσες και ταχείες ρυθμίσεις μειώνεται και οι αντισταθμιστικοί μηχανισμοί απαιτούν περισσότερο χρόνο για να επαναφέρουν την καρδιακή παροχή και να είναι αποτελεσματικοί.

Η γήρανση του αναπνευστικού συστήματος οφείλεται σε δομικές μεταβολές του θωρακικού τοιχώματος, του πνευμονικού παρεγχύματος και των αναπνευστικών μυών. Αυτού του τύπου οι αλλαγές μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία των πνευμόνων, προκαλώντας μειωμένη αναπνευστική ικανότητα και ελαττωμένη ικανότητα παραγωγής έργου (αντοχή) (Brown J., 2014:582-623). Επιπλέον, στις

ηλικίες από 80 ετών και άνω, η ανταλλαγή των αερίων είναι περιορισμένη, λόγω μιας επιταχυνόμενης μείωσης της κυψελιδοτριχοειδικής επιφάνειας, καθώς και της περιορισμένης ελαστικότητας των κυψελίδων (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380).

Σχετικά με το ουροποιητικό σύστημα, η λειτουργία των νεφρών επιδεινώνεται λόγω της μείωσης των νεφρώνων, της σκλήρυνσης των νεφρικών σπειραμάτων αλλά και της περιορισμένης αιματικής ροής (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380). Επίσης, οι λοιμώξεις και οι αποφρακτικές βλάβες είναι συχνές στους ηλικιωμένους, καθώς και η νυχτερινή ούρηση, η ακράτεια ούρων και η υπερτροφία του προστάτη στους ηλικιωμένους άνδρες (Gava A.L. et al., 2011:905, Presta P. et al., 2012:625), με επιπτώσεις στην ψυχική σφαίρα, την αυτοεκτίμηση του ατόμου, καθώς και στις διατροφικές του συνήθειες (αποφυγή λήψης υγρών ως τρόπος αντιμετώπισης της συχνής ή νυχτερινής ούρησης) (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380).

Το γήρας επιφέρει πολλές μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα, στα οστά και τις αρθρώσεις. Η μείωση της μυϊκής δύναμης επιταχύνεται δραματικά μετά τα 60 έτη, φτάνοντας στο 30-40% στα άτομα ηλικίας 70 - 80 ετών (St-Onge M.P. & Callagher D., 2010:152). Η αντοχή των οστών μειώνεται και παρατηρείται μεταβολή της αναλογίας βάρους/ύψους, λόγω της απώλειας οστικής μάζας (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:564). Σύμφωνα με την ίδια, στα ηλικιωμένα άτομα η απώλεια ασβεστίου από τα οστά είναι πολύ μεγαλύτερη από την ανανέωσή του, με αποτέλεσμα τα οστά να γίνονται λιγότερο πυκνά και πιο εύθραυστα (οστεοπόρωση). Οι μεταβολές αυτές είναι πολύ συχνές μετά την τέταρτη δεκαετία στις γυναίκες και την έκτη δεκαετία στους άνδρες (Ζαμπέλας Α., 2003: 325-380), με κυριότερες συνέπειες τον περιορισμό των κινήσεων, τη δυσκολία εκτέλεσης λεπτών κινήσεων με τα χέρια, τους πόνους και την έλλειψη ευελιξίας στα πόδια, καθώς και την επιβράδυνση του ρυθμού βαδίσματος, με ταυτόχρονη επιβάρυνση της ισορροπίας, καθιστώντας το ηλικιωμένο άτομο πιο επιρρεπές σε πτώσεις και κατάγματα (Αναστασιάδου Β., 2015:28).

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, η έκκριση ορμονών από το σύστημα των ενδοκρινών αδένων επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό. Η έκκριση της αυξητικής ορμόνης και των στεροειδών ορμονών (ανδρογόνα και οιστρογόνα) μειώνεται, ενώ στην περίπτωση της θυροξίνης, τα επίπεδα έκκρισης παραμένουν σταθερά. Φαίνεται ωστόσο να επηρεάζεται η δραστηριότητα των θυρεοειδικών ορμονών. Η περιορισμένη ανταπόκριση σε ορμόνες, όπως η νοραδρεναλίνη, επιτείνουν τη μείωση του βασικού

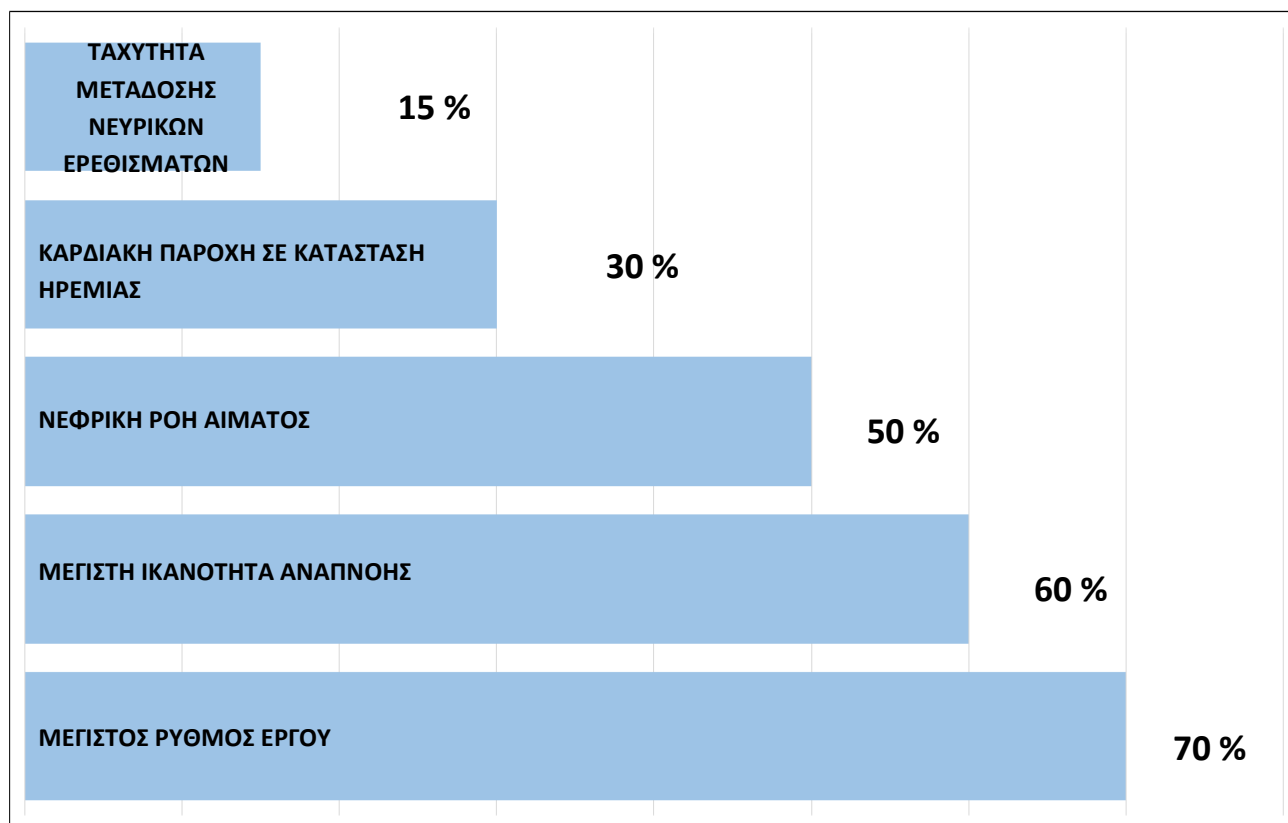
μεταβολισμού (Redfern S. & Ross F., 2011:77-79) και ο οργανισμός αποκτά προοδευτικά μεγαλύτερη αντίσταση στην ινσουλίνη, γεγονός που μπορεί να επηρεάσει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και συνεπώς την κατάσταση θρέψης του ατόμου (Ζαμπέλας Α., 2003:325-380). Παράλληλα, παρατηρείται μειωμένη ικανότητα μετατροπής της προβιταμίνης D σε преβιταμίνη D στο δέρμα (Brown J., 2014:582-623). Μεγάλη σημασία έχουν επίσης και οι ορμόνες που ρυθμίζουν την όρεξη (όπως η χολεκυστοκινίνη και η λεπτίνη), η έκκριση των οποίων συνδέεται με την «ανορεξία της γήρανσης», που κάνει τους ηλικιωμένους να είναι λιγότερο πεινασμένοι, να χορταίνουν γρηγορότερα, να τρώνε πιο αργά, καταναλώνοντας μικρότερη ποσότητα τροφής και λιγότερα σνακ ανάμεσα στα γεύματά τους (Tanvir A. et al., 2010:208, Charman I.M., 2006:887) (Εικόνα).

Η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος επηρεάζεται επίσης με την πρόοδο της ηλικίας, έχοντας ως αποτέλεσμα την συχνότερη εμφάνιση φλεγμονών, κυρίως λόγω του χρόνιου αντιγονικού ερεθισμού (Amarya S. et al., 2015:80-81). Οι μηχανισμοί της φυσικής ανοσίας, μπορεί είτε να καταστέλλονται, είτε να διεγείρονται, ενώ η παραγωγή αντισωμάτων από τα κύτταρα της επίκτητης ανοσίας είναι περιορισμένη. Επιπλέον, ο αριθμός των λεμφοκυττάρων είναι μειωμένος, με αύξηση του αριθμού των κυττάρων μνήμης (Deleidi M. et al., 2015:1-2, Φραγκούλης Γ. & Μουτσόπουλος Χ., 2008, Brownie S., 2006:116).

Τόσο το κεντρικό (Κ.Ν.Σ.) όσο και το αυτόνομο νευρικό σύστημα (Α.Ν.Σ.) επηρεάζονται από τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα κατά τη γήρανση. Ο όγκος και το βάρος του εγκεφάλου τείνουν να μειώνονται με την ηλικία (Redfern S. & Ross F., 2011:77-79). Η απώλεια νευρώνων σε προχωρημένη ηλικία είναι της τάξης του 20%, με αποτέλεσμα τόσο αισθητικές όσο και κινητικές περιοχές του εγκεφάλου να πλήττονται με διαφορετικό τρόπο, ενώ παρατηρείται και μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου (Ζαμπέλας Α., 2003:582-623:). Επιπλέον, η περιοχή του ιππόκαμπου και κατά συνέπεια η βραχύχρονη μνήμη επηρεάζονται, ενώ η απώλεια κυττάρων της παρεγκεφαλίδας έχει δυσμενείς συνέπειες στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων, καθώς και στην ισορροπία του σώματος (Αναστασιάδου Β., 2015:32). Σύμφωνα με την ίδια πηγή, λόγω μεταβολών που αφορούν το Α.Ν.Σ., οι ηλικιωμένοι έχουν μικρότερη προσαρμοστικότητα σε ακραίες θερμοκρασίες, γεγονός που τους καθιστά ομάδα κινδύνου σε χαμηλές ή υψηλές θερμοκρασίες. Οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν πολύ συχνά και διαταραχές στον ύπνο, που μπορεί ωστόσο να οφείλονται μεταξύ άλλων

στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια ή την καρδιά (Rodriguez J., 2015:38) (Διάγραμμα 5).

**Διάγραμμα 5:** Απώλειες των φυσιολογικών λειτουργιών με την γήρανση (μεταξύ 30 και 80 ετών).



**Πηγή:** Ζαμπέλας Α. (2003).

#### **1.4.3 Μεταβολές στην οξύτητα των αισθητηρίων οργάνων**

Συνολικά οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων οργάνων και οι μεταβολές αυτές επηρεάζουν την όραση, την ακοή, την όσφρηση, τη γεύση και την αφή (Κρεμαστινού - Κουρέα Τ., 2010, Brownie S., 2006:570).

Ειδικότερα, αναφορικά με την όραση, η μειωμένη παραγωγή δακρύων, η απώλεια οπισθοβολβικού λίπους, η μειωμένη χρωματική όραση, η λέπτυνση του αμφιβληστροειδή και το θόλωμα του φακού είναι τα συχνότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ένας ηλικιωμένος (Redfern S. & Ross F., 2011:79-80). Επιπλέον, πολλές παθολογικές καταστάσεις των οφθαλμών, όπως η πρεσβυωπία, ο



καταρράκτης, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας και το γλαύκωμα εμφανίζονται σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (Αναστασιάδου Β., 2015:32).

Τα προβλήματα ακοής είναι αρκετά διαδεδομένα στους ηλικιωμένους και οφείλονται κυρίως στη λέπτυνση των τοιχωμάτων των ακουστικών οδών και τη σκλήρυνση των τυμπάνων. Οι ηλικιωμένοι έχουν συχνά μειωμένη ευαισθησία σε υψηλότερες συχνότητες (πρεσβυακοή). Ένας στους τρεις ανθρώπους άνω των 60 και σχεδόν το 50% των ατόμων πάνω από 85 ετών, παρουσιάζουν απώλεια στην ακοή (Williger B. & Lang F.R., 2014:440).

Επίσης, το 50% των ηλικιωμένων παρουσιάζουν μειωμένη όσφρηση, με δυσμενή επίδραση στην όρεξη και την απόλαυση από τη λήψη φαγητού. Η έλλειψη ευαισθησίας στις οσμές, όπως ο καπνός, το υγραέριο ή τα αλλοιωμένα τρόφιμα, αναφέρεται επίσης πολύ συχνά από άτομα προχωρημένης ηλικίας, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα ασφάλειας για τους ηλικιωμένους (Αναστασιάδου Β., 2015:33).

Παράλληλα, η γεύση εμφανίζει σημαντική φθορά σε προχωρημένη ηλικία, λόγω της μείωσης του αριθμού των γευστικών καλύκων και της εκφύλισης των γευστικών θηλών, με αποτέλεσμα τον περιορισμό της απόλαυσης από το φαγητό και τη μείωση της όρεξης για κατανάλωση τροφής, επιδεινώνοντας έτσι την κακή κατάσταση θρέψης του ηλικιωμένου (Redfern S. & Ross F., 2011:79-80).

Η μείωση της ευαισθησίας στην αφή έχει επιπτώσεις στη διατήρηση της αισθητικοκινητικής ικανότητας (sensorimotor competence) και συνεπώς στην αυτόνομη διαβίωση του ηλικιωμένου ατόμου (Αναστασιάδου Β., 2015:33).

#### ***1.4.4 Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες***

Η μνήμη, η σκέψη και η ομιλία είναι γνωστικές λειτουργίες που διαταράσσονται με την πρόοδο της ηλικίας. Καθώς οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν μεγάλη ετερογένεια και διακρίνονται σε ηλικιακές υποομάδες, -νέοι ηλικιωμένοι, ηλικιωμένοι προχωρημένης ηλικίας, ηλικιωμένοι τέταρτης ηλικίας- (Ory M. et al., 2003:164-165, Amarya S. et al., 2015:80), οι παρατηρούμενες μεταβολές σε καθεμία από αυτές τις ομάδες είναι διαφορετικές. Στα άτομα της τρίτης ηλικίας (ηλικίες 65-74 & 75-84 ετών) οι μεταβολές είναι πιο ήπιες και μερικές φορές αντισταθμίζονται, ενώ με την πρόοδο

του γήρατος οι μεταβολές είναι πιο εκτεταμένες (Teri L. et al., 1997:270-271). Είναι επίσης χαρακτηριστικό ότι, με την πάροδο των χρόνων, η ταχύτητα με την οποία επεξεργάζονται οι πληροφορίες περιορίζεται, καθώς και η ικανότητα για απόκτηση νέων γνώσεων και ανάκτηση αναμνήσεων, σε ό,τι αφορά πρόσφατα κυρίως γεγονότα (Anstey K.J. et al., 2004:783-787). Παράλληλα, στον ηλικιωμένο μειώνεται η κριτική του ικανότητα, ανάλογα και παράλληλα με τη νοητική έκπτωση (δυσκολίες κυρίως σε αριθμητικές πράξεις, μαθηματικούς συλλογισμούς και συσχετίσεις γεγονότων). Τέλος, υποστηρίζεται ότι η φαντασία του ατόμου μειώνεται στον ηλικιωμένο, αν και αναφέρεται και η αντίληψη ότι η φαντασία δεν επηρεάζεται από τη γήρανση και ότι το ηλικιωμένο άτομο μέσω της φαντασίας του μπορεί και επιδιώκει να μεταφέρεται σε μία κατάσταση περισσότερο αρεστή από εκείνη που ζει (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:344).

#### ***1.4.5 Μεταβολές στη διάθεση***

Σύμφωνα με τους Holmen K. et al. (1999:91-92,94), οι ηλικιωμένοι με την πάροδο των χρόνων, παρουσιάζουν περισσότερα αισθήματα πίεσης και ανασφάλειας, σε σχέση με νεότερα άτομα, λόγω του συνεχώς αυξανόμενου κινδύνου για εμφάνιση νοσηρών καταστάσεων, ενώ σημαντική παράμετρος είναι η απώλεια ατόμων από το συγγενικό ή φιλικό τους περιβάλλον και η απομάκρυνση των παιδιών τους από το σπίτι. Η μοναξιά και η απομόνωση θα μπορούσε να είναι περισσότερο συνέπεια - παρά αιτία- κακής ψυχικής υγείας, προερχόμενα κατά κύριο λόγο από μεγάλη θλίψη που νιώθει το άτομο από τα δυσάρεστα γεγονότα που εκτυλίσσονται στη ζωή του. Επιπλέον, ο αριθμός των συναισθηματικών αποκρίσεων του ατόμου περιορίζεται, και αυτό μπορεί να αποδοθεί στην εστίαση των ηλικιωμένων στις σωματικές τους ασθένειες και την έκπτωση των ικανοτήτων τους, αλλά μπορεί να μειώνονται και για πρακτικές αιτίες, δηλαδή τα ηλικιωμένα άτομα να απομακρύνονται συναισθηματικά από τις έντονες συγκινησιακές καταστάσεις, για να προστατεύσουν την υγεία τους και για να μην νιώθουν δυσάρεστα αισθήματα (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:347-348). Από την άλλη, σε μεγάλο ποσοστό οι ηλικιωμένοι δηλώνουν ικανοποιημένοι με τη ζωή τους και έχουν αισιόδοξη διάθεση, ενώ βρίσκουν πολύ σημαντικό το γεγονός ότι συνεχίζουν να ζουν. Περισσότερες και σοβαρότερες μεταβολές στη διάθεση παρατηρούνται στα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα με γνωστικές διαταραχές. Τα άτομα αυτά χάνουν σταδιακά το ενδιαφέρον για την καθημερινότητά τους και τον κοινωνικό

τους περίγυρο, ενώ συγχρόνως αισθάνονται ότι η ζωή τους είναι κενή, χωρίς αξία και νόημα (Holmen K. et al., 1999:91-92,94).

### **1.5 Κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων**

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, οι ηλικιωμένοι δε συνιστούν μια ομοιογενή ομάδα, καθώς διαφοροποιούνται ως προς την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό και το οικονομικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τους Ory M. et al. (2003:164-165) και Amarya S. et al. (2015:79,81), η διάκριση των ατόμων σε ηλικιακές υποομάδες, επιτρέπει την ακριβέστερη αξιολόγηση των κυριότερων αλλαγών που λαμβάνουν χώρα. Η πρώτη υποομάδα, απαρτίζεται από τους «νέους ηλικιωμένους», ηλικίας μεγαλύτερης των 60 ή 65 ετών και έως 74 ετών, οι οποίοι φροντίζουν μόνοι τους τον εαυτό τους, παρουσιάζοντας λιγότερες νοσηρές καταστάσεις και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Την δεύτερη υποομάδα απαρτίζουν «ηλικιωμένα άτομα προχωρημένης ηλικίας», 75 έως 84 ετών, με κατάσταση υγείας όλο και πιο εύθραυστη και συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες περίθαλψης. Τα άτομα της πρώτης και δεύτερης υποομάδας αποτελούν «τα άτομα της τρίτης ηλικίας». Τέλος η τρίτη υποομάδα περιλαμβάνει τα «υπερήλικα άτομα» άνω των 85 ετών, που συνιστούν τα «άτομα τέταρτης ηλικίας», με σοβαρή ψυχοσωματική εξασθένιση, εξαρτημένα σε μεγάλο βαθμό από άλλα άτομα για την αντιμετώπιση των αναγκών τους, ζώντας στη πλειοψηφία τους περιορισμένα κατ' οίκον ή σε δομές φροντίδας ηλικιωμένων (Ory M. et al., 2003:164-165, Amarya S. et al., 2015:79,81).

Ένα βασικό χαρακτηριστικό του πληθυσμού των ηλικιωμένων είναι η επικράτηση του γυναικείου φύλου. Σε παγκόσμιο επίπεδο, μεταξύ των ατόμων άνω των 60 ετών, σε 100 γυναίκες αντιστοιχούν 70 άνδρες, ενώ η αναλογία αυτή μειώνεται στους 40 άνδρες/100 γυναίκες στις ηλικίες άνω των 80 ετών. Η εξήγηση του φαινομένου βρίσκεται στο διαφορετικό ποσοστό θνησιμότητας στα δύο φύλα. Η πιθανότητα θανάτου των γυναικών είναι μικρότερη από εκείνη των ανδρών σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Εκτός από το γεγονός ότι οι γυναίκες είναι βιολογικά πιο ανθεκτικές, οι άνδρες εκτίθενται περισσότερο σε κινδύνους βίαιου θανάτου, υιοθετούν συχνότερα επιβλαβείς συνήθειες για την υγεία (κάπνισμα, αλκοόλ) και αρκετοί ασκούν χειρωνακτικά επαγγέλματα, που σε γενικές γραμμές ενέχουν μεγαλύτερους κινδύνους (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2007:562-563).

Σύμφωνα με την ίδια, η προαναφερόμενη ανισορροπία με την επικράτηση των γυναικών έχει ως συνέπεια και την αλλαγή στα χαρακτηριστικά του πληθυσμού όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση. Δεδομένου του γεγονότος ότι οι άνδρες παντρεύονται συνήθως νεότερες γυναίκες και ότι έχουν οι ίδιοι αυξημένο δείκτη θνησιμότητας, είναι αναμενόμενη η μεγαλύτερη αναλογία χήρων γυναικών στον πληθυσμό, που στην πλειοψηφία τους ζουν μόνες τους. Η απώλεια του συντρόφου μπορεί να οδηγήσει σε μοναξιά, απομόνωση, κατάθλιψη, απάθεια και αδιαφορία, έλλειψη κινήτρων για δραστηριότητες και χαμηλές προσδοκίες για την ποιότητα της ζωής τους.

Μια άλλη παράμετρος στον πληθυσμό των ηλικιωμένων είναι και η τάση αύξησης των διαζυγίων. Παρ' όλο που προς το παρόν τα ηλικιωμένα άτομα στην Ελλάδα που έχουν διαζευχθεί είναι λίγα, εντούτοις αποτελούν μία εν δυνάμει ομάδα που δεν πρέπει να αγνοηθεί. Παράλληλα, οι πληθυσμοί της Ευρώπης -συμπεριλαμβανομένου και του ελληνικού πληθυσμού-, περιορίζουν συνεχώς το μέγεθος της οικογένειας, με αποτέλεσμα να μην υπάρχουν πολλά παιδιά που θα μπορέσουν αργότερα να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους γονείς τους (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2007:562-563). Είναι γεγονός πως συχνά παρατηρείται έλλειψη συστήματος αξιών και οικογενειακής υποστήριξης μεταξύ των μελών της οικογένειας, κυρίως εξαιτίας της επικράτησης της πυρηνικής μορφής οικογένειας (Amarya S. et al., 2015:79,81).

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε πως το ηλικιωμένο άτομο αποκτά καινούργιους ρόλους που οδηγούν σε μεταβολές των δραστηριοτήτων του. Έτσι, ο ηλικιωμένος αναλαμβάνει το ρόλο του παππού ή της γιαγιάς, του/της συνταξιούχου, του/της χήρου/ας, με κύρια χαρακτηριστικά τον περιορισμό της δραστηριοποίησης και της ευθύνης αλλά και ένα νέο τρόπο προσαρμογής. Όσο περισσότερο ευπροσάρμοστο είναι το άτομο στους ρόλους του, τόσο περισσότερη ικανοποίηση και ευτυχία θα αισθάνεται. Οι αλλαγές στους ρόλους των ηλικιωμένων συνδέονται άμεσα και με άλλες τροποποιήσεις στη ζωή τους. Τα παιδιά ενηλικιώνονται, απομακρύνονται από το σπίτι και γίνονται ανεξάρτητα, αποκτούν απογόνους, ενώ φίλοι και συγγενείς πεθαίνουν. Παράλληλα, χρόνιες ασθένειες επιβαρύνουν την υγεία τους, ενώ και οι συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων συχνά διαφοροποιούνται. Πολλοί από αυτούς αναγκάζονται -με ή χωρίς τη θέλησή τους- να ζήσουν με συγγενικά πρόσωπα, σε οίκους φροντίδας ηλικιωμένων ή σε ειδικά ιδρύματα που τους παρέχει η κοινωνία. Οι αλλαγές αυτές του τρόπου ζωής επιφέρουν ποικίλα προβλήματα που το άτομο

καλείται να διαχειριστεί. Έχει παρατηρηθεί ότι η προσαρμοστικότητα στις νέες αυτές καταστάσεις είναι ομαλότερη για το γυναικείο παρά για το ανδρικό φύλο. Η γυναίκα, ακόμα και αν εργαζόταν εκτός σπιτιού, διεκπεραίωνε και όλες τις οικιακές εργασίες και αυτές οι ενασχολήσεις συνεχίζουν να την απασχολούν, ενώ οι άνδρες, αντίθετα, βρίσκονται συνήθως χωρίς κάποια δραστηριότητα, σε μία νέα κοινωνική θέση με μειωμένο κύρος, λόγω κυρίως της ηλικίας τους και της συνταξιοδότησής τους (Μαλικιώση – Λοϊζου, 1980:347).

Παράλληλα, όσον αφορά το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, παρουσιάζονται διαφορές ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τον τόπο που έζησαν τα παιδικά τους χρόνια. Ο ηλικιωμένος πληθυσμός στην Ελλάδα, στην Ευρώπη και παγκόσμια, χαρακτηρίζεται από υψηλότερα ποσοστά αναλφαβητισμού και χαμηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο σε σχέση με τις νεότερες ηλικίες. Μεγάλες ανισότητες παρατηρούνται ανάμεσα στις αναπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες, καθώς και εντός της ίδια χώρας μεταξύ των φύλων. Είναι γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν υψηλότερα ποσοστά αναλφαβητισμού και χαμηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συγκριτικά με τους άνδρες (Φωτάκη Ζ., 2011:19-25).

Από έρευνες που έγιναν σε Κ.Α.Π.Η., όπου εγγεγραμμένα μέλη ήταν ηλικιωμένοι από τις μεσαίες και τις κατώτερες οικονομικές ομάδες, διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι έχουν χαμηλότερο μέσο εισόδημα από τα νεότερα άτομα (Σηφάκη Α., 2007:66-67). Οι γυναίκες βρίσκονται σε ασθενέστερη οικονομική κατάσταση από τους άνδρες, ενώ παρατηρούνται διακυμάνσεις στο εισόδημα των ηλικιωμένων από περιοχή σε περιοχή. Συγκεκριμένα, το εισόδημα του αστικού πληθυσμού είναι υψηλότερο από του ημιαστικού και αγροτικού ηλικιωμένου πληθυσμού (Τεπέρογλου Α., 1993:293-300, Φωτάκη Ζ., 2011:19-25). Με δεδομένο ότι η ηλικία υποχρεωτικής συνταξιοδότησης είναι στα 60 ή 65 χρόνια, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων είναι συνταξιούχοι με μοναδικό εισόδημα ή βασική πηγή του εισοδήματός τους την παρεχόμενη -από τις κοινωνικές δαπάνες- σύνταξη. Η συνταξιοδότηση σηματοδοτεί την παύση της επαγγελματικής δραστηριότητας και την μείωση των κοινωνικών επαφών, καθορίζοντας την οικονομική και την ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων. Καθώς χάνεται η ενεργή συναναστροφή και συντροφικότητα με τους συναδέλφους, συχνή είναι και η εκδήλωση άγχους και ανασφάλειας για την υγεία και την οικονομική τους κατάσταση και αυτονομία (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2007:563, Γείτονα Μ. & Μπούκουρα Ε., 2004:114-124).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η υγεία είναι «μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Μπορεί η πρόοδος στις επιστήμες υγείας και η οικονομική ανάπτυξη στις αναπτυγμένες χώρες να έχουν συμβάλει στην αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και στη μείωση των λοιμωδών νοσημάτων, ωστόσο οι χρόνιες ασθένειες, όπως ο καρκίνος και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, έχουν αυξηθεί ανησυχητικά. Στη σύγχρονη εποχή της παγκοσμιοποίησης και των έντονων αλλαγών στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, η διαχείριση των χρόνιων νόσων αποτελεί ίσως την κυριότερη πρόκληση για τα συστήματα υγείας (Ageing Europe, 2019:48, Pang T. & Guindon G., 2004:11-12).

#### 2.1 Ορίζοντας τη χρόνια νόσο

Ως χρόνια νόσος ορίζεται η «κατάσταση υγείας που διαρκεί ένα έτος ή περισσότερο και απαιτεί συνεχή ιατρική φροντίδα ή περιορίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ή και τα δύο» (<http://cdc.gov/chronicdisease/>).

Ο Π.Ο.Υ. ορίζει τις χρόνιες ασθένειες ως «ασθένειες μεγάλης διάρκειας και γενικά αργής εξέλιξης, που δεν μεταδίδονται από άτομο σε άτομο. Ωστόσο, πολλές χρόνιες ασθένειες έχουν ένα μολυσματικό αίτιο, όπως ο καρκίνος του τραχήλου της μήτρας και ο ηπατικός καρκίνος» (WHO, 2005:35, WHO, 2010:7).

Σύμφωνα με το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας στα κοινά χαρακτηριστικά των χρόνιων νόσων περιλαμβάνονται:

- η πολυπαραγοντική αιτιότητα στην εκδήλωσή τους,
- μία μακρά –συχνά ασυμπτωματική– περίοδος ανάπτυξης,
- μία παρατεταμένη πορεία της ασθένειας, που μπορεί να προκαλέσει επιπλοκές στην υγεία,
- μία σχετική λειτουργική διαταραχή ή αναπηρία (Bernell S. & Howard S.W., 2016:2).

Η Κρεμαστινού – Κουρέα Τ. (2010:509) αναφέρει ότι στην ομάδα των χρόνιων ή μη μεταδοτικών νοσημάτων συμπεριλαμβάνονται καταστάσεις που έχουν μόνιμο

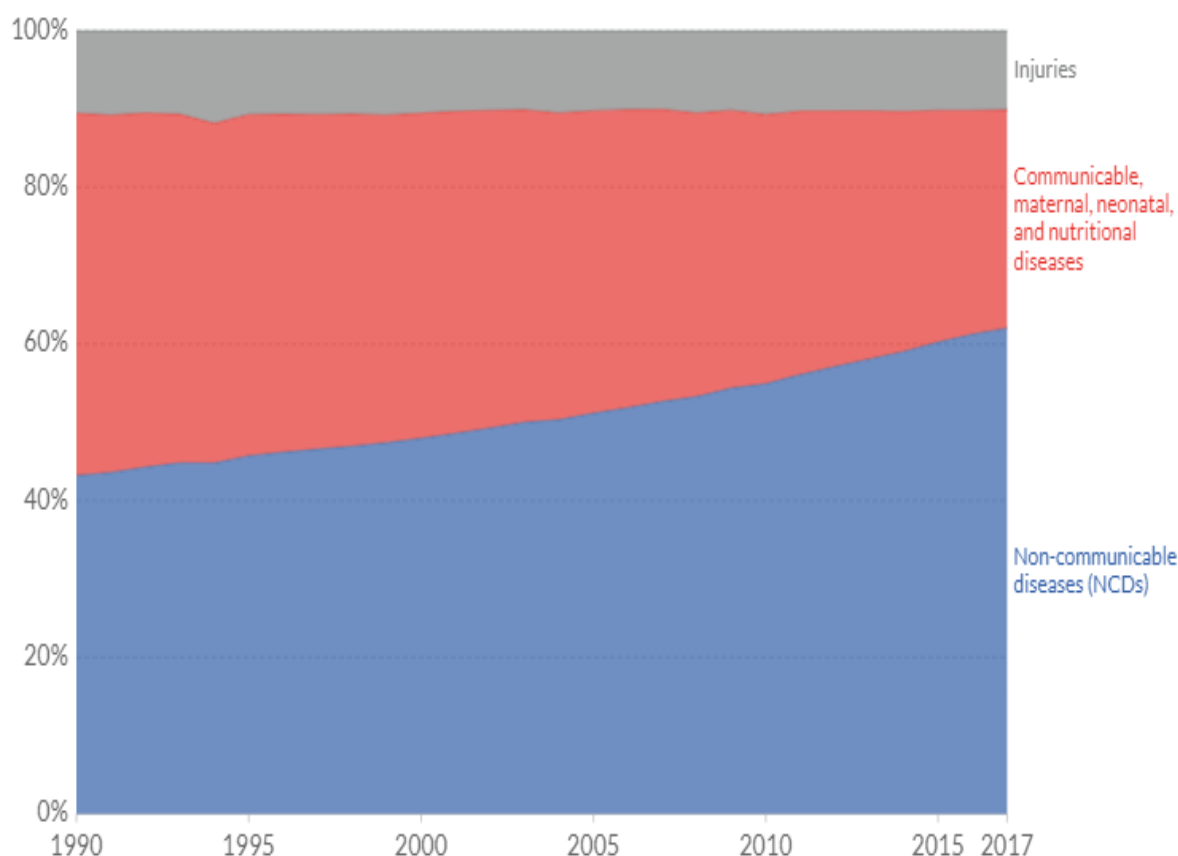
χαρακτήρα, καταλείπουν κάποιου βαθμού αναπηρία, αποδίδονται σε μη αναστρέψιμες αλλαγές του ανθρώπινου οργανισμού, απαιτούν ειδική εκπαίδευση του ασθενούς για την αποκατάσταση της αναπηρίας ή την παρέλευση μεγάλης χρονικής περιόδου παρακολούθησης και θεραπείας.

Παρόλο που οι έννοιες χρόνια νόσος (chronic disease), χρόνια ασθένεια (chronic sickness) και χρόνια αρρώστια (chronic illness) συγχέονται, στην πραγματικότητα η πρώτη αναφέρεται στη διαταραχή σε οργανικό επίπεδο (οι βλάβες εκφράζονται με σημεία και συμπτώματα που αξιολογούνται μέσω εργαστηριακών ευρημάτων), η δεύτερη στο κοινωνικό επίπεδο (εξαιτίας της νόσου διαταράσσονται οι επαγγελματικές/κοινωνικές/οικονομικές δραστηριότητες του ατόμου, το οποίο χαρακτηρίζεται ως ασθενής), ενώ η τρίτη στο λειτουργικό επίπεδο (αφορά στην υποκειμενική εμπειρία που βιώνει το άτομο, σύμφωνα με την οποία ο άρρωστος νιώθει δυσάρεστα συμπτώματα όπως πόνο, καταβολή, δυσφορία). Κατά συνέπεια, «οι μόνιμες διαταραχές του ατόμου στο οργανικό επίπεδο συνιστούν μία κατάσταση μειονεκτικότητας (impairment), στο κοινωνικό επίπεδο μία κατάσταση αναπηρίας (handicap), ενώ στο λειτουργικό επίπεδο μία κατάσταση ανικανότητας (disability)» (Walker C., 2001:207-211, Martin C.M., 2007: 2086-2087).

## **2.2 Επιδημιολογικά δεδομένα**

Σε παγκόσμιο επίπεδο, το 2017 περισσότερο από το 60% του βάρους των ασθενειών οφειλόταν σε χρόνιες - μη μεταδοτικές ασθένειες (Non Communicable Diseases - NCDs), με το 28% να αποδίδεται σε μεταδοτικές, μητρικές, νεογνικές και διατροφικές ασθένειες και μόλις πάνω από το 10% του βάρους να προέρχεται από τραυματισμούς. Αυτή η μετατόπιση του βάρους προς τα NCDs προκύπτει από τη σημαντική μείωση των μεταδοτικών και αποτρέψιμων ασθενειών, καθώς αυξάνονται τα εισοδήματα και βελτιώνεται το συνολικό επίπεδο υγείας και διαβίωσης. Σε χώρες με υψηλό εισόδημα, τα NCDs αντιπροσωπεύουν συνήθως περισσότερο από το 80% του φορτίου των ασθενειών, ενώ το αντίθετο ισχύει στα έθνη χαμηλού εισοδήματος, όπου οι μεταδοτικές ασθένειες εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν περισσότερο από το 60% του φορτίου των ασθενειών (Roser M. & Ritchie H., <http://ourworldindata.org/>) (Διάγραμμα 6).

**Διάγραμμα 6:** Συνολική επιβάρυνση της νόσου ανά αιτία (Παγκόσμια, 1990 - 2017). Συνολικό φορτίο ασθένειας που μετράται ως χρόνια ζωής (DALYs-Disability Adjusted Life Years) προσαρμοσμένα στην αναπηρία ανά έτος. DALYs: Εκφράζει τα χρόνια ζωής που χάνονται από ‘πρόωρο θάνατο’ (πριν από το προσδόκιμο επιβίωσης) και τα χρόνια ζωής με ‘ανικανότητα’ ειδικής βαρύτητας και διάρκειας. Ένα DALY ισούται με ένα χαμένο χρόνο υγιούς ζωής.



**Πηγή:** Roser M. & Ritchie H. (<https://ourworldindata.org/burden-of-disease/>).

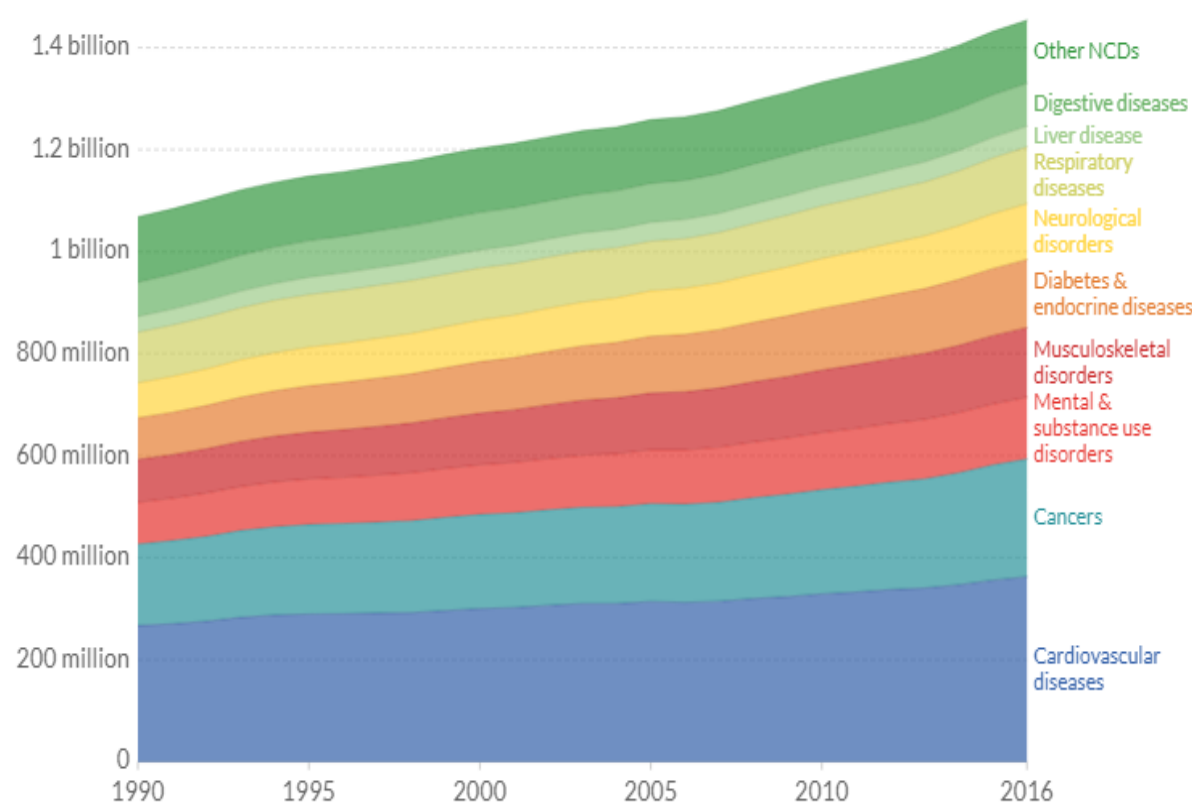
Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., οι μη μεταδοτικές ασθένειες (NCDs) οδηγούν σε θάνατο 41 εκατομμύρια ανθρώπους ετησίως, προκαλώντας το 71% όλων των θανάτων σε παγκόσμιο επίπεδο. 15 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από ένα NCD, ηλικίας 30 έως 69 ετών ετησίως και πάνω από το 85% αυτών των ‘πρόωρων θανάτων’ καταγράφονται σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αντιπροσωπεύουν τους περισσότερους θανάτους από NCDs (17,9



εκατομμύρια άτομα ετησίως), ακολουθούμενες από καρκίνους (9 εκατομμύρια), αναπνευστικές ασθένειες (3,9 εκατομμύρια) και σακχαρώδη διαβήτη (1,6 εκατομμύρια). Αυτές οι 4 ομάδες ασθενειών ευθύνονται για πάνω από το 80% όλων των ‘πρόωρων’ θανάτων από NCDs (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases/>) (Διάγραμμα 7).

**Διάγραμμα 7:** Φορτίο ασθενειών από μη μεταδοτικές ασθένειες (Παγκόσμια, 1990 – 2016).

Συνολικό φορτίο ασθένειας που μετράται ως χρόνια ζωής (DALYs-Disability Adjusted Life Years) προσαρμοσμένα στην αναπηρία ανά έτος.

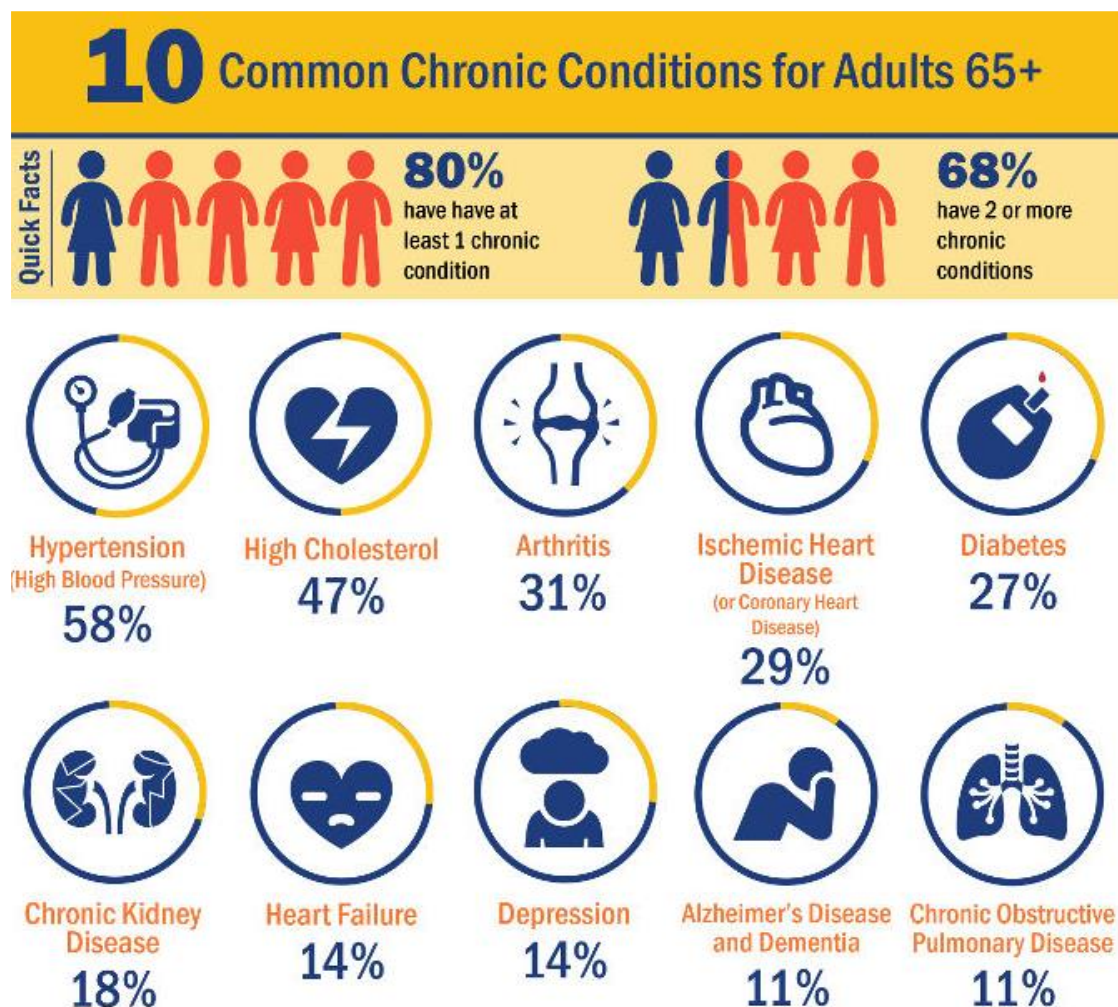


**Πηγή:** Roser M. & Ritchie H. (<https://ourworldindata.org/burden-of-disease/>).

Το 80% των ηλικιωμένων πάσχει τουλάχιστον από μία χρόνια νόσο και το 68% παρουσιάζει δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες (συννοσηρότητα), οι οποίες μπορούν να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία και την ποιότητα της ζωής τους. Οι 10 πιο συχνές χρόνιες ασθένειες στα ηλικιωμένα άτομα είναι η αρτηριακή υπέρταση, η υψηλή χοληστερόλη, η αρθρίτιδα, η στεφανιαία νόσος, ο σακχαρώδης διαβήτης, η

χρόνια νεφρική νόσος, η καρδιακή ανεπάρκεια, η κατάθλιψη, η νόσος Alzheimer και η άνοια και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (CDC, dailycaring.com) (Εικόνα 2).

**Εικόνα 2:** Οι 10 πιο συχνές χρόνιες ασθένειες σε ηλικιωμένους ενήλικες.

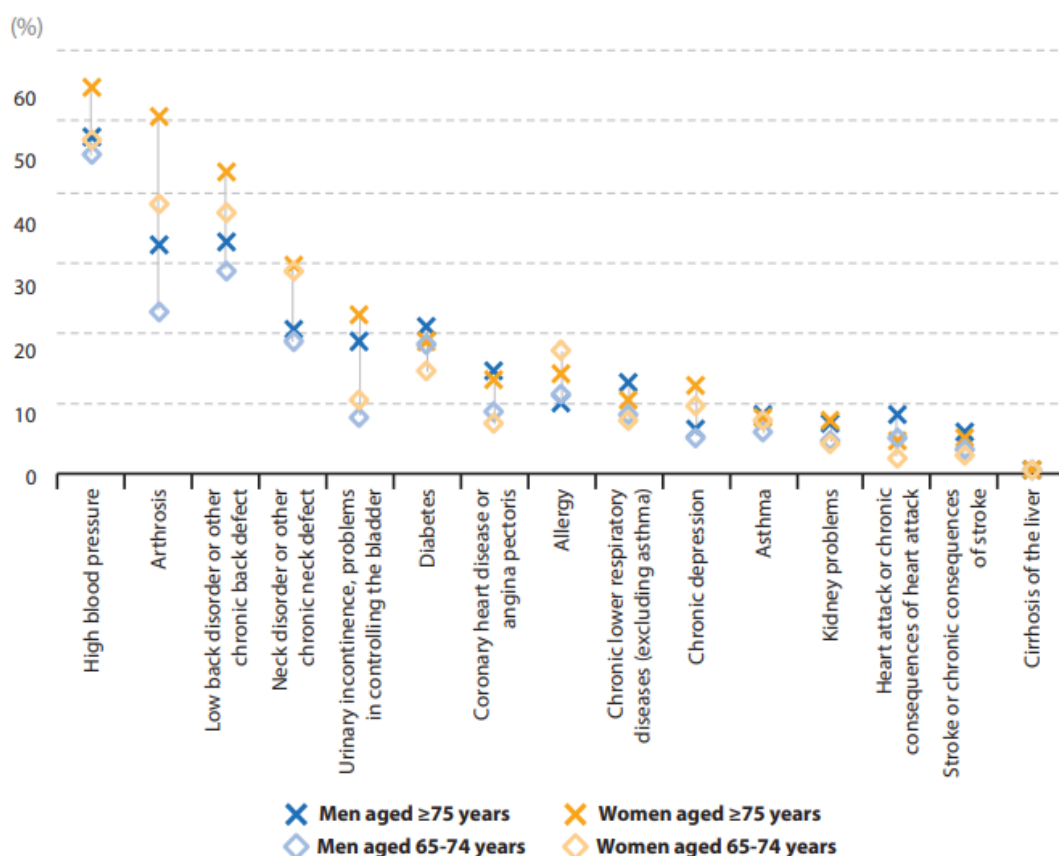


**Πηγή:** <https://dailycaring.com/prevent-and-manage-the-10-most-common-chronic-diseases-in-older-adults/>.

Το 2017, στην Ε.Ε.-28, περίπου τα 2/3 (66,9%) των ατόμων ηλικίας 75-84 ετών επηρεάστηκαν από μια μακροχρόνια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας, ενώ το αντίστοιχο μερίδιο για άτομα ηλικίας 65-74 ετών ήταν χαμηλότερο (56,9%). Περισσότερο από το ήμισυ (52,1%) όλων των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω υπέφεραν από υψηλή αρτηριακή πίεση, ενώ είναι σχετικά υψηλά τα ποσοστά ατόμων σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα που πάσχουν από αρθροπάθεια (43,4%) και προβλήματα στην πλάτη (38,8%). Υψηλότερο ποσοστό γυναικών (αντί για άνδρες) ηλικίας 75 ετών και άνω

πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Οι γυναίκες πάσχουν κυρίως από αρθροπάθειες, προβλήματα στην πλάτη και τον αυχένα, υψηλή αρτηριακή πίεση και χρόνια κατάθλιψη. Υπήρξαν κάποιες χρόνιες ασθένειες που πλήττουν υψηλότερο ποσοστό των μεγαλύτερων ανδρών (αν και οι διαφορές μεταξύ των φύλων ήταν σχετικά μικρές) και περιελάμβαναν τις καρδιακές προσβολές, ασθένειες του κατώτερου αναπνευστικού και το σακχαρώδη διαβήτη. Επιπλέον, συγκριτικά με άτομα που κατέχουν το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης, τα άτομα με το κατώτερο επίπεδο εκπαίδευσης είναι πολύ πιθανότερο να πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης (τέσσερις φορές πιθανότερο), η αρτηριακή υπέρταση και η χρόνια κατάθλιψη (τρεις φορές πιθανότερο), το άσθμα ή άλλα χρόνια αναπνευστικά νοσήματα (πάνω από δύο φορές πιθανότερο) (Ageing Europe, 2019:66,71-73, OECD, 2017:2-3) (Διάγραμμα 8).

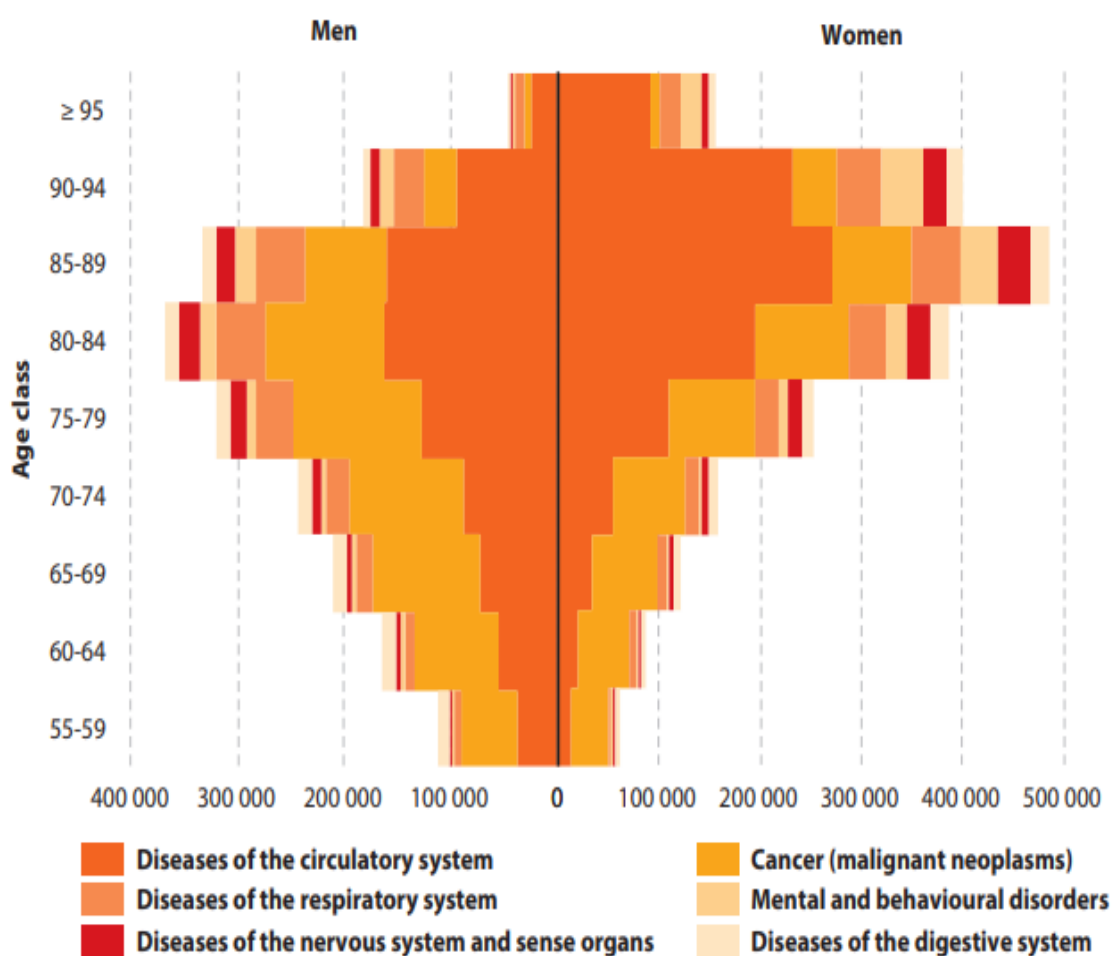
**Διάγραμμα 8:** Αυτοαναφερόμενες χρόνιες ασθένειες, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, Ε.Ε.-28, 2014.



Πηγή: Ageing Europe (2019:66).

Οι κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ των ανθρώπων ηλικίας 55 ετών και άνω στην Ε.Ε.-28 είναι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος, καρκίνος και ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος. Ο καρκίνος είναι η κύρια αιτία θανάτου τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες μεταξύ των ηλικιών των 55 και 74 ετών. Από την ηλικία των 75 ετών και μετά, η πιο κοινή αιτία θανάτου είναι οι ασθένειες του κυκλοφορικού συστήματος (Ageing Europe, 2019:66,71-73) (Διάγραμμα 9)

**Διάγραμμα 9:** Κύριες αιτίες θανάτου μεταξύ ηλικιωμένων ανθρώπων, ανά φύλο και ηλικιακή ομάδα, Ε.Ε.-28, 2015.

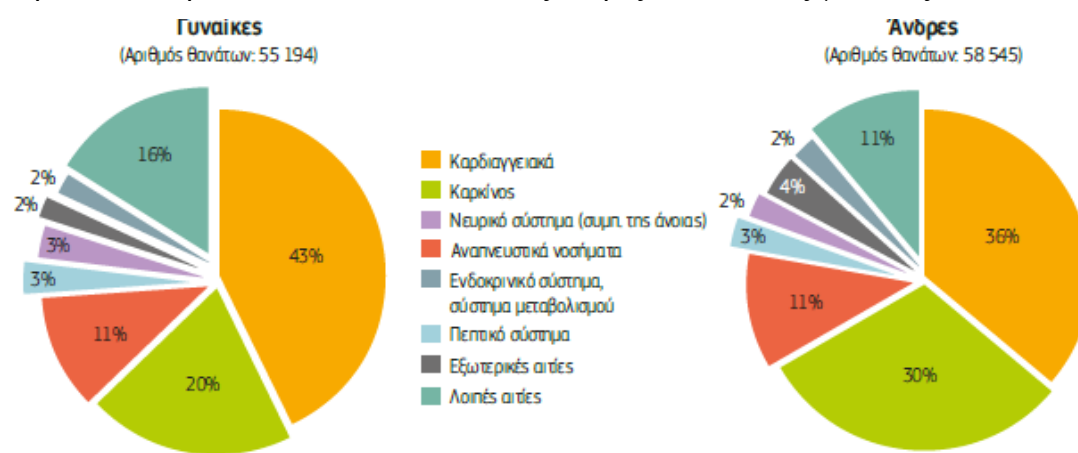


**Πηγή:** Ageing Europe (2019:71).

Παρόμοια στην Ελλάδα, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (κυρίως οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και τα εγκεφαλικά επεισόδια) συνιστούν την πρώτη αιτία θανάτου, καθώς επιφέρουν τα δύο πέμπτα όλων των θανάτων στις γυναίκες και κατά προσέγγιση το ένα τρίτο στους άντρες. Ο καρκίνος είναι η δεύτερη κυριότερη αιτία θανάτου, καθώς προκαλεί το 20% των θανάτων μεταξύ των γυναικών και το 30%

ανάμεσα στους άνδρες (Διάγραμμα 10). Οι κύριοι προσδιοριστικοί παράγοντες για τα έτη ζωής που σταθμίζονται ως προς τις επιβαρύνσεις που επιφέρει η ασθένεια στην υγεία (DALY), συνυπολογιζόμενης της επιβάρυνσης λόγω θνησιμότητας και νοσηρότητας, είναι οι ισχαιμικές καρδιοπάθειες και ακολουθούν οι μυοσκελετικές διαταραχές (μεταξύ αυτών η οσφυαλγία και η αυχεναλγία), ενώ η επιβάρυνση εξαιτίας της νόσου του Alzheimer και άλλων μορφών άνοιας έχει επίσης αυξηθεί δραματικά από το 2000 (OECD, 2017:2-3).

**Διάγραμμα 10:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα και ο καρκίνος στην Ελλάδα προκαλούν την πλειονότητα των θανάτων τόσο στους άντρες όσο και στις γυναίκες.



**Πηγή:** OECD (2017:3).

Αξίζει τέλος να υπογραμμιστεί σχετικά με την ‘αυτοαναφερόμενη καλή υγεία’ πως σχεδόν τα τρία τέταρτα του ελληνικού πληθυσμού (74%) αναφέρουν πως είναι καλά στην υγεία τους, συνιστώντας ποσοστό υψηλότερο από την πλειονότητα των χωρών της Ε.Ε., αλλά ελαφρώς μειωμένο σε σχέση με 10 χρόνια πριν (77% το 2005) (OECD, 2017:4).

### 2.3 Τα αίτια των χρόνιων νοσημάτων

Σύμφωνα με την Κρεμαστινού – Κουρέα Τ. (2010:519-527), από παλιά έχει τεκμηριωθεί η επιστημονική συσχέτιση συμπεριφορών και συνηθειών ζωής, που λειτουργούν ως παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση των μη μεταδοτικών νοσημάτων. Μια ομάδα κοινών παραγόντων κινδύνου θεωρούνται υπεύθυνοι για τα περισσότερα χρόνια νοσήματα:

- Ανθυγιεινή διαίτα και υπερβολική πρόσληψη τροφής.
- Κάπνισμα.
- Υπερκατανάλωση αλκοόλ.

- Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας.
- Περιβαλλοντικοί και επαγγελματικοί κίνδυνοι.

Οι παραπάνω παράγοντες, οι οποίοι είναι τροποποιήσιμοι, σε συνδυασμό με τους μη τροποποιήσιμους, όπως η ηλικία και η κληρονομικότητα, ενισχύουν την ανάπτυξη ενδιάμεσων παθολογικών καταστάσεων, που περιλαμβάνουν την αρτηριακή υπέρταση, την υπεργλυκαιμία, την υπερχοληστεριναιμία και την παχυσαρκία.

Υπερχοληστεριναιμία: Η χοληστερόλη είναι μία ουσία (στερόλη) που παράγεται κυρίως ενδογενώς από τον οργανισμό (κυρίως από το ήπαρ) και συμμετέχει στην ενδοκρινική λειτουργία των κυττάρων. Η εξωγενής της προέλευση είναι αποτέλεσμα αποδόμησης των τροφών, κυρίως των κορεσμένων λιπών, που λαμβάνονται πρώτιστα από τις ζωικές τροφές. Η χοληστερόλη είναι ο κύριος λίθος στην ανάπτυξη αθηρωματικών πλακών στο εσωτερικό τοίχωμα των αγγείων.

Παχυσαρκία: Αποτελεί μία χρόνια νόσο, η οποία λαμβάνει επιδημικές διαστάσεις στον αναπτυγμένο κόσμο. Ο επιπολασμός της εκτιμάται με το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI: Body Mass Index) που προκύπτει από το λόγο του βάρους ενός ατόμου προς το τετράγωνο του ύψους του. Ο Π.Ο.Υ. καθόρισε ως ‘υπέρβαρα’ τα άτομα με BMI άνω των 25 kg/m<sup>2</sup> και ‘παχύσαρκα’ τα άτομα με BMI μεγαλύτερο των 30 kg/m<sup>2</sup>. Σύμφωνα με μελέτες, το 58% του σακχαρώδη διαβήτη, το 21% της ισχαιμικής καρδιοπάθειας και το 8-42% των επιβεβαιωμένων καρκίνων εμφανίστηκαν σε ασθενείς με BMI>21 kg/m<sup>2</sup>.

Κάπνισμα: Το κάπνισμα συνιστά ένα παράγοντα κινδύνου που έχει μελετηθεί εκτενώς, με τρόπο που η αιτιολογική του συσχέτιση με τον καρκίνο του πνεύμονα και τη στεφανιαία νόσο να θεωρείται απόλυτα τεκμηριωμένη. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, στις αναπτυγμένες χώρες άνω των 90% περιπτώσεων καρκίνου του πνεύμονα στους άνδρες και 70% στις γυναίκες αποδίδονται στο κάπνισμα. Ακόμη, έχει αποδειχτεί η σχέση του παθητικού καπνίσματος με την εκδήλωση καρδιαγγειακών ασθενειών, ισχαιμικής καρδιοπάθειας, ανευρύσματος της αορτής και πνευμονικής πάθησης.

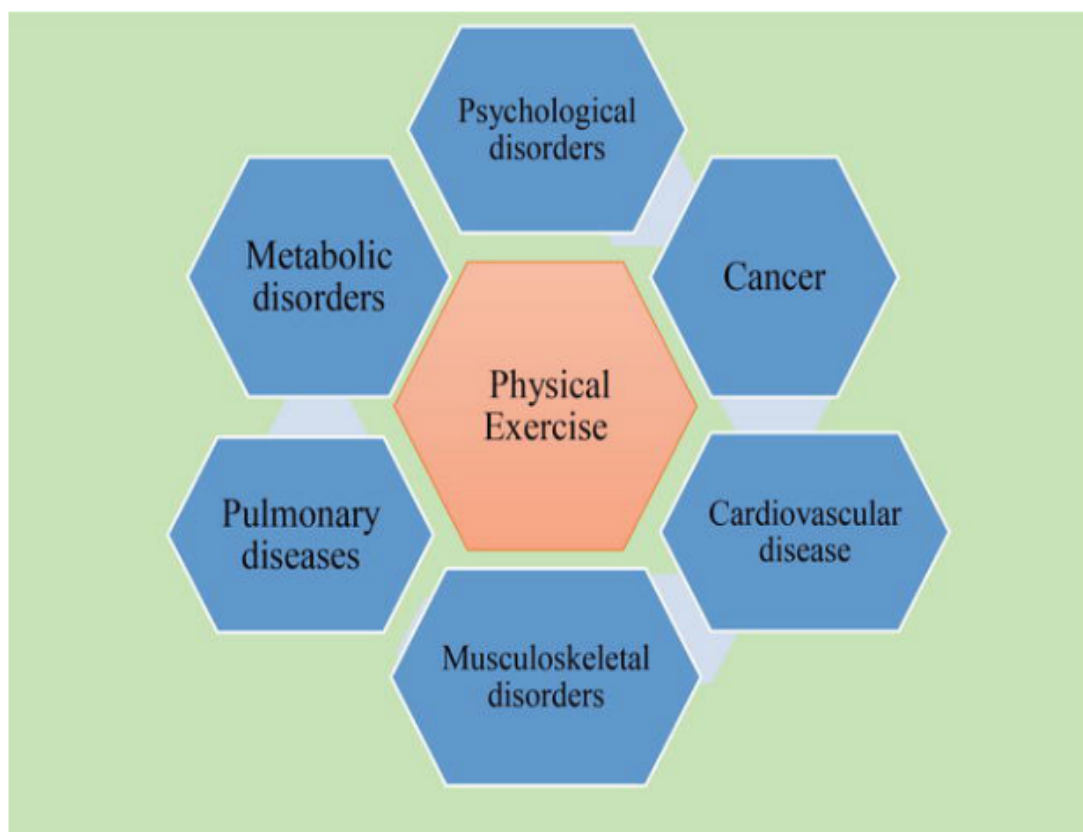
Υπερκατανάλωση αλκοόλ: Οι διαταραχές από την υπερκατανάλωση αλκοόλ σε ατομικό επίπεδο έχουν σχέση με την τοξική επίδραση του αλκοόλ στον οργανισμό, κυρίως στο ήπαρ (αλκοολική ηπατίτιδα), στην καρδιά (ανεπάρκεια) ή το γενικότερο μεταβολικό σύνδρομο με την εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη και διάφορων καρκίνων.

Στο κοινωνικό επίπεδο οι διαταραχές περιλαμβάνουν την παραπτοματική συμπεριφορά, τη δημιουργία ατυχημάτων και βίαιων εκδηλώσεων. Παγκόσμια η κατανάλωση αλκοόλ παρουσιάζει αυξητική τάση τις τελευταίες δεκαετίες, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Σημειώνονται δε υψηλότερα ποσοστά κατανάλωσης στην Ευρώπη και τη Β. Αμερική και χαμηλότερα στην Ανατολική Μεσόγειο και την Ασία (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:519-527).

Διατροφικές επιλογές: Κατά τους Kassa M. & Grace J. (2019), η κατανάλωση υψηλών επιπέδων τρανς λιπαρών, κορεσμένων λιπών, μεταποιημένων και εξευγενισμένων τροφίμων, ζάχαρης, αλατιού και ζαχαρούχων ποτών, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και σακχαρώδη διαβήτη, ενώ αντίθετα η επαρκής κατανάλωση φρούτων και λαχανικών συνδέεται με μειωμένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου. Οι ανθυγιεινές δίαιτες τείνουν να ακολουθούν μια κοινωνικοοικονομική κλίση. Οι δίαιτες υψηλότερης ποιότητας σχετίζονται με άτομα με μεγαλύτερη ευημερία, ενώ οι δίαιτες με χαμηλή ενεργειακή περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά σχετίζονται με άτομα με πιο περιορισμένα οικονομικά μέσα.

Φυσική δραστηριότητα: Η παγκόσμια βιομηχανική επέκταση και ο αυξημένος τομέας των υπηρεσιών έχουν ως αποτέλεσμα λιγότερη σωματική άσκηση που σχετίζεται με την εργασία, ενώ ταυτόχρονα, ο ελεύθερος χρόνος του ανθρώπου ξοδεύεται συχνά σε καθιστικές δραστηριότητες, όπως διαδικτυακές συνομιλίες, παιχνίδια ηλεκτρονικών υπολογιστών και παρακολούθηση τηλεόρασης. Η έρευνα δείχνει ότι η σωματική αδράνεια είναι το πιο κρίσιμο πρόβλημα δημόσιας υγείας τον 21ο αιώνα. Για πολλά χρόνια, επιστήμονες και επαγγελματίες υγείας και φυσικής κατάστασης υποστηρίζουν την τακτική σωματική άσκηση ως την καλύτερη άμυνα ενάντια στην ανάπτυξη πολλών ασθενειών και διαταραχών του σύγχρονου κόσμου (Kassa M. & Grace J., 2019) (Εικόνα 3).

**Εικόνα 3:** Χρόνια νοσήματα και σωματική άσκηση.



**Πηγή:** Kassa M. & Grace J. (2019).

Ιδιαίτερα σημαντικοί στην εμφάνιση των χρόνιων νοσημάτων είναι και οι υποκείμενοι περιβαλλοντικοί και κοινωνικοοικονομικοί καθοριστές των παραγόντων κινδύνου που αποτελούν την αντανάκλαση της παγκοσμιοποίησης, της αστικοποίησης και της γήρανσης του πληθυσμού (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:520).

Επίδραση περιβάλλοντος και υποδομών: Οι συνθήκες του περιβάλλοντος όπου ζουν οι άνθρωποι έχουν σημαντική επίδραση στον κίνδυνο εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων. Μια τυχαίοποιημένη μελέτη ελέγχου, στην οποία δόθηκε η ευκαιρία σε οικογένειες να μετακινηθούν από μία γειτονιά με υψηλό επίπεδο φτώχειας σε μία άλλη με χαμηλότερο επίπεδο φτώχειας, έδειξε ότι η μετακίνηση σε μια καλύτερη γειτονιά συσχετίστηκε με μείωση των χρόνιων νοσημάτων. Επίσης, τα παιδιά που ζούσαν σε δυσμενείς κοινωνικές συνθήκες, ανασφαλές περιβάλλον, κακή στέγαση και χωρίς πρόσβαση σε πεζοδρόμια, πάρκα και κέντρα αναψυχής είχαν 20-60% περισσότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα σε σύγκριση με τα παιδιά



που δεν αντιμετώπιζαν τέτοιες δυσμενείς καταστάσεις διαβίωσης (Kassa M. & Grace J., 2019) (Πίνακας 1).

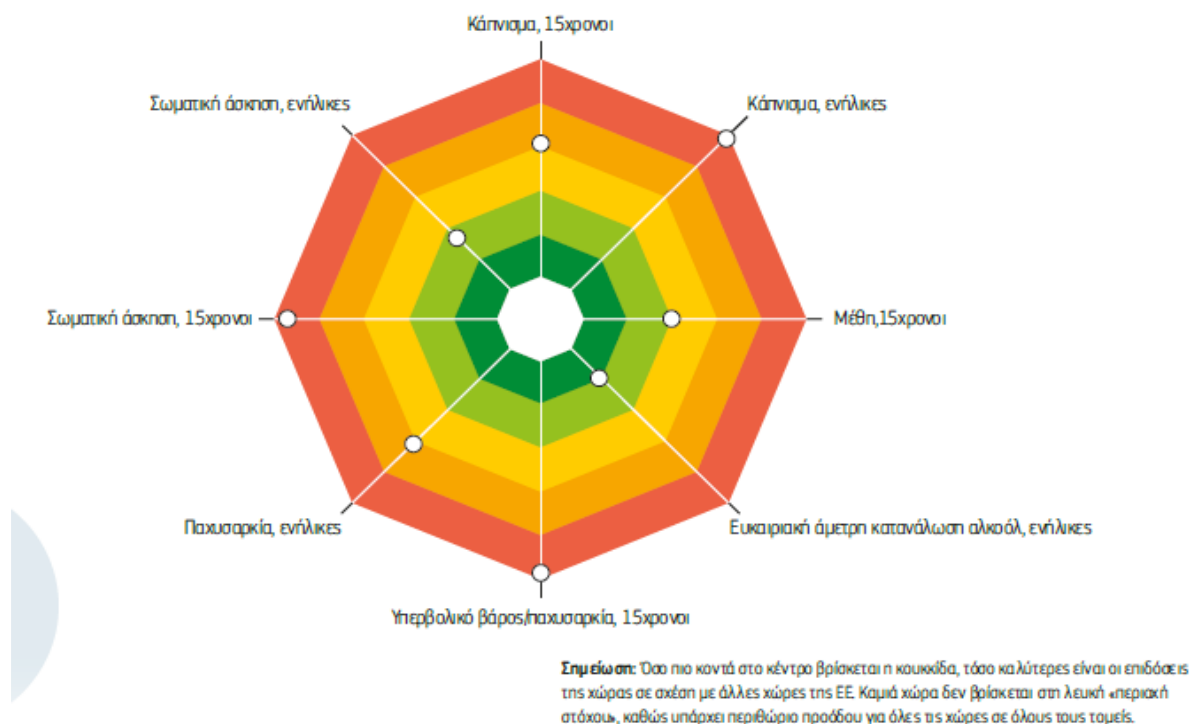
**Πίνακας 1:** Αίτια των μη μεταδοτικών νοσημάτων Π.Ο.Υ. 2005.

<b>Υποκείμενοι περιβαλλοντικοί κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες</b>	<b>Κοινοί τροποποιήσιμοι παράγοντες</b>	<b>Ενδιάμεσοι παράγοντες</b>	<b>Χρόνια νοσήματα</b>
Παγκοσμιοποίηση	Ανθυγιεινή διαίτα	Υπέρταση	Καρδιαγγειακά
Αστικοποίηση	Έλλειψη φυσικής δραστηριότητας	Υπεργλυκαιμία	Κακοήθειες
Γήρανση του πληθυσμού	Κάπνισμα	Υπερχοληστεριναιμία	Χρόνιες αποφρακτικές πνευμονοπάθειες
	<b>Μη τροποποιήσιμοι</b>	Παχυσαρκία	Διαβήτης
	Ηλικία		Κατάθλιψη
	Κληρονομικότητα		

**Πηγή:** Κρεμαστινού – Κουρέα Τ. (2010:520).

Όσον αφορά την Ελλάδα, μια σειρά παραγόντων διαμορφώνει τη σχετικά καλή κατάσταση της υγείας του πληθυσμού, περιλαμβάνοντας την υγιεινή διατροφή και τη χαμηλότερη κατανάλωση αλκοόλ. Ωστόσο, εκτιμήσεις του Ινστιτούτου Μέτρησης και Αξιολόγησης της Υγείας, δείχνουν ότι το 30% της συνολικής επιβάρυνσης από ασθένειες στον ελλαδικό χώρο το 2015 (καταμετρημένο με βάση DALYs) μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενους με τη συμπεριφορά, ιδίως το κάπνισμα, αλλά και διατροφικούς κινδύνους, καθώς και την απουσία ή περιορισμένη συχνότητα κατάλληλης σωματικής άσκησης. Από την αρχή της οικονομικής κρίσης, το κοινωνικοοικονομικό πλαίσιο στην Ελλάδα έχει διαφοροποιηθεί, με ένα διευρυμένο κίνδυνο φτώχειας, υψηλά ποσοστά ανεργίας και σημαντική πίεση στο οικογενειακό εισόδημα. Οι παράγοντες αυτοί έχουν ήδη επιφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην κατάσταση της υγείας του πληθυσμού της Ελλάδας (OECD, 2017:4) (Διάγραμμα 11).

**Διάγραμμα 11:** Το κάπνισμα, το υπερβολικό βάρος και η παχυσαρκία αποτελούν σημαντικά ζητήματα δημόσιας υγείας στην Ελλάδα.



**Πηγή:** OECD (2017:4).

## 2.4 Οι κυριότερες χρόνιες παθήσεις των ηλικιωμένων

Η αρτηριακή υπέρταση, η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, η οστεοπόρωση και η οστεοαρθρίτιδα, η κατάθλιψη, η νόσος Alzheimer και η άνοια αποτελούν τις συνηθέστερες χρόνιες παθήσεις στην τρίτη ηλικία.

Με τον όρο αρτηριακή υπέρταση εννοούμε την «παρουσία μη θεραπευθείσας συστολικής πίεσης της τάξης των 140 mmHg ή περισσότερο, ή διαστολικής πίεσης των 90 mmHg ή περισσότερο ή τη λήψη αντιυπερτασικών φαρμάκων» (Brown J., 2014). Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης οφείλεται κυρίως στη μειωμένη ελαστικότητα των αρτηριών, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι περιφερικές αντιστάσεις της κυκλοφορίας και να επέρχεται μικρού βαθμού υπερτροφία της αριστερής κοιλίας. Στις αναπτυγμένες χώρες 50% του πληθυσμού ηλικίας μεγαλύτερης των 55 χρόνων εμφανίζουν αρτηριακή υπέρταση, ενώ άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση στα 55 τους χρόνια έχουν κίνδυνο 90% να εμφανίσουν υπέρταση με την αύξηση της ηλικίας (Ζαμπέλας Α., 2003). Σύμφωνα με τον Brown

J. (2014), στις δυτικές κοινωνίες ο επιπολασμός της υπέρτασης αυξάνεται με την ηλικία, ενώ το οικογενειακό ιστορικό, το εθνικό υπόβαθρο, καθώς και οι διατροφικές συνήθειες (όπως αυξημένη πρόσληψη αλατιού, υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ και κορεσμένων λιπαρών οξέων), αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσής της. Επιπλέον, η υπέρταση, καθώς επιταχύνει τη φθορά που συνοδεύει φυσιολογικά τη γήρανση, μπορεί να οδηγήσει σε καρδιαγγειακή νόσο, εγκεφαλική αιμορραγία, βλάβες στους νεφρούς και τον αμφιβληστροειδή (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:568).

Στα καρδιαγγειακά νοσήματα περιλαμβάνονται νοσήματα που συνιστούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας παγκοσμίως, όπως η καρδιακή ανεπάρκεια, η στεφανιαία νόσος, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και οι μυοκαρδιοπάθειες (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010). Ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου αυξάνεται με την ηλικία, ενώ μετά την ηλικία των 80 ετών μόνο το 20% των ανδρών και το 14% των γυναικών δεν πάσχουν από κάποια καρδιαγγειακή νόσο (Brown J., 2014). Ορισμένοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου είναι η δίαιτα πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά, χοληστερόλη και ενέργεια, το κάπνισμα, ο σακχαρώδης διαβήτης, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και η αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ (Ζαμπέλας Α., 2007, Brown J., 2014).

Η στεφανιαία νόσος (ισχαιμική καρδιοπάθεια) προκαλείται από συσσώρευση πλάκας στα τοιχώματα των αρτηριών που τροφοδοτούν αίμα την καρδιά (στεφανιαίες αρτηρίες), με αποτέλεσμα την στένωση της εσωτερικής διαμέτρου των αρτηριών και τη δυσχέρεια της ροής του αίματος (αθηροσκλήρωση). Η στηθάγχη ή πόνος στο στήθος και η δυσφορία είναι το πιο κοινό σύμπτωμα της στεφανιαίας νόσου. Για πολλούς ανθρώπους, η πρώτη ένδειξη της στεφανιαίας νόσου είναι η καρδιακή προσβολή, με συμπτώματα πόνο στο στήθος, αδυναμία, ζαλάδα, ναυτία, πόνο ή δυσφορία στα χέρια ή στον ώμο, δυσκολία στην αναπνοή ([https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary\\_ad.htm/](https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm/)). Η αντιμετώπιση της στεφανιαίας νόσου συνίσταται σε φαρμακευτική, επεμβατική - αγγειοπλαστική (μπαλονάκι, stent) και σε χειρουργική (bypass). Η αορτοστεφανιαία παράκαμψη (bypass), στην οποία παρακάμπτεται το αποφραγμένο τμήμα της αρτηρίας, είναι αποτελεσματική θεραπεία και παραμένει ο χρυσός κανόνας για τη νόσο τριών αγγείων ή τη νόσο του στελέχους (που είναι το αρχικό τμήμα της αριστερής στεφανιαίας αρτηρίας) (Κωσταρέλλου Γ. & Κυρίτση – Κουκουλάρη Ε., 2015:223, <https://www.hygeia.gr/sygxroni-xeiryrgiki-antimetopisi-tis-stefaniaias-nosoy/>).

Η καρδιακή ανεπάρκεια έχει γίνει μια από τις πιο διαδεδομένες χρόνιες νόσους με τάση περαιτέρω αύξησης τις επόμενες δεκαετίες. Πλήττει το 14% των ηλικιωμένων 65+ στις Η.Π.Α. και έχει φτωχή πρόγνωση, ανάλογη της αλληλεπίδρασης παραγόντων όπως οι θεραπευτικές δυνατότητες, η σοβαρότητα της νόσου, η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης ή κολπικής μαρμαρυγής. Αποτελεί ένα σύνθετο κλινικό σύνδρομο που μπορεί να είναι απότοκος μορφολογικών ή λειτουργικών διαταραχών της καρδιακής λειτουργίας, οι οποίες επηρεάζουν την συστολική και διαστολική λειτουργία της καρδιάς. Αυτό προκαλεί κατακράτηση υγρών που οδηγεί σε εμφάνιση περιφερικού οιδήματος και πνευμονική συμφόρηση. Τα κύρια κλινικά σημεία είναι η δύσπνοια και η κόπωση, αλλά και συναισθηματικά συμπτώματα, όπως κατάθλιψη και άγχος είναι επίσης πιθανά, τα οποία περιορίζουν σε σημαντικό βαθμό την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς, ειδικά όσον αφορά τη σωματική δραστηριότητα, ενώ συχνά οδηγεί και σε επανειλημμένες νοσηλείες των συγκεκριμένων ασθενών (Επιστημονική ομάδα εργασίας καρδιακής ανεπάρκειας, 2018:7, Kikira A. et al, 2018:490).

Όσον αφορά το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, συνιστά σοβαρή διαταραχή στους ηλικιωμένους, που οδηγεί σε μεγάλης διάρκειας ανικανότητα, λόγω ρήξης ανευρυσμάτων ή μικρών αιμοφόρων αγγείων στον εγκέφαλο, ή και εξαιτίας μικρού θρόμβου που φράσσει κάποιο αγγείο (θρόμβωση) (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:569). Σύμφωνα με τον Brown J. (2014), ο επιπολασμός των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων στα άτομα ηλικίας 80 ετών και άνω είναι διπλάσιος αυτού των ατόμων ηλικίας 60–79 ετών, ενώ παράγοντες που θέτουν το άτομο σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης αγγειακού επεισοδίου αποτελούν η μακροχρόνια αυξημένη αρτηριακή πίεση, το θετικό οικογενειακό ιστορικό, η απουσία φυσικής δραστηριότητας, το κάπνισμα, καθώς και η συννοσηρότητα με σακχαρώδη διαβήτη, νόσο των καρωτίδων, κολπική μαρμαρυγή, παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και κατάθλιψη (Redfern S. & Ross F., 2011:303-304). Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συνιστά την κυριότερη αιτία μακρόχρονης αναπηρίας στους ενήλικες, καθώς ανάλογα με τη σοβαρότητά του, μπορεί να αφήσει το άτομο με σημαντική εξασθένηση της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και γνωστικής του λειτουργίας (Sayed S.A. et al, 2015:33).

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 πλήττει μέχρι και το 30% των ατόμων ηλικίας άνω των 75 ετών. Είναι χρόνιο μεταβολικό νόσημα που χαρακτηρίζεται από υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα εξαιτίας είτε μειωμένης παραγωγής ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος, είτε μη ανταπόκρισης των κυττάρων των περιφερικών ιστών στην ινσουλίνη, με συνέπειες διαταραχές στο μεταβολισμό των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών. Απαιτεί από τον ασθενή διατροφικές προσαρμογές ή θεραπεία με αντιδιαβητικούς παράγοντες και / ή ινσουλίνη. Επιπλέον, οδηγεί στην εμφάνιση μικρο- και μακρο-αγγειακών επιπλοκών, όπως στεφανιαία νόσο, νεφρική ανεπάρκεια, απώλεια όρασης, ενώ συνήθως συνυπάρχει και με άλλα νοσήματα, όπως παχυσαρκία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κατάθλιψη, αρθρίτιδα, που επιβαρύνουν περαιτέρω την ποιότητα ζωής του ασθενούς (Σιόντη Β. κ.ά., 2019:800-801, Redfern S. & Ross F., 2011:301-302, Ζαμπέλας Α., 2007).

Ο όρος καρκίνος χρησιμοποιείται για να περιγράψει περισσότερα από 100 κακοήθη νοσήματα που προσβάλλουν διαφορετικά όργανα και συστήματα και που οφείλονται στον μη φυσιολογικό πολλαπλασιασμό των κυττάρων, λόγω βλάβης σε γονίδια που είναι υπεύθυνα για την ανανέωση των κυττάρων και τον κυτταρικό θάνατο (Andreoli T.E. et al., 2010). Επιδημιολογικά δεδομένα περιγράφουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση κακοήθειας με την αύξηση της ηλικίας (Ζαμπέλας Α., 2003). Συχνές μορφές καρκίνου στην τρίτη ηλικία είναι ο καρκίνος του παχέος εντέρου και του προστάτη στους άντρες, του μαστού και του τραχήλου της μήτρας στις γυναίκες (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:569). Ένα σύνολο από κακοήθειες στους ηλικιωμένους, προκαλούν καχεξία που χαρακτηρίζεται από ανορεξία (λόγω εντερικής απόφραξης, ναυτίας και εμέτου από την αντινεοπλασματική θεραπεία), απώλεια βάρους, αναιμία, κόπωση, κατάθλιψη, διαταραγμένη αίσθηση και ευαισθησία στη σηψαιμία (Redfern S. & Ross F., 2011:304, Ζαμπέλας Α., 2003).

Επίσης, η αναιμία συνιστά συχνό εύρημα στην τρίτη ηλικία, με επιπτώσεις στη νοσηρότητα, τη θνησιμότητα και τη γενικότερη ποιότητα ζωής και ευεξίας των ηλικιωμένων ατόμων. Συγκεκριμένα, το 10% των ηλικιωμένων μετά τα 65, παρουσιάζουν αναιμία, ενώ στα άτομα που είναι μεγαλύτερα των 75 ετών, η συχνότητα της αναιμίας κυμαίνεται μεταξύ 20 και 30%. Όσον αφορά την αιτιολογία της αναιμίας, οι ηλικιωμένοι παρουσιάζουν αναιμία από έλλειψη αιμοποιητικών παραγόντων (κυρίως σιδήρου, αλλά και βιταμίνης B<sub>12</sub> και φυλλικού οξέος), «αναιμία

χρόνιας νόσου» (εδώ περιλαμβάνονται κυρίως ασθενείς με χρόνια φλεγμονή, καθώς και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια). Τέλος, στην «αναιμία αγνώστου αιτιολογίας», φαίνεται ότι ένα σημαντικό μέρος των ασθενών αυτών έπασχαν από μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο σε αρχική φάση (Not Yet MDS) (Σείτανίδης Β., <https://www.iatrikionline.gr/>).

Επιπλέον, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στα ηλικιωμένα άτομα (10% σε άτομα ηλικίας > 75 ετών στις Η.Π.Α.) (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:569-570). Πρόκειται για μία προοδευτικά εξελισσόμενη, επικίνδυνη για τη ζωή νόσο, η οποία έχει σχέση με το κάπνισμα, την ατμοσφαιρική ρύπανση ή την έκθεση σε ρυπογόνους παράγοντες στον εργασιακό χώρο, καταστάσεις που παρεμποδίζουν τη διακίνηση του αέρα στους πνεύμονες και κατά συνέπεια προκαλούν σημαντική αναπνευστική δυσχέρεια. Στο αρχικό στάδιο, η νόσος εκδηλώνεται με βήχα το πρωί (‘βήχας των καπνιστών’), που σταδιακά γίνεται σοβαρότερος, με επεισόδια εμπύρετης λοίμωξης τους χειμερινούς μήνες και με δύσπνοια που προοδευτικά επιδεινώνεται. Σε προχωρημένο στάδιο, παρατηρείται κυανωτικό και πληθωρικό προσωπείο και δύσπνοια στη διάρκεια της ανάπαυσης. Τέλος, εγκαθίσταται ανεπάρκεια της αναπνευστικής λειτουργίας (υπερκαπνία, υποξαιμία) και καρδιακή ανεπάρκεια. Εξαιτίας της δύσπνοιας μειώνεται σταδιακά η λειτουργικότητα του ασθενή με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, όπως π.χ. η ικανότητα βάδισης και άσκησης, καθώς και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων. Ροχαλητό και υπνική άπνοια παρατηρείται σε άτομα με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, ενώ η έκπτωση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών είναι σημαντική συνέπεια των παρατηρούμενων διαταραχών, όπως προσδιορίζονται από τις τιμές του μέγιστου εκπνεόμενου όγκου αέρα του πρώτου δευτερόλεπτου (Forced Expiratory Volume in one second, FEV1 ) και της ολικής πνευμονικής χωρητικότητας (Total Lung Capacity, TLC) (Παπαγεωργίου Δ., 2017:52, Ζαμπέλας Α., 2003).

Η χρόνια νεφρική νόσος είναι ένα πολύ κοινό κλινικό πρόβλημα σε ηλικιωμένους ασθενείς, που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Ο υψηλός επιπολασμός της χρόνιας νεφρικής νόσου στους ηλικιωμένους (18% των ατόμων ηλικίας 65+ στις Η.Π.Α.) οφείλεται κυρίως στην αύξηση του επιπολασμού των παραδοσιακών παραγόντων κινδύνου για χρόνια νεφρική νόσο, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και οι καρδιαγγειακές παθήσεις, καθώς και λόγω των νέων

ορισμών που έχουν επεκτείνει το εκτιμώμενο εύρος ρυθμού σπειραματικής διήθησης για τη χρόνια νεφρική νόσο (από νεφρική νόσο με διατηρημένη σπειραματική διήθηση μέχρι νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου) (Mallappallil M. et al, 2014:525-526). Οι μέθοδοι που εφαρμόζονται σήμερα παγκοσμίως και στη χώρα μας ως θεραπεία αντικατάστασης της νεφρικής λειτουργίας είναι η αιμοκάθαρση μέσω τεχνητού νεφρού, η περιτοναϊκή κάθαρση και η μεταμόσχευση νεφρού από ζωντανούς και νεκρούς δότες (Tomazou C. et al, 2015:517).

Τα συνηθέστερα χρόνια νοσήματα του σκελετικού συστήματος στην τρίτη ηλικία είναι ο οστεοαρθρίτιδα και η οστεοπόρωση. Η οστεοαρθρίτιδα είναι η πιο κοινή ασθένεια των αρθρώσεων που σχετίζεται με την ηλικία, προσβάλλει περισσότερο από το 80% των ατόμων ηλικίας άνω των 55 ετών και είναι μία από τις κύριες αιτίες επισκέψεων ηλικιωμένων σε νοσοκομειακά ιατρεία, αντιπροσωπεύοντας επίσης σχεδόν το ήμισυ όλων των συνταγών μη στεροειδών αντιφλεγμονωδών φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της νόσου. Συνιστά την κύρια αιτία μυοσκελετικού πόνου και την πιο σημαντική αιτία αναπηρίας στις δυτικές βιομηχανικές χώρες, προκαλώντας σημαντική επιβάρυνση στο χαμένο χρόνο εργασίας και την πρόωρη συνταξιοδότηση, με σημαντικά κόστη στην υγεία και την κοινωνική φροντίδα. Η αρθρίτιδα του γόνατος και του ισχίου συναντούνται συχνότερα και μπορούν να θέσουν σε κίνδυνο καθημερινές δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σε σκάλες και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης του ηλικιωμένου ατόμου. Ειδικότερα η οστεοαρθρίτιδα του γονάτου έχει αναγνωριστεί ως μία από τις πέντε ασθένειες που ευθύνονται για το υψηλότερο ποσοστό σωματικής αναπηρίας σε ηλικιωμένους άνδρες και γυναίκες που διαβιώνουν ανεξάρτητα στην κοινότητα (Palo N. et al, 2015:270, Salaffi F. et al, 2005:255). Η οστεοπόρωση είναι μια χρόνια σκελετική ασθένεια που προκαλεί μειωμένη οστική μάζα και επιδείνωση της μικροαρχιτεκτονικής των οστών, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο κατάγματος. Έχει υπολογιστεί ότι 10 εκατομμύρια άνθρωποι μόνο στις Η.Π.Α. έχουν οστεοπόρωση, με σχεδόν 34 εκατομμύρια να έχουν χαμηλή οστική μάζα (οστεοπενία). Ο ηλικιωμένος πληθυσμός αντιπροσωπεύει το μεγαλύτερο μέρος της επιβάρυνσης, με το 70% όλων των καταγμάτων να συμβαίνουν σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών. Το 2005, περισσότερα από 2 εκατομμύρια κατάγματα στις Η.Π.Α. ήταν αποτέλεσμα οστεοπόρωσης, αριθμός που υπερβαίνει την ετήσια συχνότητα εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη, συμβάντων στεφανιαίας νόσου, εγκεφαλικού

επεισοδίου, καρδιακής ανεπάρκειας, καρκίνου του μαστού και συνολικών κρουσμάτων καρκίνου. Σχετικά με τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα στα οστεοπορωτικά κατάγματα, αυτά συχνά οδηγούν σε καταστροφικές συνέπειες. Περίπου το 24% των ασθενών με κάταγμα ισχίου πεθαίνουν κατά το επόμενο έτος του κατάγματος (με μεγαλύτερη επίπτωση όσο αυξάνεται η ηλικία του ατόμου), και το 20% εκείνων που ήταν περιπατητικοί, πριν από το συμβάν κατάγματος του ισχίου, χρειάζονται επακόλουθη μακροχρόνια φροντίδα. Επιπλέον, όταν συννοσηρότητες, όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτης και άνοια υπάρχουν στον ασθενή, ο κίνδυνος θανάτου μετά από κάταγμα ισχίου αυξάνεται πολύ περισσότερο από ό, τι για εκείνους χωρίς συννοσηρότητες σε ηλικίες > 65 ετών. (Curtis J. & Safford M., 2012:549-550).

Ιδιαίτερα συχνά νευρολογικά νοσήματα στους ηλικιωμένους είναι η νόσος Alzheimer (πρωτογενής άνοια) και η νόσος του Parkinson (Mahan K. & Escott – Stump S., 2003). Η νόσος Alzheimer είναι μία προοδευτική εκφυλιστική νόσος του νευρικού συστήματος και ο πιο συχνός τύπος άνοιας. Στις μέρες μας, 26 εκατομμύρια άτομα πάσχουν σε όλο τον κόσμο από τη νόσο Alzheimer, και καθώς ολοένα και περισσότερο αυξάνεται το προσδόκιμο επιβίωσης, μέχρι το 2050 οι πάσχοντες υπολογίζεται πως θα υπερβούν τα 80 εκατομμύρια. Στη χώρα μας, περίπου 160.000 άνθρωποι πάσχουν από τη Νόσο Alzheimer. Τα κυριότερα κλινικά συμπτώματα είναι η διαταραχή της πρόσφατης μνήμης, η μείωση της ενεργητικότητας και της ανάληψης πρωτοβουλιών, ο περιορισμός βασικών δεξιοτήτων, η προοδευτική κοινωνική απομόνωση, η μείωση της λεκτικής επικοινωνίας, η ευσυγκινησία, η ευερεθιστότητα, η καχυποψία και οι έμμονες ιδέες, καθώς και η επιθετικότητα και τα συγχυτικά επεισόδια. Η ποικιλία των ανωτέρω συμπτωμάτων αποκαλύπτει την προοδευτικά αυξανόμενη δυσχέρεια του ασθενή και του συγγενικού περιβάλλοντός του, κυρίως του φροντιστή, να αντιμετωπίσει την έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών, τη μείωση της λειτουργικότητας και τις διαταραχές της συμπεριφοράς του ηλικιωμένου ασθενή κατά την έκβαση της συγκεκριμένης νόσου (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010:572, <https://www.novartis.gr/our-work/therapeutic-areas/alzheimer-disease>). Η νόσος του Parkinson είναι μία επίσης κοινή νευροεκφυλιστική ασθένεια της τρίτης ηλικίας (επηρεάζει 1-2 ανά 1000 άτομα του πληθυσμού και ο επιπολασμός της αυξάνεται με την ηλικία) με βασικά κλινικά συμπτώματα της νόσου τον τρόπο στα άκρα, δυσκολία βάδισης, βραδύτητα, δυσκαμψία και αστάθεια ορθοστασίας, τα οποία



μπορεί να συνοδεύονται από δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος, κατάθλιψη, άνοια και ψύχωση (Willis A., 2013:406).

Μεταξύ των συχνότερων ψυχικών διαταραχών στους ηλικιωμένους περιλαμβάνονται η κατάθλιψη και το άγχος (φόβος για τον επικείμενο θάνατο, μοναξιά, οικονομική ανασφάλεια) (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2010). Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί σημαντικό θέμα δημόσιας υγείας, καθώς είναι η συχνότερη ψυχική νόσος των ηλικιωμένων, έχει σημαντική επίπτωση στην ποιότητα της ζωής τους, προκαλώντας υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης σε άτομα προχωρημένης ηλικίας παγκόσμια κυμαίνεται μεταξύ 10-20%. Σύμφωνα με συγχρονική μελέτη που διενέργησαν οι Στυλιανοπούλου Χ. κ.ά. (2010:490-491) σε 360 ηλικιωμένα άτομα - μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων Αττικής, καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε το 30,28% του δείγματος (22,22% «μέτρια» και 8,06% «σοβαρή» κλινικού τύπου κατάθλιψη), ενώ οι γυναίκες εμφάνισαν κατάθλιψη (70,6%) σε ποσοστό διπλάσιο των ανδρών (29,4%). Επίσης, σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνισαν οι χήροι/ες, τα μοναχικά άτομα, τα άτομα με πολυνοσηρότητα και οι άτυποι «φροντιστές», ενώ σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνισαν όσοι ασχολούνταν με τη φροντίδα των εγγονιών τους ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες. Οι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσιάζουν έλλειψη ευχαρίστησης από οτιδήποτε, τάση για απομόνωση, ευερεθιστότητα, άγχος, καταβολή δυνάμεων, απώλεια των ενδιαφερόντων, δυσκολία στην προσοχή και την συγκέντρωση, καθώς και ψυχοσωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, πόνοι στο σώμα και τα άκρα, προβλήματα πέψης και ανορεξία, αϋπνίες και κινητική βραδύτητα) (Αναστασιάδου Β., 2015:35). Παράλληλα, κατά την ίδια, η απώλεια αυτοπεποίθησης, τα αισθήματα ενοχής ή ακόμα και αυτοκτονικές σκέψεις είναι συχνές στους ηλικιωμένους με κατάθλιψη, ενώ η ύπαρξη σωματικής νόσου, η απώλεια αγαπημένων προσώπων, η πρόωρη συνταξιοδότηση και οι αλλαγές στις καθημερινές συνήθειες, αποτελούν τους συνηθέστερους αιτιολογικούς παράγοντες της καταθλιπτικής διαταραχής. Το άγχος αποτελεί φυσιολογική εκδήλωση κάθε ζωντανού οργανισμού και περιγράφεται ως κατάσταση αγωνίας, ανησυχίας και αβεβαιότητας. Βιώνεται ως ψυχολογική πίεση και συνιστά μία κοινή ανθρώπινη εμπειρία, η οποία χαρακτηρίζεται από την αναμονή του φόβου για κάποιο δυσάρεστο μελλοντικό γεγονός. Όταν το άγχος γίνεται εντονότερο και διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα,

σταματά να διαδραματίζει τον προσαρμοστικό του ρόλο και τότε μετατρέπεται σε παθολογικό. Η παθολογική διάσταση του άγχους προκαλεί συμπτώματα τόσο από την ψυχική όσο και από τη σωματική σφαίρα. Στα ψυχικά συμπτώματα περιλαμβάνονται η ανησυχία, η ανυπομονησία, το αίσθημα αόριστου φόβου και αγωνίας, η νευρική κατάσταση, οι κρίσεις πανικού, η διάσπαση της προσοχής, ενώ στα σωματικά συμπτώματα αξίζει να αναφερθούν η δύσπνοια, ο πόνος στο στήθος, το αίσθημα παλμών, η τάση για λιποθυμία, η ξηροστομία, η απώλεια όρεξης, ο φτωχός ή ανεπαρκής ύπνος, η ναυτία, ο ίλιγγος και το αίσθημα κόπωσης. Οι διαταραχές άγχους είναι συχνότερες σε ηλικιωμένους ενήλικες με χρόνιες παθήσεις. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς με συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψη είναι πιθανό να παρουσιάζουν πιο σοβαρή συνολική ψυχοπαθολογία απ' ό,τι εμφανίζεται μόνο στην κατάθλιψη (Ζαρταλούδη Α. & Κουτελέκος Ι., 2017:307).

## **2.5 Η συννοσηρότητα (ή πολυνοσηρότητα) στους ηλικιωμένους**

Οι De Melo L.A.D. et al (2019) σημειώνουν πως με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής και την επικράτηση των χρόνιων παθήσεων, η συννοσηρότητα, η οποία αντιστοιχεί στην εμφάνιση διαφορετικών προβλημάτων υγείας στο ίδιο άτομο, είναι ένα συχνό πρόβλημα, ειδικά στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Ο ορισμός της συννοσηρότητας ποικίλει σημαντικά σε σχέση με τον αριθμό των χρόνιων καταστάσεων που εξετάζονται, με ορισμένους συγγραφείς να θεωρούν ότι η παρουσία τουλάχιστον δύο χρόνιων ασθενειών και άλλους να αναφέρουν ότι η παρουσία τουλάχιστον τριών προσδιορίζουν τη συννοσηρότητα.

Σύμφωνα με τους Van den Akker M. et al (1996, σε Peters M. et al, 2018:104), η συννοσηρότητα προϋποθέτει κάποια αλληλεξάρτηση μεταξύ των νοσηρών καταστάσεων, κάτι που δεν ισχύει στην πολυνοσηρότητα. Δυστυχώς, εξακολουθεί να υπάρχει μεγάλη σύγχυση στη βιβλιογραφία, όπου οι δύο όροι φαίνεται να χρησιμοποιούνται εναλλακτικά (Fortin M. et al, 2004:2).

Λαμβάνοντας υπόψη τον επιπολασμό, τη σοβαρότητα και τον αντίκτυπο της στην ποιότητα ζωής, η συννοσηρότητα είναι ένα τρέχον σημαντικό πρόβλημα της δημόσιας υγείας. Η παγκόσμια επικράτηση της συνύπαρξης διαφόρων προβλημάτων υγείας στους ηλικιωμένους είναι υψηλή, με ποσοστό πάνω από 50% και, σύμφωνα με μελέτες, υπάρχει μια συνεχής τάση αύξησης αυτού του ποσοστού.

Οι συνέπειες της συννοσηρότητας περιλαμβάνουν μεγαλύτερο κίνδυνο θανάτου και λειτουργικής παρακμής, καθώς και επιπτώσεις στη μείωση του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων. Είναι γεγονός πως η επαρκής διαχείριση της συννοσηρότητας αποτελεί πρόκληση για τα παγκόσμια συστήματα και υπηρεσίες υγείας λόγω του υψηλού κόστους και της πολυπλοκότητας της θεραπείας.

Ο προσδιορισμός των σχετικών παραγόντων που σχετίζονται με τον επιπολασμό της συννοσηρότητας είναι υψίστης σημασίας για τη στήριξη της διαμόρφωσης δημόσιων πολιτικών στους τομείς της προαγωγής της υγείας, της επαγρύπνησης και της φροντίδας υγείας.

Τα αποτελέσματα της συστηματικής επισκόπησης των De Melo L.A.D. et al δείχνουν μια συσχέτιση μεταξύ της συννοσηρότητας στους ηλικιωμένους και του καπνίσματος, της κατανάλωσης αλκοόλ, της διαμονής σε αγροτικές περιοχές, της χαμηλής εκπαίδευσης, της χρήσης υπηρεσιών υγείας την προηγούμενη εβδομάδα, του γυναικείου φύλου, της προχωρημένης ηλικίας, της οικογενειακής δομής και της μη συμβίωσης με τα παιδιά, της πολυφαρμακίας και της αρνητικής αντίληψης των ηλικιωμένων ατόμων για την υγεία τους (De Melo L.A.D. et al, 2019).

Σύμφωνα με την Έκθεση Υγείας 2016 στην Αυστραλία, ο πιο κοινός συνδυασμός - ή συννοσηρότητα – είναι αρθρίτιδα με καρδιαγγειακή νόσο (7,4%), ακολουθούμενη από αρθρίτιδα σε συνδυασμό με πόνο στην πλάτη (5,1%) και πόνο στην πλάτη με προβλήματα από καρδιαγγειακές παθήσεις (5,0%). Ορισμένες χρόνιες ασθένειες μπορεί να λειτουργούν ως πρόδρομος ή ως παράγοντας κινδύνου για άλλες χρόνιες ασθένειες. Για παράδειγμα, ο σακχαρώδης διαβήτης είναι γνωστό ότι αποτελεί παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη καρδιαγγειακών παθήσεων, ενώ άτομα με άσθμα ενέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας στο μέλλον ( Australia’s health 2016, <https://www.aihw.gov.au/getmedia/>).

## **2.6 Η πολυφαρμακία στους ηλικιωμένους**

Ο όρος ‘πολυφαρμακία’ συχνά χρησιμοποιείται στην ιατρική ορολογία για να περιγράψει τη «χρήση τουλάχιστον ενός δυνητικά ακατάλληλου για την πάθηση για την οποία χορηγείται φαρμάκου ή για να προσδιορίσει την ταυτόχρονη λήψη 5 και άνω φαρμακευτικώνσκευασμάτων». Η ‘επιδημία της πολυφαρμακίας’ αφορά κυρίως τους ηλικιωμένους ανθρώπους, καθώς η πολυπληθής αυτή πληθυσμιακή ομάδα

καταναλώνει περισσότερο από το 30% των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Συγκεκριμένα, ο μέσος ασθενής ηλικίας άνω των 70 ετών λαμβάνει 4,5 φάρμακα με συνταγή και 5 χωρίς συνταγή, ενώ το 80% των ατόμων άνω των 65 ετών χρησιμοποιούν ένα φάρμακο ημερησίως. Το φαινόμενο της πολυφαρμακίας είναι ιδιαίτερα έντονο σε ορισμένες ομάδες φαρμάκων, όπως φάρμακα καρδιαγγειακού, υπνωτικά, ψυχοτρόπα, φάρμακα αναπνευστικού, τα αντιβιοτικά και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (που χρησιμοποιούνται ως αναλγητικά, αντιπυρετικά καθώς και σε διάφορες μυοσκελετικές παθήσεις) (<https://www.arthritis.org.gr/polypharmacy/>).

Η λήψη πολυάριθμων φαρμακευτικών προϊόντων από έναν ασθενή έχει συσχετιστεί με την εκδήλωση παθήσεων που αποδίδονται στα φάρμακα. Η ηπατοτοξικότητα αποτελεί πιθανή ανεπιθύμητη ενέργεια σχεδόν κάθε φαρμάκου, αφού το ήπαρ είναι το όργανο που διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο στο μεταβολισμό σχεδόν όλων των φαρμάκων και των προσλαμβανομένων ουσιών (Τσιμισίου Ζ. κ.ά., 2012:732). Παράλληλα, τα φάρμακα αυξάνουν τον κίνδυνο πτώσεων των ηλικιωμένων (περίπου 1.000 άτομα σε μεγάλη ηλικία εισάγονται στο νοσοκομείο καθημερινά λόγω κάποιας πτώσης και η πιθανότητα να συμβεί αυξάνεται κατά 14% για κάθε νέο φάρμακο που λαμβάνουν). Επίσης, η ναυτία, η ζαλάδα, η κακή διάθεση, το ντελίριο (παραλήρημα), η απώλεια όρεξης και η ατροφία των μυών είναι σημαντικές παρενέργειες, καθώς το 6% των εισαγωγών των ηλικιωμένων στο νοσοκομείο οφείλονται σε αυτές (<https://www.iatropedia.gr/ygeia/polyfarmakia-prokalei-sovara-provlimata-stous-ilikiomenous/121670/>).

Οι εισαγωγές ηλικιωμένων σε νοσοκομεία που έχουν σχέση με τη λήψη φαρμάκων δείχνουν προβλήματα, τα οποία συχνά αφορούν τη σχέση ιατρού - ασθενούς, τη συνταγογράφηση, τη συχνότητα επαναξιολόγησης του ασθενούς και, τέλος, τη συμπεριφορά που εκδηλώνει ο ασθενής όταν αναζητά ιατρική βοήθεια. Η ελλιπής ενημέρωση των ασθενών από τους ιατρούς και η αποτυχία της ενεργού συμμετοχής τους στη φροντίδα της υγείας τους συνιστούν τη βασική αιτία των προαναφερθέντων προβλημάτων που προκαλεί η πολυφαρμακία (Τσιμισίου Ζ. κ.ά., 2012:732).

## 2.7 Οι ιδιαιτερότητες των χρόνια ασθενών

Κατά τους Γιαβασόπουλο Ε. & Γουρνή Π. (2008:16-18), Καραδήμα Ε., (<https://opencourses.uoc.gr/courses/>) και Asmundson G. et al (1999), οι χρόνια ασθενείς αντιμετωπίζουν μία σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως ο πόνος και άλλα δυσάρεστα συμπτώματα, περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, παρενέργειες των φαρμάκων και άλλα θέματα που άπτονται της διάγνωσης, της θεραπείας ή και της υποτροπής της νόσου. Επιπλέον, μπορεί να αντιμετωπίζουν και ζητήματα επαγγελματικής υφής (απειλή απόλυσης, ανάγκη επαγγελματικού αναπροσανατολισμού), καθώς και θέματα που αφορούν αλλαγές στην εικόνα του σώματος, λόγω νέων μειωμένων αντοχών, αίσθησης μεγαλύτερης ευπάθειας, μορφολογικών αλλαγών (π.χ. σωματική αναπηρία ή αλλαγές στο σώμα ως παρενέργεια φαρμακευτικής αγωγής).

Ο πόνος είναι σε μεγάλο βαθμό προσωπική και υποκειμενική εμπειρία, που προσδιορίζεται από τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου, τα όρια ανεκτικότητας και την προηγούμενη εμπειρία του -με τον πόνο-, καθώς και το πολιτιστικό υπόβαθρο του ατόμου. Ο πόνος έχει ζωτική σημασία για την επιβίωση του ατόμου και συνιστά μηχανισμό που λειτουργεί προειδοποιητικά για την προστασία του οργανισμού από σοβαρούς κινδύνους ή για την αναζήτηση βοήθειας από τις υπηρεσίες υγείας. Ο χρόνιος πόνος επηρεάζει την λειτουργικότητα του ατόμου και έχει σημαντικές συνέπειες στην ψυχολογική και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Στη χρόνια νόσο, αν και μπορεί ο πόνος να είναι λιγότερο απειλητικός και οδυνηρός από άλλες νοσηρές ή οξείες καταστάσεις, ο έντονος χρόνιος πόνος είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ασθενών. Ο πόνος συχνά υποθάλλει άγχος, ενώ ο φόβος του πόνου δεν επιδεινώνει μόνο τον πόνο, αλλά μπορεί να αποβεί χειρότερος και από τον ίδιο τον πόνο (Μηνασίδου Ε., 2005:205).

Η Γουργουλιάννη Σ. (2017:555) αναφέρει πως οι χρόνια ασθενείς παρουσιάζουν ορισμένες ιδιαιτερότητες σε σχέση με την πάθησή τους, οι οποίες έχουν επίπτωση τόσο στους ίδιους όσο και στο κοινωνικό τους περιβάλλον. Αρχικά, είναι πιθανό η επιβαρυνόμενη κατάσταση της υγείας του χρόνια ασθενή να επηρεάσει όλη την οικογένεια, η οποία πρέπει να διαχειριστεί τις δύσκολες συνθήκες της ασθένειας του μέλους της. Ο κοινωνικό περίγυρος του ασθενή (στενός και ευρύτερος), καλείται να ανταποκριθεί στις αλλαγές και τις απαιτήσεις που ανακύπτουν από την κατάσταση υγείας του ασθενή.

Σταδιακά, η ασθένεια γίνεται αναπόσπαστο τμήμα της ταυτότητας του πάσχοντα, ο οποίος συχνά αντιμετωπίζει τον ίδιο του τον εαυτό ως ‘ασθενή’. Επιπλέον, όμως, η αντιμετώπισή του ως ασθενές μέλος και από το κοινωνικό σύνολο, ενισχύει τη διαμόρφωση και την παγίωση αυτής της ταυτότητας.

Είναι δύσκολο για τον πάσχοντα να ανταποκριθεί στις υποχρεώσεις του κανονικού του κοινωνικού ρόλου, καθώς, όπως ήδη αναφέρθηκε, ακόμη και αν η ασθένειά του δεν του θέτει σημαντικά εμπόδια στη διατήρηση της κοινωνικής του ζωής, συχνά ο ίδιος διαχειρίζεται τον εαυτό του ως ‘ασθενή’, με αποτέλεσμα να μην επιθυμεί τη συνέχιση της πρότερης κοινωνική του ζωής. Αυτό έχει ως συνέπεια να περιορίζεται η αυτοπεποίθηση και κυρίως η αυτοεκτίμησή του. Ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται πια στις κοινωνικές του υποχρεώσεις με τον ίδιο τρόπο και στον ίδιο βαθμό, με συνέπεια να μην αισθάνεται πια «χρήσιμος» και «παραγωγικός» για το κοινωνικό σύνολο.

Μία ακόμη ιδιαιτερότητα της χρόνιας ασθένειας είναι ότι ο πάσχοντας οφείλει να ακολουθεί συγκεκριμένη πειθαρχία αλλά και να αντιμετωπίζει κατάλληλα τα προβλήματα που αφορούν την τήρηση αυτής της πειθαρχίας. Η εφαρμογή της πειθαρχίας κάνει δυσκολότερη την καθημερινή ζωή του χρόνια ασθενούς, καθώς συχνά υποχρεώνεται να λαμβάνει κάποια τακτική φαρμακευτική θεραπεία και επίσης, εκτός από τα πρακτικά ζητήματα, συνήθως επιδρά αρνητικά και στην ψυχολογική του κατάσταση (Γουργουλιάννη Σ., 2017:555).

## **2.8 Χρόνια ασθένεια και διαταραχή της ιδεατής εικόνας του σώματος**

Σύμφωνα με την Κυρίτση Ε. (1999α:238-243, 1999β:151-155), η σωματική εικόνα ενός ατόμου είναι το βασικό στοιχείο διαμόρφωσης της ταυτότητάς του και σχεδόν οποιαδήποτε αλλαγή στη δομή ή τη λειτουργικότητά της εκλαμβάνεται ως απειλή. Η σωματική εικόνα σχηματίζεται από την αμφίδρομη σχέση μεταξύ εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος σε ένα συγκεκριμένο χρόνο κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου και προσδιορίζεται από τις πεποιθήσεις, τις αξίες, τους στόχους, τη νοημοσύνη, την κοινωνική θέση και το επάγγελμα που ασκεί. Τα άτομα προσπαθούν να προασπίσουν την εικόνα αυτή από την αλλαγή ή την παρακμή της και όταν μία ασθένεια επιφέρει κάποια μετατροπή στο σώμα, παρέρχεται αρκετό χρονικό διάστημα για να ενσωματωθεί αυτή η μετατροπή στην υπάρχουσα σωματική εικόνα.

Υποκειμενικοί παράγοντες που συνιστούν διαταραχές στην ιδεατή εικόνα του σώματος είναι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής, ο φόβος απόρριψης από τους άλλους, δυσάρεστα συναισθήματα για το σώμα, συναισθήματα αποπροσωποποίησης, πίστη ότι η ομορφιά του σώματος αντιπροσωπεύει τη μεγαλύτερη αξία, καθώς και η προηγούμενη καλή σωματική και ψυχική κατάσταση. Μερικοί αντικειμενικοί παράγοντες που προσδιορίζουν διαταραχές στην ιδεατή εικόνα του σώματος αφορούν την απουσία ενός μέρους του σώματος, την πραγματική δομική ή λειτουργική αλλαγή του σώματος, την αποφυγή ενατένισης ή ψηλάφησης του μέλους του σώματος, την αλλαγή στην ικανότητα υπολογισμού της απόστασης του σώματος από τον περιβάλλοντα χώρο.

Η αξιολόγηση της εικόνας του σώματος ενός αρρώστου επηρεάζεται από την ηλικία, τα συναισθήματα για τον εαυτό του πριν και μετά την αρρώστια, τις ατομικές αξίες και πεποιθήσεις για την ομορφιά, την αυτοκυριαρχία, τη δραστηριότητα, και την ακεραιότητα, την υποκειμενική σημασία του μέρους του σώματος που προσβλήθηκε, την επίδραση της αρρώστιας στους ρόλους, τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, την οικογένεια και τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου και τέλος τους προσαρμοστικούς μηχανισμούς που ενεργοποιούνται απέναντι στη νέα κατάσταση και τις επιπτώσεις της (Κυρίτση Ε., 1999α:238-243, 1999β:151-155).

## **2.9 Οι αντιδράσεις του ατόμου στη χρόνια νόσο**

Ο Shontz (1975) ήταν από τους πρώτους που περιέγραψε τον τρόπο αντίδρασης του ατόμου μετά τη διάγνωση μίας χρόνιας νόσου, παρουσιάζοντας τις αντιδράσεις υπό τη μορφή της εξής ακολουθίας: α) Αρχικό σοκ, όπου το άτομο πανικοβάλλεται, συμπεριφέρεται αυτοματοποιημένα και λειτουργεί σαν ένας εξωτερικός παρατηρητής της πραγματικότητας, β) Αντιπαράθεση, που χαρακτηρίζεται από αποδιοργανωμένη σκέψη, μία αίσθηση απώλειας και απελπισίας, γ) Υποχώρηση, κατά την οποία το άτομο συνηθίζει να χρησιμοποιεί την άρνηση και την αποφυγή, για να μπορέσει να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα. Σταδιακά, συνειδητοποιεί τις πραγματικές διαστάσεις της κατάστασης που βιώνει και αρχίζει να προσαρμόζεται.

Η διάγνωση μίας χρόνιας ή απειλητικής για τη ζωή ασθένειας οριοθετεί την έναρξη μιας μακράς διαδικασίας, η οποία μπορεί να χαρακτηριστεί ως μία 'κρίση'. Η προσαρμογή σε μια χρόνια νόσο κατά τους Steward, Ross και Hartley (2004) αφορά τέσσερα πεδία:

- Το βιολογικό, σε θέματα όπως συμπτώματα της νόσου, παρενέργειες της θεραπευτικής παρέμβασης, μειωμένη λειτουργικότητα και προσαρμογή στην πορεία της ασθένειας.
- Το κοινωνικό, σε θέματα όπως απομόνωση, στίγμα, σχέσεις με άμεσο και ευρύτερο κοινωνικό περίγυρο καθώς και το προσωπικό υγείας.
- Το συναισθηματικό, που αφορά στη διαμόρφωση της αυτοεικόνας, επανεκτίμηση στόχων και προσδοκιών, τον προσδιορισμό νοήματος στην εμπειρία που ζει το άτομο.
- Τη συμπεριφορά, στο πλαίσιο αντιμετώπισης της πορείας της νόσου και την εφαρμογή των ιατρικών οδηγιών.

Σύμφωνα με τον Moos (1982) η προσαρμογή στη νέα αυτή κατάσταση εξαρτάται από τους τρόπους αντιμετώπισης του στρες που ενεργοποιεί το άτομο και οι οποίες επηρεάζονται από τρεις κατηγορίες παραγόντων: αυτούς που σχετίζονται με την ασθένεια, τους ατομικούς παράγοντες και τους παράγοντες του περιβάλλοντος.

Ως προς τους παράγοντες που σχετίζονται με την ασθένεια, αυτοί αφορούν τα χαρακτηριστικά της νόσου, τις συνέπειες στον οργανισμό και το βαθμό λειτουργικότητας του ατόμου, καθώς και τις θεραπευτικές επιλογές. Οι ατομικοί παράγοντες αφορούν το φύλο, την ηλικία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις φιλοσοφικές και θρησκευτικές αντιλήψεις, το επίπεδο ωριμότητας και προηγούμενης προσαρμογής, προϋπάρχοντα προβλήματα και ψυχικές διαταραχές, αντιλήψεις του ατόμου για την υγεία και την ασθένεια. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες αφορούν τις πτυχές του νοσοκομειακού πλαισίου, του κοινωνικού περιβάλλοντος (οικογένεια, φίλοι, κοινότητα, κοινωνία) καθώς και τα θέματα κοινωνικής υποστήριξης.

Στην προσπάθεια διαχείρισης της ασθένειας ο ασθενής χρησιμοποιεί μια σειρά στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων όπως την άρνηση ή ελαχιστοποίηση της σοβαρότητας της κατάστασης, την αναζήτηση πληροφόρησης, τον έλεγχο του προβλήματος, τον καθορισμό συγκεκριμένων στόχων, τη χρήση συναισθηματικής και υλικής συμβολής από τους άλλους, τη διατήρηση μίας θετικής προοπτικής.

Η προσαρμογή ενός χρόνια ασθενούς καθορίζεται σημαντικά από τον τρόπο αντίδρασής του στα πρώτα στάδια μετά την εμφάνιση ή τη διάγνωση της ασθένειας. Παράλληλα, η διαδικασία της προσαρμογής επιφέρει αρκετές προσαρμογές στο γνωστικό πεδίο. Η Taylor (1983) διαπίστωσε πως οι ασθενείς προσπαθούν: α) να



ανακαλύψουν ένα νόημα στην πάθησή τους –γιατί συνέβη, ποιοι παράγοντες συνέβαλαν, τι σημαίνει η εμφάνισή της για τον εαυτό τους ή τους άλλους, επανεκτίμηση αξιών και πεποιθήσεων, β) να επανακτήσουν μία αίσθηση ελέγχου – π.χ. ενημερώνονται για την ασθένεια, τηρούν πιστά τις ιατρικές οδηγίες, αλλάζουν τον τρόπο της ζωής τους, και γ) να αποκτήσουν την αυτοεκτίμησή τους –π.χ. με τη χρήση κοινωνικών συγκρίσεων ή αντιπαραβολής με χειρότερα πιθανά σενάρια.

Ανάλογες αντιξοότητες έχουν να αντιμετωπίσουν και οι οικογένειες και οι οικείοι των χρόνια ασθενών, ο βαθμός της προσαρμογής των οποίων επηρεάζεται και αλληλεπιδρά με το βαθμό προσαρμογής των ίδιων των ασθενών (Γιαβασόπουλος Ε. & Γουρνή Π., 2008:16-18, Καραδήμας Ε., <https://opencourses.uoc.gr/courses/>).

## **2.10 Φάσεις στην εξέλιξη της χρόνιας ασθένειας**

Σύμφωνα με τους Γιαβασόπουλο Ε. & Γουρνή Π. (2008:18-21), Καραδήμα Ε., (<https://opencourses.uoc.gr/courses/>) και Baum A. & Poslunzy D.M. (1999), ο Doca το 1993 διέκρινε στην έκβαση μίας χρόνιας ασθένειας μια σειρά φάσεων, κάθε μία από τις οποίες προσδιορίζεται από σαφείς ‘προκλήσεις’ ή ‘έργα’, σε επίπεδο οργανικό, ψυχολογικό, πνευματικό και κοινωνικό. Οι φάσεις του συγκεκριμένου μοντέλου είναι η προδιαγνωστική, η οξεία (που περιλαμβάνει και τη διάγνωση), η χρόνια και η τελική φάση, η οποία καταλήγει ορισμένες φορές στο θάνατο του ασθενούς.

Στην προδιαγνωστική φάση το άτομο αρχίζει να παρατηρεί κάποια συμπτώματα – ενδείξεις της νόσου. Ο τρόπος αντίδρασης των ασθενών ποικίλει από την ενεργοποίηση για τη διερεύνηση της κατάστασης ως την αδιαφορία για τα εμφανιζόμενα συμπτώματα.

Η οξεία φάση σχετίζεται με τη διάγνωση της νόσου. Η αρχική έκπληξη, η πιθανή ανάγκη για μακρόχρονη νοσηλεία, η ανάγκη για μετατροπές στον τρόπο ζωής και ο φόβος για την έκβαση της νόσου, δημιουργούν μια σειρά έντονων και αρνητικών συναισθημάτων. Επίσης, σε αυτή τη φάση ο ασθενής πρέπει να λάβει δύσκολες και καθοριστικές αποφάσεις, όπως σε ποιον θα ανακοινώσει την κατάσταση της υγείας του, πού θα νοσηλευτεί, ποιος θα είναι ο θεράπωντας γιατρός του. Κάποια άτομα καταφέρνουν να ανταποκριθούν στις νέες συνθήκες, άλλοι προσποιούνται και αρνούνται την πραγματικότητα, ενώ μερικοί εκδηλώνουν τάσεις παλινδρόμησης.

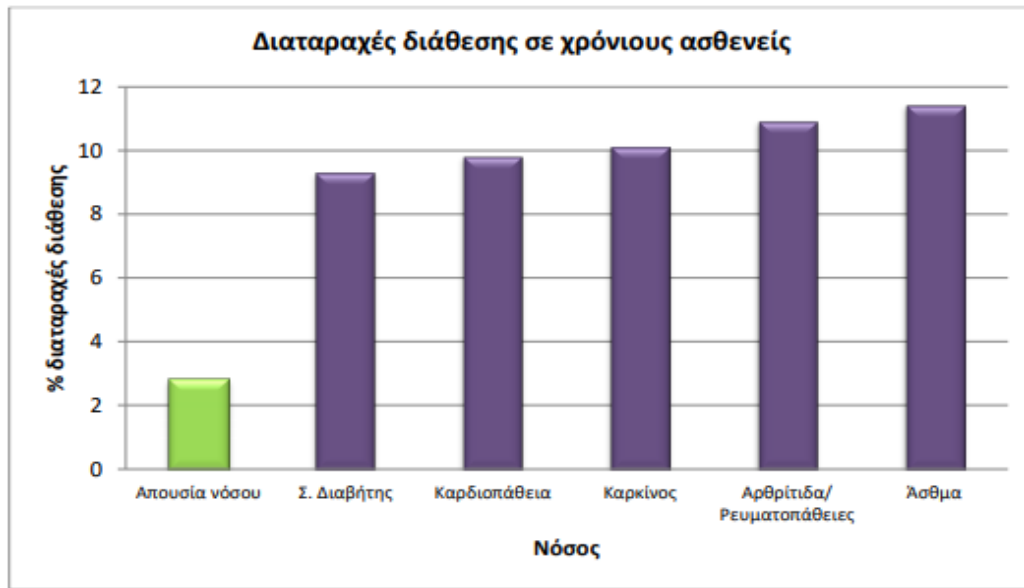
Η χρόνια φάση διαρκεί ως την τελική έκβαση (ίαση ή θάνατο). Είναι μία δύσκολη περίοδος για τον ασθενή και την οικογένειά του και εξαρτάται τόσο από τα χαρακτηριστικά του ασθενή (αν τηρεί τις ιατρικές οδηγίες, αν κάνει τις απαραίτητες αλλαγές στον τρόπο της ζωής του), όσο και από τις ιδιαιτερότητες της νόσου. Κάποιες ασθένειες εξελίσσονται ταχέως (ορισμένες μορφές καρκίνου), άλλες παρουσιάζουν σταδιακή επιδείνωση (όπως η άνοια), άλλες χαρακτηρίζονται από συχνές υποτροπές ή υφέσεις και εξάρσεις (ρευματοειδής αρθρίτιδα), ενώ κάποιες έχουν ηπιότερη εξέλιξη (όπως η αρτηριακή υπέρταση).

Η φάση της ανάρρωσης και της αποθεραπείας δημιουργεί θετικά συναισθήματα στον ασθενή, αλλά αρκετά άτομα συνεχίζουν να νιώθουν θυμό και φόβο, καθώς η εμπειρία της ασθένειας επιδρά με καθοριστικό τρόπο στις πεποιθήσεις, τις σκέψεις και την ψυχολογία των ανθρώπων. Παρόλα αυτά τα περισσότερα άτομα κατορθώνουν να ανταποκριθούν στις δυσχερείς συνθήκες και να συνεχίσουν τη ζωή τους με αισιοδοξία και αίσθηση επάρκειας.

Η υποτροπή ή η επιδείνωση της νόσου επιφέρουν μία νέα μορφή κρίσης. Τα άτομα έρχονται αντιμέτωπα και πάλι με τους αρχικούς τους φόβους, συνήθως επανεμφανίζουν τις αρχικές τους αντιδράσεις και τις προσπάθειες αντιμετώπισης του προβλήματος, αλλά αυτή τη φορά με περιορισμένη αισιοδοξία (Γιαβασόπουλος Ε. & Γουρνή Π., 2008:18-21, Καραδήμας Ε., <https://opencourses.uoc.gr/courses/>).

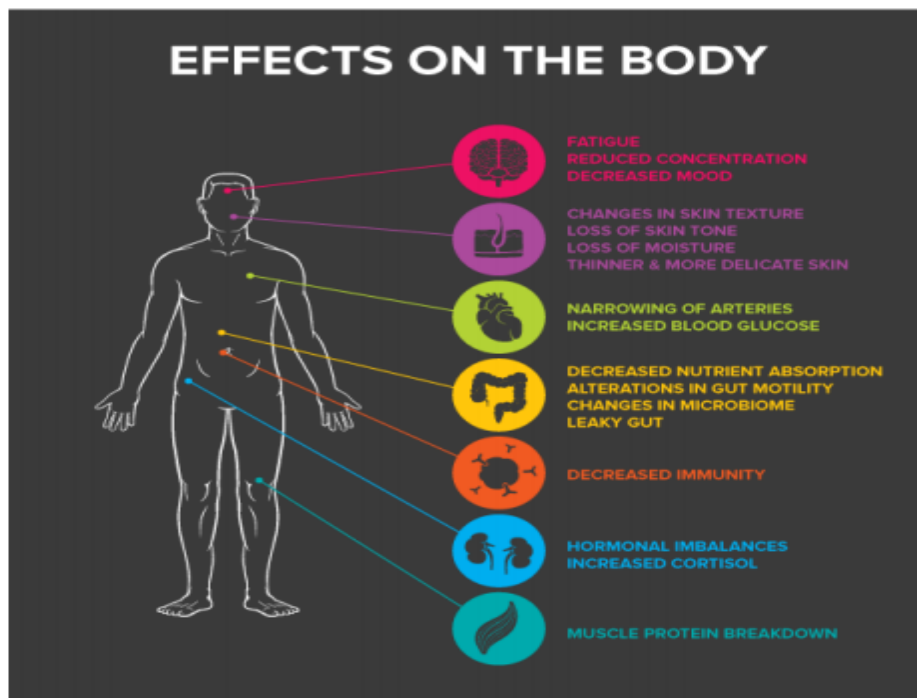
Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως οι χρόνια ασθενείς σε όλες σχεδόν τις φάσεις της νόσου συνήθως βιώνουν αισθήματα κατωτερότητας και αυτομομφής, συχνά αισθάνονται απογοητευμένοι και απομονωμένοι, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη χρόνιου και ποικίλου βαθμού στρες. Ως στρες ορίζεται «η διαδικασία κατά την οποία ο ανθρώπινος οργανισμός υφίσταται έντονη -πέραν των δυνατοτήτων του- καταπόνηση (σωματική ή ψυχολογική) από εσωτερικούς ή εξωτερικούς -περιβαλλοντικούς παράγοντες, με δυνητικό αποτέλεσμα κάποια ψυχολογική ή βιολογική βλάβη». Σήμερα ο ορισμός του στρες συνήθως περιλαμβάνει ψυχικές καταστάσεις που διευρύνονται από κάποιας έντασης δυσφορία με την επίδραση θορύβου, κόπωσης ή ψύχους, ως την εμφάνιση θυμού, απογοήτευσης ή σύγχυσης. Το στρες γενικά αποσυντονίζει τον άνθρωπο, χειροτερεύει την υγεία του και την ποιότητα της ζωής του. Η διαχείριση του στρες στη χρόνια νόσο είναι μία συνεχής πρόκληση για τους ασθενείς (Πάσχος Κ., 2018:176-177) (Διάγραμμα 12, Εικόνα 4).

**Διάγραμμα 12:** Αγχώδεις διαταραχές σε ασθενείς με χρόνιες νόσους.



Πηγή: Πάσχος Κ. (2018:176).

**Εικόνα 4:** Επίδραση του στρες στο ανθρώπινο σώμα.



Πηγή: Πάσχος Κ. (2018:177).

Σε όλες τις φάσεις της χρόνιας ασθένειας πολύ σημαντικό είναι το θέμα της ποιότητας ζωής, αφού στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου ζωής, αλλά και η βελτιωμένη ποιότητα ζωής όσον αφορά τη σωματική κατάσταση και τη λειτουργικότητα, την κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα, τη συναισθηματική κατάσταση και το βαθμό της γενικής ικανοποίησής του ασθενούς από τη ζωή (Γιαβασόπουλος Ε. & Γουρνή Π., 2008:18-21, Καραδήμας Ε., <https://opencourses.uoc.gr/courses/>).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η ποιότητα ζωής είναι μία ευρεία έννοια που εμπεριέχει επιδημιολογικές, βιοϊατρικές, λειτουργικές, οικονομικές και πολιτισμικές πτυχές, καθώς και προτιμήσεις του ατόμου, πεποιθήσεις και εμπειρίες του. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται από προσπάθειες ερευνητών να δημιουργήσουν συστήματα εκτίμησης και εργαλεία μέτρησης των παραμέτρων που προσδιορίζουν την υγεία, δηλαδή της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας των ατόμων (Δημητρόπουλος Χ. κ.ά., 2008:31).

#### 3.1 Ορίζοντας την ποιότητα ζωής

Η ποιότητα ζωής έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλόσοφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια», απέδιδε τους όρους ποιότητα ζωής ('ευ ζην') και ευημερία ('ευ πράττειν') με τη λέξη 'ευδαιμονία', δηλαδή 'το τέλειο και αυτάρκες αγαθό', που συνιστά τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Αναφέρει επίσης ότι «Διαφωνούν όμως μεταξύ τους σχετικά με το τι είναι η ευδαιμονία και δεν την αποτιμούν με τον ίδιο τρόπο οι 'πολλοί' και οι 'σοφοί'. Διότι εκείνοι (οι 'πολλοί') την κατατάσσουν στα απτά και φανερά πράγματα, όπως είναι η ηδονή ή ο πλούτος ή η τιμή, ενώ αυτοί (οι 'σοφοί') τη θεωρούν κάτι άλλο», καθώς και «Σε πολλές περιπτώσεις ο ίδιος άνθρωπος έχει διαφορετική γνώμη, διότι όταν αρρωστήσει, θεωρεί την υγεία ευδαιμονία και όταν είναι φτωχός, τα πλούτη». Ο διάλογος για τον ορισμό και τους παράγοντες της ποιότητας ζωής συνεχίζεται με την ίδια ένταση και σήμερα, όπως και η διαφορετικότητα των απόψεων μεταξύ των επιστημόνων αλλά και των απλών ανθρώπων, ενώ οι αλλαγές των αναγκών, που συμβαίνουν με το πέρασμα των χρόνων και οι μεταβολές στον τρόπο ζωής των ανθρώπων, αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες στην εκτίμηση της ποιότητας ζωής (Δημητρόπουλος Χ. κ.ά., 2008:31, Νάκου Σ., 2001:255-256).

Η ποιότητα ζωής (Quality of Life - QoL), ως όρος, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά μετά τον 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο πόλεμο. Με την οικονομική ανάπτυξη που παρατηρείται μετά τον πόλεμο, έγινε εμφανής η δυνατότητα της 'καλής ζωής' και της προσδοκίας της 'ποιότητας ζωής'. Ο όρος 'ποιότητα ζωής' αρχικά σήμαινε την κατοχή χρήματος και υλικών αγαθών. Στη δεκαετία του '60 ο όρος διευρύνεται, περιλαμβάνοντας την

εκπαίδευση και την υγεία, καθώς και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για ανάπαυση και δραστηριότητες. Στη δεκαετία του '70, τονίζεται η προσωπική ελευθερία, η συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ευεξία και ισορροπία, ενώ δίνεται και ιδιαίτερη σημασία στην ποιότητα ζωής σε καταστάσεις ασθένειας, θεραπείας και αποκατάστασης. Σήμερα είναι ευρέως αποδεκτό ότι η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα κοινωνικό φαινόμενο με πολλές διαστάσεις, του οποίου η λειτουργία του προσδιορίζεται από «τις αρχές της καθολικότητας, της εξατομίκευσης, της πραγματικότητας και της ικανοποίησης των αναγκών του σύγχρονου ανθρώπου». Η συσχέτιση παραγόντων της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, η ηθική, ο αυτοσεβασμός και η αυτοπραγμάτωση, επηρεάζουν την ατομική και κοινωνική ολοκλήρωση, προσδιορίζοντας την ποιότητα ζωής (Σαρρής Μ., 2001:252, Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:230, Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001:219).

Η σημασία για τον άνθρωπο της ποιότητας ζωής αναγνωρίζεται και προβάλλεται από το Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών (ΟΗΕ) μέσω διακηρύξεων και συμβάσεων. Η Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων του ΟΗΕ το 1948, μολονότι δεν περιέχει τον όρο «ποιότητας ζωής», στο άρθρο 3 και 25 αναφέρεται στη «...ζωή, ελευθερία, ασφάλεια...» και στο «...επίπεδο ζωής που εξασφαλίζει υγεία και ευεξία...». Το 1984 η εκστρατεία 'Υγεία για Όλους' του Ευρωπαϊκού Γραφείου του Π.Ο.Υ. εκφράζει ως βασικούς σκοπούς την επιμήκυνση της ζωής, την ισότητα στην υγεία, την απόδοση υγείας στη ζωή και ζωής στα χρόνια, ενώ η τροποποιημένη δήλωση του συγκεκριμένου προγράμματος το 1991, περιέχει σαφή αναφορά στην ποιότητα ζωής: «...όλοι οι άνθρωποι πρέπει να έχουν την ευκαιρία να αναπτύξουν το δυναμικό υγείας, για να μπορέσουν να ζήσουν ζωές που να τους ικανοποιούν κοινωνικά, οικονομικά και ψυχικά...» (Νάκου Σ., 2001:255, Βαλάσση – Αδάμ Ε., 2001:216).

Η Megari K. (2013:141) υπογραμμίζει πως σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ., η ποιότητα ζωής ορίζεται ως «η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους».

Άλλος ορισμός της ποιότητας ζωής υποδηλώνει ότι πρόκειται για μια παγκόσμια προσωπική αξιολόγηση μίας μόνο διάστασης, που μπορεί να αναφέρεται αιτιακά σε μια ποικιλία άλλων διακριτών διαστάσεων. Είναι δηλαδή «μια μονοδιάστατη έννοια με πολλαπλές αιτίες, που περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα της ανθρώπινης

εμπειρίας, των καταστάσεων, των αντιλήψεων και των σφαιρών σκέψης σχετικά με τη ζωή ενός ατόμου ή μιας κοινότητας. Τόσο η αντικειμενική όσο και η υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής μπορούν να περιλαμβάνουν πολιτιστικές, σωματικές, ψυχολογικές, διαπροσωπικές, πνευματικές, οικονομικές, πολιτικές, χρονικές και φιλοσοφικές διαστάσεις. Η ποιότητα ζωής συνεπάγεται μια κρίση αξιών που αποδίδεται στην εμπειρία των κοινοτήτων και των ομάδων, όπως οικογενειών ή ατόμων».

Επιπλέον, η ποιότητα ζωής, μπορεί θεωρητικά να περιλαμβάνει ένα ευρύ σύνολο στοιχείων, όπως τη λειτουργική ικανότητα (με σημαντική τη λειτουργία των ρόλων), τον βαθμό και τη μορφή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, τη συναισθηματική ευεξία, την ευτυχία, τις συνθήκες της ζωής, την ικανοποίηση ζωής και την επιθυμία για ικανοποίηση. Παράλληλα, αντικατοπτρίζει τις εμπειρίες της ζωής, τα σημαντικά γεγονότα καθώς και στοιχεία που καθορίζουν την ποιότητα της ζωής, όπως οι σχέσεις μεταξύ των φύλων, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση, η ηλικία και η γενιά (Megari K., 2013:141).

Άλλοι ορισμοί της ποιότητας ζωής στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρουν ότι είναι:

- «Ο βαθμός ανάγκης και ικανοποίησης εντός της φυσικής, ψυχολογικής και κοινωνικής δραστηριότητας, καθώς και των υλικών και δομικών συνθηκών».
- «Η υποκειμενική αξιολόγηση της καλής και ικανοποιητικής διάστασης της ζωής στο σύνολό της».
- «Η ικανοποίηση των αξιών, των επιδιώξεων και των αναγκών ενός ατόμου, σε άμεση σχέση με τις ικανότητες ή τον τρόπο ζωής του».
- «Η υποκειμενική ποιότητα ζωής που αντικατοπτρίζει τη συνολική αντίληψη και ικανοποίηση του ατόμου για το πώς είναι τα πράγματα στη ζωή του».
- «Η συνολική απόλαυση της ζωής» (Post M., 2014:171).

Κατά τον Δημητρόπουλο Χ. (2008:32), η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται από τη σωματική υπόσταση και υγεία των ατόμων, την ψυχική τους κατάσταση, τον περιβάλλοντα χώρο μέσα στο οποίο ζουν, καθώς και από τις σχέσεις που δημιουργούν. Σύμφωνα με νεότερες θεωρίες, η υγεία, αναγνωρίζεται ως ένας μόνο από τους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής. Ένα σύνολο από

άλλους, επιμέρους παράγοντες μπορούν να επιδράσουν στην ποιότητα ζωής των ανθρώπων, όπως: κλίμα και γεωλογικές - φυσικές συνθήκες τόπου διαμονής, οικολογική διαταραχή, συνήθειες διατροφής, τρόπος ζωής, κατανάλωση αγαθών και υπηρεσιών, αναπηρίες ή χρόνια νοσήματα, προσαρμογή σε νέες συνθήκες, πολιτιστικό περιβάλλον, θρησκευτικές πεποιθήσεις, εκπαίδευση και κατάρτιση, επίπεδο κοινωνικής - οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, άγχος για την πορεία της ασθένειας ή το θάνατο, εμπιστοσύνη στις κοινωνικές σχέσεις και χαρακτηριστικά αυτών, επάγγελμα και εργασιακό περιβάλλον, επαγγελματική εξουθένωση, εισόδημα, πρόσβαση και ποιότητα διαθέσιμης ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

Σύμφωνα με την Νάκου Σ. (2001:256-258), μέσα στο πλαίσιο της 'καλής ζωής', κάθε επιστήμη προσεγγίζει την ποιότητα ζωής από διαφορετική οπτική πλευρά και δημιουργεί τους ανάλογους δείκτες.

Η οικονομολογική προσέγγιση δίνει έμφαση στην κατανομή των οικονομικών πόρων. Σε επίπεδο σύγκρισης μεταξύ κρατών, οι βασικοί χρησιμοποιούμενοι δείκτες του επιπέδου ζωής είναι το Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν (Α.Ε.Π.) και το Κατά κεφαλήν εισόδημα. Οι δείκτες της οικονομικής ανάπτυξης μπορούν να αντιστοιχούν κατά ένα μέρος στην ποιότητα ζωής του πληθυσμού, καθώς με τον πλούτο αγοράζεις αγαθά και υπηρεσίες. Όμως, το Α.Ε.Π., δε δίνει πληροφορίες για την κατανομή των οικονομικών πόρων στο εσωτερικό μιας χώρας, το εισόδημα επιμέρους πληθυσμιακών ομάδων ή τις επενδυτικές αποφάσεις στην παιδεία, την υγεία και τις υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας. Χαρακτηριστικό είναι ότι στη Σύσκεψη Κορυφής του Ο.Η.Ε. για την Ανάπτυξη και το Περιβάλλον, επιβεβαιώθηκε πως σε αρκετές περιπτώσεις, η οικονομική ανάπτυξη οδηγεί στην έκπτωση της ποιότητας ζωής μεγάλων πληθυσμιακών ομάδων. Στην προσπάθεια αναπλήρωσης αυτών των ελλείψεων, η Διεθνής Τράπεζα καθιέρωσε το δείκτη φυσικής ποιότητας ζωής (Physical Quality of Life Index - PQLI), ο οποίος βασίζεται στο Α.Ε.Π., σε συνδυασμό με τη βρεφική θνησιμότητα, το προσδόκιμο επιβίωσης (στην ηλικία ενός έτους) και το ποσοστό αναλφαβητισμού σε κάθε χώρα. Σταδιακά χρησιμοποιήθηκαν και ποιοτικές παράμετροι με νέους δείκτες, όπως η απώλεια χρόνων εργασίας και τα χρόνια ζωής με διόρθωση για την ποιότητα (Quality Adjusted Life Years - QALYs). Σε ατομικό επίπεδο, η φτώχεια παραμένει από τους κυριότερους προσδιοριστικούς



παράγοντες της κατάστασης της υγείας, ενώ η έλλειψη οικονομικών πόρων στερεί από κατάλληλες συνθήκες στέγης και τροφής, δυσχεραίνοντας παράλληλα τη χρήση υπηρεσιών και δραστηριοτήτων απαραίτητων για την ομαλή ανάπτυξη του ατόμου.

Με βάση το γεγονός ότι η οικονομική ανάπτυξη δεν εγγυάται την ικανοποίηση όλων των ανθρώπινων αναγκών, εμφανίστηκαν προσπάθειες στο χώρο της Κοινωνιολογίας για την περιγραφή τρόπων μέτρησης της ποιότητας ζωής. Διάφορες μελέτες επιβεβαίωσαν τη σημασία της αξιολόγησης των δύο διαστάσεων της, της αντικειμενικής διάστασης, η οποία περιλαμβάνει τις ανάγκες και της υποκειμενικής διάστασης, που αναφέρεται στις ανθρώπινες επιθυμίες (Πίνακας 2). Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι ομάδες των κοινωνικών δεικτών του Οργανισμού Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (Organisation for Economic Cooperation and Development - OECD) για την αξιολόγηση της κοινωνικής ανάπτυξης αφορούν την κατάσταση της υγείας, το μορφωτικό επίπεδο, την ποιότητα της ζωής στο πλαίσιο της εργασίας, τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου, τον έλεγχο της περιουσίας, την πρόσβαση σε υπηρεσίες, το φυσικό καθώς και το κοινωνικό περιβάλλον και την αίσθηση ασφάλειας. Οι Andrews και Whitney, υπογράμμισαν τους εξής συντελεστές αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής: αυτοαντίληψη, οικογενειακή ζωή, οικονομική κατάσταση, απόλαυση ζωής, στέγη, διαχείριση και δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, κυβερνητικές πολιτικές, πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγορά, υγεία, εργασία και απασχόληση.

**Πίνακας 2:** Οι διαστάσεις του βιοτικού επιπέδου και της ποιότητας ζωής.

Διάσταση	Δείκτες	
	Αντικειμενικοί δείκτες (ανάγκες)	Υποκειμενικοί δείκτες (επιθυμίες)
Υλική	Βιοτικό επίπεδο: Αντικειμενικές κλίμακες	Ικανοποίηση/δυσaréσκεια: Εκτίμηση της αντίληψης
Κοινωνική, προσωπική	Ποιότητα ζωής: Αντικειμενική εκτίμηση των σχέσεων με: α. Άλλους ανθρώπους β. Κοινωνία γ. Φύση	Ευτυχία/δυστυχία: Εκτίμηση της διάθεσης

**Πηγή:** Νάκου Σ., 2001:257.

Τη δεκαετία του 1950 η Jahoda τόνισε ότι η εξασφάλιση των προϋποθέσεων καλής ψυχικής υγείας, συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Ως κριτήρια για την ψυχική υγεία αναφέρθηκαν η θετική αυτοαντίληψη, η ανάπτυξη δραστηριότητας και καλλιέργεια δεξιοτήτων, η ολοκλήρωση της προσωπικότητας, η διαδικασία λήψης αποφάσεων και επιτέλεσης πράξεων, η αίσθηση της πραγματικότητας, η εμπάθεια και η ικανότητα ανάπτυξης κοινωνικών σχέσεων. Στο πλαίσιο της έννοιας της ‘εσωτερικής ποιότητας ζωής’, η ποιότητα ζωής είναι ικανοποιητική όταν το άτομο παραμένει δραστήριο (π.χ. εργασία, άθληση, καλλιτεχνικές δραστηριότητες), έχει καλές διαπροσωπικές σχέσεις (με φίλους, συνεργάτες, οικογένεια, σύντροφο), νοιώθει αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, είναι χαρούμενο και αισθάνεται ασφαλές (Νάκου Σ., 2001:256-258) (Εικόνα 5).

**Εικόνα 5:** Παράγοντες - Διαστάσεις της ποιότητας ζωής.



**Πηγή:** Τροποποιημένο από ‘Quality of Life – Facts & Views. Statistical Books’. (2015:9). <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6856423/KS-05-14-073-EN-N/742aee45-4085-4dac-9e2e-9ed7e9501f23>.

### 3.2 Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία

Η Ιατρική είναι η επιστήμη που εστιάζει στη διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής. Στην πραγματικότητα, μέχρι πρόσφατα, ο πιο σωστός όρος θα ήταν «σχετιζόμενη με την αρρώστια» ποιότητα ζωής, καθώς οι περισσότεροι δείκτες υγείας είχαν αρνητικό περιεχόμενο: νοσηρότητα, θνησιμότητα, είδος αναπηρία, αριθμός και είδος χειρουργικών επεμβάσεων, συνολικός αριθμός ημερών νοσηλείας και κόστος νοσηλείας. Από την άλλη, οι θετικοί δείκτες, όπως η επιβίωση και τα αναμενόμενα χρόνια ζωής, δεν αποτύπωναν την ποιότητα της επιβίωσης, παρά μόνο τη διάρκειά της. Στην κλινική Ιατρική η προσοχή δόθηκε στον προσδιορισμό της επίδρασης που έχουν διάφορα νοσήματα, όπως για παράδειγμα ο καρκίνος, καθώς και διάφορες θεραπευτικές προσεγγίσεις, στην ποιότητα ζωής (Νάκου Σ., 2001:256-258)

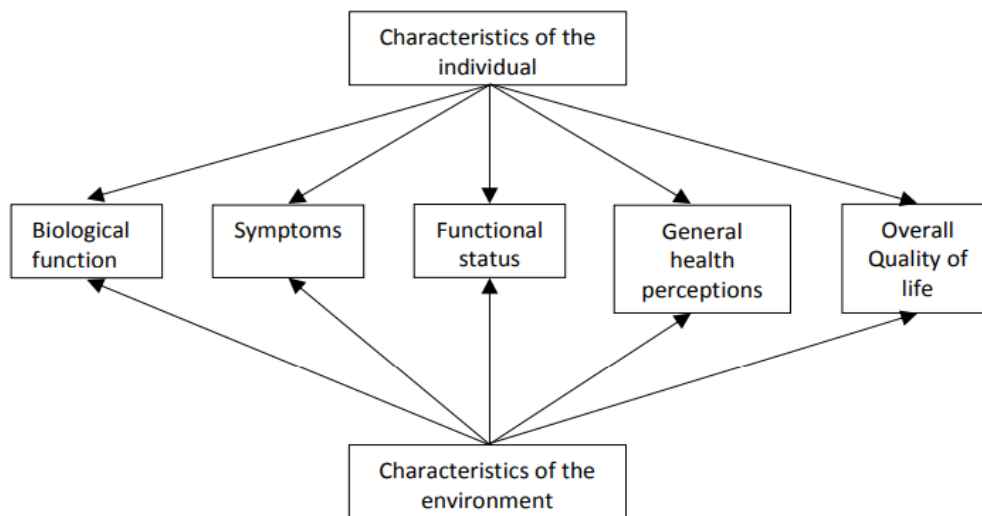
Μία από τις πρώτες δημοσιεύσεις για την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality of Life - HRQoL) ήταν ένα άρθρο στο *Annals of Internal Medicine* (1966). Σε αυτό το άρθρο, ο Elkington J.R. αντιμετώπισε τα νέα ζητήματα ηθικού περιεχομένου που σχετίζονται με την αύξηση της θεραπευτικής επιτυχίας και που αφορούν δυσμενείς συνέπειες για τους εμπλεκόμενους ασθενείς: «Αυτό που θέλει κάθε γιατρός για κάθε έναν από τους ασθενείς του, ηλικιωμένους ή νέους, δεν είναι μόνο η απουσία θανάτου, αλλά η ζωή με ποιότητα. Αυτό δεν είναι τίποτα λιγότερο από μια ανθρωπιστική βιολογία που αφορά, όχι μόνο υλικούς μηχανισμούς, αλλά την ολότητα της ανθρώπινης ζωής, με την πνευματική ποιότητα ζωής που είναι μοναδική για τον άνθρωπο» (Megari K., 2013:141-142).

Σύμφωνα με την ίδια, οι Patrick και Erickson (1993) ορίζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία ως «την αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής, όπως τροποποιείται από τις διαταραχές, τις λειτουργικές καταστάσεις, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες, που επηρεάζονται από ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπευτικές παρεμβάσεις ή πολιτικές αποφάσεις». Ένα βασικό θέμα στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, περιλαμβάνει την αξιολόγηση των ίδιων των ασθενών για τη λειτουργικότητά τους, καθώς και το βαθμό ικανοποίησης με αυτό, σε αντιπαραβολή με αυτό που θεωρούν ότι συνιστά μία ιδανική κατάσταση, περιλαμβάνοντας προσωπικές εμπειρίες που επηρεάζονται από παρεμβάσεις υγειονομικής φροντίδας, καθώς και αλλαγές σε μία χρόνια ασθένεια στην πορεία του χρόνου.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία είναι μια πολυδιάστατη δομή, που περιλαμβάνει τρεις ευρείες περιοχές - σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία -, στις οποίες επιδρά η νόσος και / ή η θεραπεία. Η φυσική λειτουργία συνήθως περιγράφεται ως η ικανότητα επιτέλεσης ενός συνόλου δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής, καθώς και σωματικών συμπτωμάτων που προκαλούνται από τη φύση της ασθένειας ή από τη θεραπευτική αγωγή. Η ψυχολογική λειτουργία ποικίλει σε ένταση από σοβαρή ψυχολογική δυσφορία έως θετική αίσθηση ευεξίας και μπορεί επίσης να περιλαμβάνει και τη γνωστική λειτουργία. Η κοινωνική λειτουργία αναφέρεται σε ποσοτικές και ποιοτικές πλευρές των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων και την κοινωνική ολοκλήρωση.

Οι Wilson & Cleary (1995) περιέγραψαν ένα εννοιολογικό μοντέλο της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, το οποίο παρέχει μια θεωρητική προσέγγιση για τη θεώρηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ως πολυδιάστατης κατασκευής, ενσωματώνοντας βιολογικές και ψυχολογικές πτυχές των αποτελεσμάτων της υγείας. Αυτό το μοντέλο αποτελείται από πέντε διαφορετικά επίπεδα, δηλαδή, φυσιολογικούς παράγοντες, συμπτώματα, λειτουργική κατάσταση, γενικές αντιλήψεις για την υγεία και συνολική ποιότητα ζωής. Η κατάσταση των συμπτωμάτων επηρεάζει τη λειτουργική υγεία, η λειτουργική υγεία επιδρά στις αντιλήψεις για την υγεία και οι αντιλήψεις για την υγεία επιδρούν στην ποιότητα της ζωής. Η εκτίμηση των φυσιολογικών μεταβλητών αναφέρεται σε κύτταρα, ιστούς, όργανα και οργανικά συστήματα, ενώ ο προσδιορισμός της κατάστασης των συμπτωμάτων αφορά τον οργανισμό συνολικά. Η λειτουργική υγεία ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να είναι δραστήριο και να δείχνει προσαρμοστικότητα έναντι των συνθηκών του περιβάλλοντος και μετράται τόσο αντικειμενικά όσο και υποκειμενικά για μια δεδομένη χρονική περίοδο. Οι γενικές αντιλήψεις για την υγεία αντικατοπτρίζουν μια ενσωμάτωση όλων των εννοιών για την υγεία και είναι εξ ορισμού υποκειμενικές βαθμολογίες. Η συνολική ποιότητα ζωής έχει περιγραφεί ως η ασυμφωνία μεταξύ των προσδοκιών ή των ελπίδων ενός ατόμου και των τωρινών εμπειριών του. Το μοντέλο Wilson & Cleary αναθεωρήθηκε αργότερα από τους ερευνητές Ferrans, Zerwic, Wilbur & Larson (2005), ώστε να ερμηνεύσει τις σχέσεις κλινικών μεταβλητών που έχουν σχέση με την ποιότητα της ζωής, συνδέοντας ατομικά γνωρίσματα με περιβαλλοντικά στοιχεία (Megari K., 2013:141-142) (Εικόνα 6)

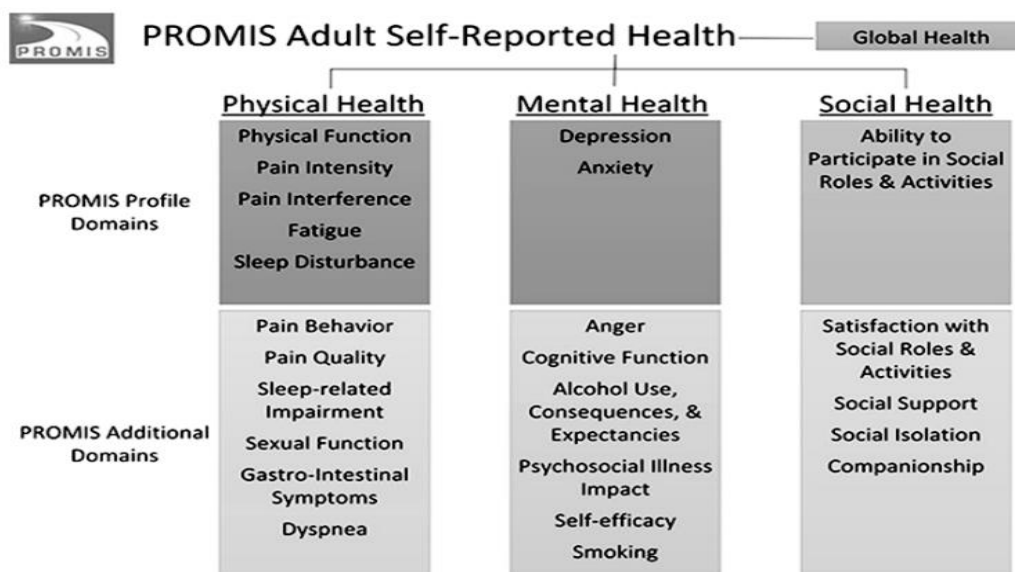
**Εικόνα 6:** Το μοντέλο ποιότητας ζωής των Wilson & Cleary.



**Πηγή:** Post M. (2014:173).

Ένα μοντέλο που βασίζεται στον ορισμό της υγείας του Π.Ο.Υ. είναι το εννοιολογικό μοντέλο PROMIS. Η αποστολή του PROMIS ήταν να δημιουργήσει ένα υπερσύγχρονο σύστημα αξιολόγησης για την αυτοαναφερόμενη υγεία, περιλαμβάνοντας μια ευρεία λειτουργικότητα της υγείας, ως σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας (Post M., 2014:173) (Εικόνα 7).

**Εικόνα 7:** Εννοιολογικό πλαίσιο PROMIS.



**Πηγή:** Post M. (2014:174).

Μια επιπλέον προσέγγιση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, έχει περιγραφεί από τους υπεύθυνους ανάπτυξης του Μέτρου Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με τη Λειτουργία - Ουδέτερη Υγεία – Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής. Οι συγγραφείς αντιτίθενται στη συμπερίληψη στοιχείων λειτουργικής κατάστασης στα μέτρα της ποιότητας ζωής και επιπλέον αναγνωρίζουν την πιθανότητα τα άτομα με ειδικές ανάγκες να είναι υγιή, τονίζοντας τη σημασία του περιβάλλοντος στη διαδικασία της αναπηρίας (Post M., 2014:173) (Πίνακας 3).

**Πίνακας 3:** Εννοιολογικό πλαίσιο του Μέτρου Ποιότητας Ζωής που σχετίζεται με τη Λειτουργία – Ουδέτερη υγεία – Σχετιζόμενη με τη Υγεία Ποιότητα Ζωής.

Health Related Quality of Life				Ancillary
Physical Health	Mental Health	Social Health	Life Satisfaction/Beliefs	Environment
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Energy/fatigue</li> <li>• Stamina</li> <li>• Pain</li> <li>• Sick/well</li> <li>• Rest</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Distress</li> <li>• Affect/mood</li> <li>• Memory</li> <li>• Decision-making</li> <li>• Emotional regulation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Civic engagement</li> <li>• Social engagement</li> <li>• Relationships</li> <li>• Intimacy</li> <li>• Oppression/discrimination</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Living one's values</li> <li>• Meaning to life</li> <li>• Life satisfaction</li> <li>• Recreation</li> <li>• Meaningful activities</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Safety and security</li> <li>• Access to services and transportation</li> <li>• Public policies</li> <li>• Societal attitudes</li> <li>• Air/water/climate</li> </ul>

**Πηγή:** Post M. (2014:174).

### 3.3 Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών

Η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Κ.Π.Λ.) (Social Production Functions Theory) των Lindenberg και Frey, παρουσιάζει μία θεωρητική προσέγγιση του τρόπου επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής. Στηρίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι προάγουν τη δική τους ευεξία προσπαθώντας να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, μέσα από αντιξοότητες της καθημερινότητας. Τρεις σημαντικές αρχές χαρακτηρίζουν τη θεωρία της Κ.Π.Λ.: α) η σχέση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία, β) η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων, γ) η αντικατάσταση ή αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων.

Οι πρωταρχικές ανάγκες (πρωταρχικοί στόχοι) είναι κοινές σε όλους τους ανθρώπους και αναφέρονται στη σωματική και κοινωνική ευεξία, προσδιορίζοντας, με τη σειρά τους την ψυχική ευεξία. Οι λειτουργικοί στόχοι που αναφέρονται στη σωματική

ευεξία είναι: α) η εσωτερική ευμάρεια (άνεση), β) η εξωτερική ευμάρεια (άνεση) και γ) η ενεργοποίηση (ενεργητικότητα). Η εσωτερική ευμάρεια προσδιορίζεται από τη σωματική ευμάρεια, με την έννοια της απουσίας δίψας, πείνας, πόνου, κόπωσης και άλλων σωματικών δυσχερειών. Η εξωτερική ευμάρεια αφορά τον περιβάλλοντα χώρο του ατόμου που είναι ασφαλής και ευχάριστος. Η ενεργοποίηση περιλαμβάνει δραστηριότητες που προάγουν την ενεργητικότητα σε ποικίλα ερεθίσματα – γνωστικά, αισθητηριακά, σωματικά και ψυχικά-. Οι λειτουργικοί στόχοι που αφορούν στην κοινωνική ευεξία είναι: α) η κοινωνική θέση, β) η αναγνώριση (συμπεριφορική επιβεβαίωση, επικύρωση), γ) το συναίσθημα. Η κοινωνική θέση προσδιορίζεται από τον έλεγχο και τη δυνατότητα διαχείρισης των πόρων που έχει ένα άτομο και τη θέση του στην κοινωνική διαστρωμάτωση. Η αναγνώριση αφορά στην αποδοχή της συμπεριφοράς του από τους άλλους, με την προϋπόθεση ότι η συμπεριφορά του κινείται μέσα σε αποδεκτό πλαίσιο. Το συναίσθημα περιλαμβάνει την αγάπη, τη φιλία, την ψυχική στήριξη, που προέρχονται από τις συζυγικές, οικογενειακές και ευρύτερες φιλικές σχέσεις του ατόμου. Όσο περισσότερο ικανοποιούνται οι λειτουργικοί στόχοι της σωματικής και κοινωνικής ευεξίας, τόσο φθίνουσα οριακή αξία έχει η ικανοποίηση των πρωταρχικών αναγκών (Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:231-232) (Πίνακας 4).

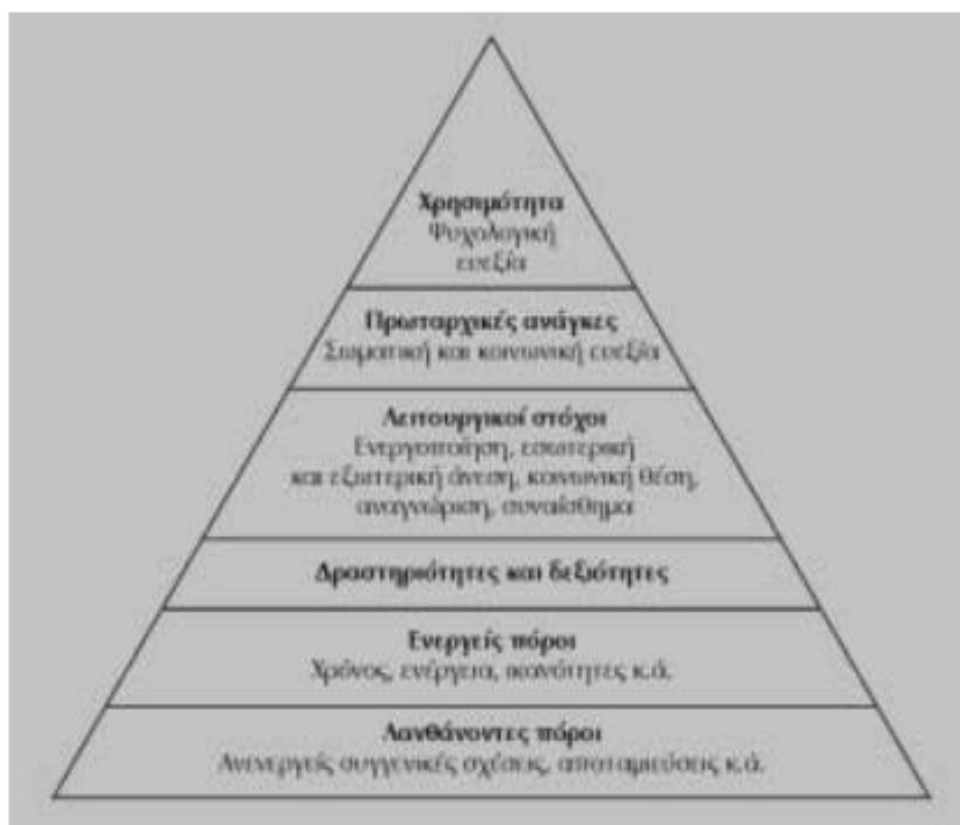
**Πίνακας 4:** Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Κ.Π.Λ.) – Πρωταρχικές ανάγκες και λειτουργικοί στόχοι.

Ανώτερο επίπεδο Πρωταρχικές ανάγκες	Ψυχολογική ευεξία					
	Σωματική ευεξία			Κοινωνική ευεξία		
Λειτουργικοί στόχοι	Ενεργοποίηση Παρακίνηση (ωφέλιμο επίπεδο ενεργητικότητας)	Εξωτερική ευμάρεια- άνεση (ευχάριστο περιβάλλον)	Εσωτερική ευμάρεια- άνεση (απουσία σωματικών αναγκών)	Κοινωνική θέση (έλεγχος περιορισμένων πόρων)	Αναγνώριση Επιβεβαίωση (ό,τι παίρνεις, κάνοντας «το σωστό»)	Συναίσθημα (ό,τι παίρνεις από άλλους που φροντίζουν για σένα)
Παραδείγματα λειτουργικών δραστηριοτήτων, δεξιοτήτων και χαρισμάτων	Σωματικές και ψυχικές δραστη- ριότητες που παράγουν ενεργητικότητα	Οικιακός εξοπλισμός, κατοικία, ασφάλεια, κοινωνική πρόνοια	Απουσία πόνου, κόπωσης, πείνας, δίψας, ζωτικότητα	Καταναλωτικό πρότυπο, επίδοση σε εργασία, επαγγελματική υποβάθμιση, άθληση	Συμμόρφωση με κοινωνικούς και ατομικούς κανόνες και αξίες, συμμετοχή σε ομάδες	Ερωτική σχέση, που παρέχει συναίσθηματική υποστήριξη, γάμος
Παραδείγματα πόρων	Σωματική και ψυχική προσπάθεια	Χρήμα	Διατροφή, υγεία	Εκπαίδευση, κοινωνική τάξη, ατομικές ικανότητες	Κοινωνικές ικανότητες, ανταγωνισμός	Σύζυγος, συμπάθεια, ελκυστικότητα

Πηγή: Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:232.

Με βάση τη θεωρία της Κ.Π.Λ., η διάρθρωση των στοιχείων της είναι ιεραρχική. Από τους πόρους, που βρίσκονται στα χαμηλότερα επίπεδα, στις δραστηριότητες και δεξιότητες, στα αμέσως επόμενα επίπεδα, και στους λειτουργικούς στόχους μέχρι τις πρωταρχικές ανάγκες στα ανώτερα επίπεδα και την ψυχολογική ευεξία (χρησιμότητα) στο ανώτατο επίπεδο, αναπτύσσονται διασυνδέσεις μεταξύ όλων των επιπέδων της πυραμίδας. Αξίζει εδώ να υπογραμμιστεί πως οι πόροι χρησιμοποιούνται ως μέσα άσκησης λειτουργικών δραστηριοτήτων ή δημιουργίας δεξιοτήτων, οι οποίες αποτελούν προϋπόθεση για την επίτευξη των λειτουργικών στόχων. Αναφέρονται δε όχι μόνο στους οικονομικούς πόρους, αλλά και στην τεχνολογία, το διαθέσιμο χρόνο, την εκπαίδευση, και διακρίνονται στους ενεργούς πόρους (που καταναλώνονται άμεσα) και στους λανθάνοντες (που μπορούν να ενεργοποιηθούν κάποια στιγμή, χωρίς ιδιαίτερο κόστος π.χ. αποταμιεύσεις) (Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:233) (Εικόνα 8).

**Εικόνα 8:** Θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Κ.Π.Λ.) – Η πυραμίδα των αναγκών, στόχων, δραστηριοτήτων και πόρων.



**Πηγή:** Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:233.



Όσον αφορά την αναπλήρωση – αντικατάσταση πόρων, καθώς οι άνθρωποι για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες τους, επιλέγουν τους τρόπους εκείνους που έχουν την καλύτερη σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας, εάν το κόστος επίτευξης ενός λειτουργικού στόχου είναι δυσανάλογο της χρησιμότητας ή της αποτελεσματικότητας του – δηλαδή του οφέλους από την ικανοποίηση της ανάγκης που αποβλέπει-, τότε το άτομο θα φροντίσει να τον αναπληρώσει με κάποιον άλλο, ώστε η σχέση κόστους – αποτελεσματικότητας να είναι θετική γι’ αυτόν. Το εύρος της δεξαμενής των εναλλακτικών λειτουργιών για την αντικατάσταση λειτουργικών στόχων φαίνεται να εξαρτάται τόσο από τους διαθέσιμους πόρους του ατόμου (χρήμα, γνωριμίες, εκπαίδευση), όσο και από τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της προσωπικότητας του (Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:233-234).

Σύμφωνα με τη θεωρία της Κ.Π.Λ., τα συμπτώματα και οι επιπλοκές μιας αρρώστιας, καθώς και οι μειονεξίες ή οι αναπηρίες δημιουργούν περιορισμούς κατά την άσκηση των μέσων (δραστηριότητες, χαρίσματα, πόροι) επίτευξης των λειτουργικών στόχων, αυξάνοντας το κόστος (χρήμα, χρόνος, ενέργεια), και καθιστώντας ‘δαπανηρή’ την πραγματοποίηση των λειτουργικών στόχων (σύμφωνα με το κριτήριο της σχέσης κόστους – αποτελεσματικότητας). Επιπλέον, οι επιδράσεις των συμπτωμάτων στην ποιότητα ζωής εξελίσσονται σε δύο επίπεδα: α) σε ένα βραχυπρόθεσμο επίπεδο, όπου οι επιδράσεις είναι εξαρτώμενες από τη μείωση της παραγωγής δραστηριοτήτων και λειτουργιών, και β) σε ένα μακροπρόθεσμο επίπεδο, όπου οι επιδράσεις εξαρτώνται από τη μείωση της ικανότητας αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων. Εάν στη σύνθεση της δεξαμενής εναλλακτικών δραστηριοτήτων και λειτουργιών υπάρχουν πολυλειτουργικές δραστηριότητες, που μπορούν άμεσα να παράγουν εναλλακτικές λειτουργίες και έμμεσα να διαμορφώσουν συνθήκες παραγωγής νέων λειτουργιών στο μέλλον, η ικανότητα της αναπλήρωσης – αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων είναι εφικτή, περιορίζοντας σε μεγάλο βαθμό την επίδραση της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Βέβαια, το εύρος της διαταραχής της υγείας μπορεί να είναι τόσο μεγάλο, που οι άνθρωποι να μην διαθέτουν την ικανότητα αντικατάστασης των λειτουργικών στόχων και σε αυτή την περίπτωση είναι πολύ πιθανό να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα ευεξίας (Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:236).

### 3.4 Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία

Σύμφωνα με τους Σαρρή Μ. (2001:289-307), Σαρρή Μ. κ.ά. (2001:219-228), Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ. (2001:219-228), Μηνασίδου Ε. (2005:205-208), Δημητρόπουλο Χ. κ.ά. (2008:34-37), Gong J.B. (2018:65-66), Ουζούνη Χ. & Νακάκης Κ. (2011:232-235), Βαλάσση – Αδάμ Ε. (2001:216-217), ο όρος της ποιότητας ζωής αποτελεί μία ευρεία και συγχρόνως αφηρημένη έννοια και όταν απαιτείται να προσδιοριστεί με ακρίβεια, ώστε να ακολουθήσει η μέτρηση και η αξιολόγησή της, τότε γίνεται απόλυτα εμφανές το γεγονός της πολυδιάστατης δομής της.

Κάθε όργανο μέτρησης πρέπει να πληροί ορισμένες βασικές προϋποθέσεις, ώστε τα αποτελέσματα των μετρήσεων να αντικατοπτρίζουν την πραγματικότητα, αλλά και να καθιστούν δυνατή την ερευνητική της προσέγγιση. Οι βασικές αυτές συνθήκες αφορούν την αξιοπιστία, την εγκυρότητα, την ειδικότητα και την ευαισθησία ενός οργάνου μέτρησης. Ένα εργαλείο μέτρησης θεωρείται ‘αξιόπιστο’ όταν σε μετρήσεις που επαναλαμβάνονται στο ίδιο δείγμα και σε διαφορετικούς χρόνους, παρουσιάζει σταθερά τα ίδια αποτελέσματα, με εξαίρεση τη μεσολάβηση σημαντικής αλλαγής ανάμεσα στις μετρήσεις. Παράλληλα, το εργαλείο μέτρησης παρουσιάζει ‘εγκυρότητα’ όταν αποδίδει τη μεταβλητή που είναι διαμορφωμένο για να μετράει. Επιπλέον, η ‘ειδικότητα’ αναφέρεται στη δυνατότητα ενός οργάνου μέτρησης της ποιότητας ζωής να προσδιορίζει σωστά διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες, ενώ η ‘ευαισθησία’ του οργάνου μέτρησης εκφράζει την ακρίβεια της μέτρησης, χωρίς να υποτιμούνται αλλαγές που προέρχονται από παράγοντες όπως η έκβαση της νόσου, η επιδείνωση της κατάστασης υγείας και η ψυχολογική επίδραση της ασθένειας.

Υπάρχουν περισσότερα από 800 εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Η διαμόρφωση των ερωτηματολογίων αυτών δίνει έμφαση είτε στη γενική κατάσταση υγείας του ατόμου (γενικά ερωτηματολόγια) ή σε επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην ποιότητα ζωής (ειδικά ερωτηματολόγια). Τα ερωτηματολόγια βασίζονται σε ψυχομετρικές μεθόδους, σε κλινικές πρακτικές, σε μεθόδους εκτίμησης της χρησιμότητας, όπως προκύπτουν από την οικονομική επιστήμη, ή και σε συνδυασμό των προαναφερόμενων τεχνικών. Το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια μετράει το σύνολο ή κάποιες διαστάσεις της ποιότητας ζωής και

αρκετά είναι μεταφρασμένα και στην ελληνική γλώσσα. Μερικά από τα κυριότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι τα παρακάτω.

- Δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski Index): Το συγκεκριμένο εργαλείο, το οποίο συμπληρώνεται από τον ιατρό ή άλλους επαγγελματίες υγείας, εστιάζει περισσότερο στην αξιολόγηση της σωματικής διάστασης, αποδίδοντας μια πολύ αδρή αποτίμηση της ποιότητας ζωής, δεδομένου ότι δεν είχε σχεδιαστεί για τη μέτρησή της.
- Δείκτης Λειτουργικότητας του Π.Ο.Υ. (The WHO Performance Status): Ο δείκτης αυτός δημιουργήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας και απαρτίζεται από πέντε βαθμίδες σωματικής ικανότητας, χωρίς να αποδίδει καμία εκτίμηση για την ψυχική και κοινωνική διάσταση της ποιότητας ζωής και η αξιολόγηση γίνεται από τον ιατρό.
- Δείκτης Spitzer για την Ποιότητα Ζωής (The Spitzer Quality of Life Index): Σχεδιάστηκε αρχικά για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των καρκινοπαθών, αλλά χρησιμοποιήθηκε στη συνέχεια και σε άλλες ομάδες ασθενών. Εκτιμά πέντε τομείς (δραστηριότητα, καθημερινή ζωή, αντίληψη της υγείας, κοινωνική υποστήριξη και άποψη για τη ζωή) και συμπληρώνεται από τον ιατρό ή τον ίδιο τον ασθενή.
- Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living): Δημιουργήθηκε αρχικά για την εκτίμηση της λειτουργικότητας ηλικιωμένων σε κλειστά ιδρύματα περίθαλψης και αξιολογεί την εξάρτηση σε θέματα καθημερινής φροντίδας. Έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για τους συγκεκριμένους ασθενείς, αλλά δεν είναι ιδιαίτερα κατάλληλη η χρήση του στη μέτρηση της ποιότητας ζωής.
- Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο (The McGill Pain Questionnaire): Κατασκευάστηκε από τους Melzack & Torgerson το 1971 και αποτελείται από κατηγορίες καταστάσεων που περιγράφουν το πώς ένας άρρωστος βιώνει τον πόνο και γι' αυτό αποτελεί αναμφίβολα ένα βασικό εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, παρέχοντας υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.
- Nottingham Health Profile (NHP): Δημιουργήθηκε από τους Hunt & McEwen το 1980 και αποβλέπει στη συνοπτική περιγραφή των σωματικών, κοινωνικών και συναισθηματικών πτυχών της υγείας, μέσα από έξι στοιχεία

(ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματική αντίδραση, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και κινητικότητα) και επτά πεδία που επηρεάζει η κατάσταση της υγείας (φροντίδα οικίας, εργασία, κοινωνική, οικιακή και σεξουαλική ζωή, ενδιαφέροντα και αναψυχή).

- Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (General Health Questionnaire - GHQ): Δημιουργήθηκε από τον Goldberg το 1972 και κυκλοφορεί σε τρεις εκδόσεις. Στην απλή του έκδοση, οι 28 ερωτήσεις αναφέρονται στην κατάθλιψη, στο άγχος, στην κοινωνική λειτουργικότητα και στα σωματικά συμπτώματα. Χρησιμοποιείται τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και επιδεικνύει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα.
- Επισκόπηση της Επίδρασης της Ασθένειας (Sickness Impact Profile - SIP): Δημιουργήθηκε από τους Bergner et al το 1976. Σε 136 ερωτήσεις εξετάζονται η σωματική, ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα. Ως όργανο μέτρησης έχει υψηλή αξιοπιστία και εγκυρότητα, έχει ευρεία χρήση σε διάφορες ομάδες ασθενών, αλλά η εφαρμογή του απαιτεί περισσότερο χρόνο και κόπο.
- Medical Outcomes Study - Short Form 36 (SF-36): Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 δημιουργήθηκε από τον Ware το 1992. Αξιολογεί γενικές καταστάσεις υγείας και οι 36 ερωτήσεις που το απαρτίζουν, συνθέτουν 8 κλίμακες (σωματική λειτουργικότητα, σωματικός ρόλος, σωματικός πόνος, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικός ρόλος και ψυχική υγεία), οι οποίες δημιουργούν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο συνοπτικές κλίμακες, της σωματικής και της ψυχικής υγείας. Το ερωτηματολόγιο είναι κατάλληλο για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή και τηλεφωνικά, για άτομα 14 ετών και άνω και ο χρόνος συμπλήρωσής του κυμαίνεται σε 5-10'.
- Επισκόπηση Υγείας EQ-5D (EuroQol): Αναπτύχθηκε από Ευρωπαίους ερευνητές στα τέλη της δεκαετίας του 1980. Μελετά τη φυσική, την κοινωνική και την ψυχική διάσταση μέσα από πέντε τομείς (κινητικότητα, αυτοεξυπηρέτηση, εκτέλεση συνήθων δραστηριοτήτων, πόνος - δυσφορία και άγχος – κατάθλιψη). Επειδή δεν παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία θα πρέπει να συνοδεύεται και από άλλα εργαλεία μέτρησης.

- Επισκόπηση Υγείας EQ-15D: Το συγκεκριμένο όργανο ακολουθώντας την προσέγγιση του EQ-5D, προσφέρει μία αρκετά ευρεία εκτίμηση της ποιότητας της ζωής, καθώς αναφέρεται σε 15 διαστάσεις που την προσδιορίζουν (κινητικότητα, όραση, ακοή, αναπνοή, ύπνος, φαγητό, ομιλία, αφόδευση, συνήθειες δραστηριότητες, νοητικές λειτουργίες, δυσφορία και συμπτώματα, κατάθλιψη, εξάντληση, ζωτικότητα και σεξουαλική δραστηριότητα) (Σαρρής Μ., 2001:289-307, Σαρρής Μ. κ.ά., 2001:219-228, Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001:219-228, Βαλάσση – Αδάμ Ε., 2001:216-217, Μηνασίδου Ε., 2005:205-208, Δημητρόπουλος Χ. κ.ά., 2008:34-37, Gong J.B., 2018:65-66, Ουζούνη Χ. & Νακάκης Κ., 2011:232-235).

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>**

#### **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΕΙΔΙΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Όπως ήδη αναφέρθηκε στο 2<sup>ο</sup> Κεφάλαιο, κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, υπήρχε μια αυξανόμενη επικράτηση των χρόνιων ασθενειών, ως αποτέλεσμα βελτιωμένων συνθηκών διαβίωσης, καλύτερης πρόληψης, διαχείρισης μολυσματικών ασθενειών, αναπτυγμένων ιατρικών τεχνολογικών και παγκόσμιας γήρανσης του πληθυσμού. Επομένως, ένας αυξανόμενος αριθμός ανθρώπων ζουν με χρόνιες ασθένειες που μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα της ζωής τους. Γενικά, οι χρόνιες ασθένειες είναι αργές στην εξέλιξη, έχουν μεγάλη διάρκεια και απαιτούν ιατρική περίθαλψη, ενώ η πλειονότητα αυτών επιδεινώνει τη συνολική υγεία των ασθενών, περιορίζει την ικανότητά τους να ζουν καλά, δυσχεραίνει τη λειτουργική τους κατάσταση και την παραγωγικότητά τους, συμβάλλοντας σημαντικά στο αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Μεταξύ αυτών των ασθενειών είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα, ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η χρόνια νεφρική νόσος, η οστεοαρθρίτιδα, η κατάθλιψη και η άνοια (Megari K., 2013:142).

Οι Devins G.M. et al (1983:328-329), ισχυρίζονται ότι η χρόνια ασθένεια διαταράσσει τη ζωή ενός ατόμου και ότι αυτή η διαταραχή μπορεί να ερμηνευθεί ως προς τον αντίκτυπό της στην ευημερία ή την ποιότητα της ζωής του. Η ψυχοκοινωνική ευημερία του ασθενούς διακυβεύεται από σημαντικούς περιορισμούς, όπως η μείωση της συμμετοχής σε δραστηριότητες, η αναστολή βίωσης συναισθημάτων προσωπικού ελέγχου, η ελάττωση της ικανότητας απόκτησης θετικών αποτελεσμάτων ή αποφυγής αρνητικών.

Η βιβλιογραφία στην ψυχολογία της υγείας υποστηρίζει γενικά την υπόθεση ότι οι περισσότεροι χρόνια ασθενείς συγκρίνουν τους εαυτούς τους με τους ασθενείς που είναι σε καλύτερη κατάσταση από τους ίδιους (ανοδικές συγκρίσεις). Αυτή η θετική εστίαση μπορεί να είναι υπεύθυνη για την καλύτερη ψυχολογική προσαρμογή στη νόσο σε αυτή την ομάδα ασθενών, σε σύγκριση με εκείνους που κάνουν καθοδικές συγκρίσεις. Οι χρόνια άρρωστοι τείνουν να κάνουν καθοδικές συγκρίσεις με τους ασθενείς που είναι χειρότερα από αυτούς, μόνο όταν αντιμετωπίζουν δυσκολίες, ενώ

κάνουν ανοδικές συγκρίσεις με τους ανθρώπους που είναι πιο υγιείς από τους ίδιους, όταν θέτουν πρότυπα για την ανάρρωσή τους (Megari K., 2013:142).

### **1.1 Ποιότητα ζωής ασθενών με αρτηριακή υπέρταση**

Οι Xiao M. et al (2019:1,3,5) πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη στο Chongqing της Κίνας, σε 567 ασθενείς (το 83,42% αυτών ηλικίας > 60 ετών) που έπασχαν από αρτηριακή υπέρταση, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-36. Η αυτοαντιληπτή σχετικά χαμηλή οικονομική επιβάρυνση που προκαλείται από την υπέρταση είχε αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής για άνδρες και γυναίκες. Οι άνδρες είχαν σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες από τις γυναίκες για τους τομείς της σωματικής λειτουργικότητας, τον πόνο σώματος, τη ζωτικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και τη σύνοψη των σωματικών στοιχείων (Physical Component Summary - PCS). Η ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με τη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό πόνο και την PCS και οι νεότεροι ασθενείς είχαν υψηλότερες βαθμολογίες από τους ηλικιωμένους στους προαναφερόμενους τρεις τομείς. Η σωματική δραστηριότητα έπαιξε σημαντικό ρόλο στη σωματική λειτουργικότητα, τους περιορισμούς ρόλου λόγω σωματικών προβλημάτων και την PCS. Τα άτομα που ασκούνταν τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτούς τους τομείς που σχετίζονται με τη σωματική συνιστώσα. Επιπλέον, τα άτομα που ανέφεραν κατανάλωση αλκοόλ συσχετίστηκαν με υψηλότερες βαθμολογίες στους τομείς της σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, γενική υγεία, περιορισμοί ρόλου λόγω συναισθηματικών προβλημάτων, σύνοψη των σωματικών στοιχείων (PCS) και σύνοψη των ψυχικών στοιχείων (Mental Component Summary – MCS). Τέλος, η συναισθηματική αυτορρύθμιση είχε θετική σχέση με την ψυχική υγεία των γυναικών. Οι Li J. et al (2018:1,4-5) σε περιγραφική μελέτη σε ηλικιωμένους με υπέρταση στην κοινότητα στο Hengyang, Hunan, στην Κίνα, βρήκαν πως οι συνολικές βαθμολογίες του Τρόπου Ζωής που Προάγει την Υγεία (Health Promotion Lifestyle - HPL) ήταν στο ενδιάμεσο επίπεδο, ενώ μεταξύ των υποκατηγοριών του HPL, οι βαθμολογίες διατροφής ήταν οι υψηλότερες και οι βαθμολογίες σωματικής δραστηριότητας ήταν χαμηλότερες, ενώ οι βαθμολογίες ευθύνης για την υγεία ήταν οι συγκριτικά χαμηλότερες από τις δύο άλλες. Επίσης, οι συμμετέχοντες είχαν μέτρια συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής σχετιζόμενη με την υγεία στο εργαλείο μέτρησης SF-36. Συγκεκριμένα, η μέση βαθμολογία του συναισθηματικού ρόλου ήταν πολύ κάτω από

τον μέσο όρο, ο τομέας της ζωτικότητας ήταν λίγο κάτω από τον μέσο όρο, οι τομείς κοινωνικής λειτουργικότητας και γενικής υγείας ήταν λίγο πάνω από τον μέσο όρο, ενώ οι υπόλοιποι τομείς ήταν πολύ πάνω από τον μέσο όρο. Επιπλέον, η βαθμολογία της PCS ήταν υψηλότερη από τη βαθμολογία της MCS. Η βαθμολογία του συναισθηματικού ρόλου ήταν η χαμηλότερη, και η ερμηνεία αυτού μπορεί να σχετίζεται με τα κλινικά συμπτώματα της υπέρτασης ή τις παρενέργειες των αντιυπερτασικών φαρμάκων. Οι υπερτασικοί ασθενείς συχνά αισθάνονται πονοκέφαλο, ζάλη, αίσθημα παλμών, άγχος και κατάθλιψη, συμπτώματα που μειώνουν το χρόνο που αφιερώνουν στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής, υπονομεύοντας το επίπεδο της ποιότητας της ζωής τους.

## **1.2 Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από αορτοστεφανιαία παράκαμψη**

Η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων της στεφανιαίας νόσου οδηγεί σε ελάττωση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών (προκειμένου να αποφευχθούν τα σχετικά συμπτώματα - στηθάγχη, δύσπνοια, κόπωση και αδυναμία-), με αποτέλεσμα τη μείωση της σωματικής και της πνευματικής λειτουργικότητας, τον περιορισμό της κοινωνικής ζωής, τη δυσμενέστερη αντίληψη για την υγεία και γενικότερα την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των συγκεκριμένων ασθενών. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση των Κωσταρέλλου Γ. & Κυρίτση – Κουκουλάρη Ε. (2015), από τη σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών πριν και μετά από την αορτοστεφανιαία παράκαμψη, παρατηρείται σαφής βελτίωση στις παραμέτρους της σωματικής υγείας -περιλαμβανομένων και των σωματικών συμπτωμάτων-, καθώς και στην αντίληψη της γενικότερης κατάστασης της υγείας και μάλιστα η βελτίωση αυτή διατηρείται σε χρόνο, μετά από την επέμβαση. Ανάλογα είναι και τα αποτελέσματα αναφορικά με τη λειτουργική κατάσταση, η οποία είναι σαφώς βελτιωμένη και τα εν λόγω αποτελέσματα επιβεβαιώνονται σε χρονικό εύρος έως 5 έτη μετά την επέμβαση. Η πνευματική υγεία εμφανίζεται επίσης βελτιωμένη, οδηγώντας σε θετικές συμπεριφορικές αλλαγές, όπως μείωση καπνίσματος, περιορισμό κατανάλωσης οινοπνεύματος και αποφυγή καθιστικού τρόπου ζωής. Αναφορικά με την ψυχολογική πτυχή της ποιότητας ζωής, αυτή φαίνεται να εξαρτάται περισσότερο από την προσωπικότητα του ασθενούς και τη συννοσηρότητα. Ωστόσο, η ψυχοκοινωνική λειτουργία εμφανίζεται σε γενικές γραμμές βελτιωμένη μετά από την επέμβαση. Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι



βελτιωμένη, γεγονός που καθορίζει θετικά την έκβαση των εν λόγω ασθενών (Κωσταρέλλου Γ. & Κυρίτση – Κουκουλάρη Ε., 2015:222,226).

### **1.3 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια**

Σύμφωνα με τους Kikira A. et al (2018:490,492-494), οι ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια αντιμετωπίζουν μία ποικιλία προβλημάτων που οφείλονται στη σωματική και γνωστική εξασθένηση, επηρεάζοντας δυσμενώς την ποιότητα της ζωής τους. Ασθενείς με σοβαρή καρδιακή ανεπάρκεια, ειδικά αυτοί με χαμηλότερο εισόδημα, με μακρύ ιστορικό της νόσου ή παρατεταμένη παραμονή στο νοσοκομείο, και εκείνοι με υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης, αναφέρουν ότι έχουν επιβαρυσμένη ποιότητα ζωής. Όσον αφορά τον πληθυσμό που πάσχει από καρδιακή ανεπάρκεια στην Ελλάδα, η κακή ποιότητα ζωής αναφέρεται ότι βιώνεται περισσότερο από άνδρες, άτομα ηλικιωμένα, άγαμα, με βασική εκπαίδευση και άτομα που πάσχουν από την ασθένεια για λιγότερο από 10 χρόνια. Φτωχότερη ποιότητα ζωής παρουσιάζεται σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια απ' ότι σε εκείνους με σταθερή στεφανιαία νόσο. Επιπλέον, η κακή ποιότητα ζωής φάνηκε να σχετίζεται με χαμηλή προσήλωση στη θεραπεία, ενώ οι ασθενείς που, μετά τη διάγνωση της καρδιακής ανεπάρκειας, δεν κράτησαν το ιδανικό τους βάρος ή συνέχισαν την κατανάλωση αλκοόλ είχαν δυσμενέστερη ποιότητα ζωής. Παράλληλα, δεν είναι σπάνιο για τους ασθενείς που τους συνταγογραφείται μεγάλος αριθμός φαρμάκων να σταματήσουν να τα παίρνουν, κυρίως λόγω παροδικής ύφεσης των συμπτωμάτων, που δίνει στους ασθενείς τη λανθασμένη εντύπωση ότι τα φάρμακα δεν τους είναι πλέον απαραίτητα. Ακόμα, μια φτωχότερη βαθμολογία ψυχικής κατάστασης του ασθενή με καρδιακή ανεπάρκεια συσχετίζεται με το βαθμό πληροφοριών που λαμβάνει ο ίδιος σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, την εμφάνιση δύσπνοιας τη νύχτα, το οίδημα και τις δυσκολίες στις καθημερινές του δραστηριότητες (Kikira A. et al, 2018:490,492-494), Η Saccomann I.C.R.D.S. et al (2010) διενέργησαν μία συγχρονική μελέτη σε δύο πανεπιστημιακά νοσοκομεία στο Σάο Πάολο της Βραζιλίας, σε 170 ηλικιωμένους με καρδιακή ανεπάρκεια, οι οποίοι παρακολουθούνταν ως εξωτερικοί ασθενείς. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε η Επισκόπηση Υγείας SF-36. Το δείγμα αποτελείτο από άτομα με διάγνωση καρδιακής ανεπάρκειας για 65,9 ( $\pm$  42,4) μήνες, στη λειτουργική κατηγορία I ή II και με μειωμένο κλάσμα εξώθησης της αριστερής κοιλίας (LVEF). Οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις που αξιολογούν τον πόνο, την

κοινωνική λειτουργία και τους συναισθηματικούς ρόλους, μέσες βαθμολογίες στις διαστάσεις σωματικού ρόλου και ψυχικής υγείας και χαμηλότερες βαθμολογίες στις διαστάσεις που αξιολογούν τη σωματική λειτουργία, τη γενική αντίληψη της υγείας και τη ζωτικότητα.

#### **1.4 Ποιότητα ζωής ασθενών με μόνιμο τεχνητό βηματοδότη**

Κατά τους Φωτοπούλου Π. κ.ά. (2016:369-370,378) η εμφύτευση ενός μόνιμου βηματοδότη μπορεί να αποβεί σωτήρια για τη ζωή ασθενών ηλικίας > 64 ετών, με απόλυτη ένδειξη τοποθέτησης ή να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους, απαλλάσσοντάς τους από ενοχλητικά συμπτώματα. Οι μεγάλες τυχαιοποιημένες μελέτες PACE και MOST έδειξαν ότι η εμφύτευση βηματοδότη σε ασθενείς, που τον χρειάζονταν, είχε ως συνέπεια τη σημαντική βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους σε σχέση με την προ της βηματοδότησης περίοδο. Μελέτες που αφορούν στην αξιολόγηση των διαστάσεων της σωματικής υγείας των ασθενών με μόνιμο βηματοδότη καταλήγουν ότι οι τελευταίοι εμφανίζουν προβλήματα στην κινητικότητα και σωματική λειτουργικότητα, στη δυνατότητα επιτέλεσης των συνηθισμένων καθημερινών δραστηριοτήτων τους και του τρόπου που εκδηλώνουν τον πόνο. Επιπλέον, σε μελέτες που εκτιμούν τις διαστάσεις ψυχικής υγείας των ασθενών με μόνιμο βηματοδότη, φαίνεται ότι τα προεξάρχοντα προβλήματά τους είναι το άγχος και η κατάθλιψη, ως αποτέλεσμα της ζωτικής τους εξάρτησης από τη βηματοδοτική συσκευή, αλλά και εξαιτίας της αλλαγής στην εικόνα του σώματός τους, των περιορισμών στις καθημερινές δραστηριότητες, καθώς και του αισθήματος ανεπάρκειας και εξάρτησης από άλλους. Οι Φωτοπούλου Π. κ.ά. (2016) διεξήγαγαν περιγραφική μελέτη συσχετίσεων σε δείγμα ευκολίας ασθενών ηλικίας > 60 ετών, που επισκέφθηκαν τη Μονάδα Βηματοδοτών ενός δημοσίου νοσοκομείου στο πλαίσιο του τακτικού τους ελέγχου, χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών των ασθενών, καθώς και της Επισκόπησης Υγείας SF-12 και του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής AQUAREL (Assessment of Quality of Life and Related Events - Version 1.0). Παρά το γεγονός ότι το δείγμα της παρούσας μελέτης ανέφερε μη ικανοποιητική ποιότητα ζωής τόσο συνολικά όσο και στις επιμέρους διαστάσεις, η διερεύνηση της ποιότητας ζωής με το ερωτηματολόγιο AQUAREL ανέδειξε ότι η ποιότητα ζωής των ασθενών με μόνιμο βηματοδότη ήταν ακόμα ικανοποιητική υπό την πιθανή επίδραση τυχόν αρρυθμιών, θωρακικής δυσφορίας, γνωστικής δυσλειτουργίας ή δύσπνοιας στην προσπάθεια,

αφού όλες οι ως άνω υποκλίμακες βαθμολογήθηκαν με σκορ ανώτερο του 50, που αποτελεί και το σημείο αποκοπής στη συνολική βαθμολογία του συγκεκριμένου εργαλείου. Υψηλότερη μέση τιμή της ποιότητας ζωής εμφάνιζαν οι ασθενείς στους παράγοντες «θωρακική δυσφορία» και «αρρυθμίες», ενώ χαμηλότερο σκορ συγκεντρώνει ο παράγοντας «δύσπνοια στην προσπάθεια», κάτι που δηλώνει πως αυτό το σύμπτωμα επηρεάζει περισσότερο από όλα τα υπόλοιπα συμπτώματα που μελετώνται, την ποιότητα ζωής των ασθενών με μόνιμο βηματοδότη. Επιπλέον, υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ: α) φύλου με ποιότητα ζωής (SF-12) και θωρακική δυσφορία (AQUAREL), β) επαγγελματικής κατάστασης με ποιότητα ζωής εξαιτίας αρρυθμιών (AQUAREL), γ) ετών βηματοδότησης με ποιότητα ζωής που σχετίζεται με αρρυθμίες και γνωστική δυσλειτουργία (AQUAREL).

### **1.5 Ποιότητα ζωής ασθενών μετά από αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο**

Οι Γαλάνης Π. κ.ά. (2018:128,131,132) διεξήγαγαν μια επισκοπική μελέτη με δειγματοληψία ευκολίας, με μελετώμενο πληθυσμό 200 ασθενείς μέσης ηλικίας 64,9 έτη, με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, που νοσηλεύονταν σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας στην Τρίπολη. Για την μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το SF-12v2 Health Survey στην ελληνική του έκδοση. Σε όλες τις κλίμακες του SF-12v2, η μέση βαθμολογία ήταν <50, γεγονός που δηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής από το γενικό πληθυσμό. Οι εξωτερικοί ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής στις κλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου και γενικής υγείας και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (Physical Component Summary - PCS). Επιπλέον, οι ασθενείς με μερική έως πλήρη αυτοεξυπηρέτηση είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής στις κλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, γενικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας, συναισθηματικού ρόλου και στην PCS. Η μείωση της ηλικίας και η μείωση του εισοδήματος σχετίζονταν με αύξηση της βαθμολογίας στην κλίμακα σωματικού πόνου και στην PCS. Οι άνδρες είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες ζωτικότητας και ψυχικής υγείας και στη συνοπτική κλίμακα ψυχικής υγείας (Mental Component Summary - MCS), ενώ οι περιπατητικοί ασθενείς είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στην κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας και οι ασθενείς με <7 ώρες θεραπείας εβδομαδιαίως είχαν μεγαλύτερη βαθμολογία στις κλίμακες κοινωνικής

λειτουργικότητας και γενικής υγείας σε σχέση με εκείνους με >7 ώρες θεραπείας αποκατάστασης την εβδομάδα.

### **1.6 Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2**

Οι Σιόντη Β. κ. ά. (2019:802-806) υλοποίησαν μια συγχρονική μελέτη με 340 διαβητικούς ασθενείς με μέση ηλικία τα 68 έτη, που προσέρχονταν σε δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Κέντρα υγείας και Περιφερειακά ιατρεία) στον νομό Ιωαννίνων. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SF-12 για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής, το ερωτηματολόγιο ADDQoL-19 (Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life), το οποίο εκτιμά τις αντιλήψεις των διαβητικών σχετικά με την επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη στη ζωή τους, και ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων, ενώ αντλήθηκαν και δεδομένα από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είχε αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών, τόσο για τη διάσταση της «σωματικής κατάστασης» όσο και για τη διάσταση της «ψυχικής κατάστασης». Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είχε τη μεγαλύτερη αρνητική επίπτωση στην «απόλαυση των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου μου» και στην «ελευθερία να τρώω όπως επιθυμώ». Σύμφωνα με την πολυμεταβλητή ανάλυση, οι ασθενείς που είχαν εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο ή στο κέντρο υγείας είχαν καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία. Επιπλέον, οι ασθενείς που έκαναν προσεκτική διατροφή και τακτική άσκηση (περπάτημα) είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ οι ασθενείς που λάμβαναν και ινσουλίνη στη φαρμακευτική τους αγωγή, θεωρούσαν ότι επιβαρυνόταν περισσότερο η γενική κατάσταση της υγείας τους σε σχέση με εκείνους που δε λάμβαναν.

### **1.7 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του προστάτη**

Οι ηλικιωμένοι άνδρες με εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη έχουν αρκετές θεραπευτικές επιλογές και πολλές φορές η διαδικασία της θεραπευτικής απόφασης είναι περίπλοκη. Οι Namiki S. et al (2010:379,383) αξιολόγησαν τις αλλαγές στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία κατά τη διάρκεια των δύο χρόνων μετά τη ριζική προστατεκτομή ή την εξωτερική ακτινοθεραπεία σε ηλικιωμένους άνδρες που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για καρκίνο του προστάτη. Στην έρευνα συμμετείχαν 319 ηλικιωμένοι άνδρες, οι οποίοι συμπλήρωσαν την Επισκόπηση Υγείας SF-36 και το Δείκτη καρκίνου του προστάτη University of California. Σύμφωνα με τα

αποτελέσματά τους, η ομάδα που υποβλήθηκε σε ριζική προστατεκτομή, που ήταν άτομα νεότερα και είχε πιο ευνοϊκά χαρακτηριστικά όγκου, είχε υψηλότερες βαθμολογίες για αρκετές υποκατηγορίες της SF-36, καθώς και για την σεξουαλική τους λειτουργία. Στην ομάδα που υποβλήθηκε σε εξωτερική ακτινοθεραπεία δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία μεταξύ μίας βασικής γραμμής και οποιασδήποτε από τις περιόδους παρατήρησης. Από την άλλη, η ομάδα της ριζικής προστατεκτομής είχε χειρότερη λειτουργία του ουροποιητικού συστήματος και μετεγχειρητική δυσφορία σε σχέση με την άλλη ομάδα. Επίσης, χρησιμοποιώντας ένα αυτοαναφερόμενο ερωτηματολόγιο, οι ηλικιωμένοι και στις δύο ομάδες ανέφεραν χαμηλή σεξουαλική λειτουργία μετά τη θεραπεία. Η μεγαλύτερη μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας ήταν στην ομάδα της ριζικής προστατεκτομής σε κάθε μετεγχειρητικό χρόνο μετά τη χειρουργική παρέμβαση (Namiki S. et al, 2010:379,383).

### **1.8 Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο του μαστού**

Σύμφωνα με τους Υφαντή Α. κ.ά. (2017:8-10), η ποιότητα ζωής των γυναικών με καρκίνο του μαστού δεν εμφανίζεται ιδιαίτερα υψηλή, επειδή οι θεραπείες, αλλά και ο ίδιος ο καρκίνος του μαστού επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα με διάφορους τρόπους. Οι περισσότερες αλλαγές στην ποιότητα ζωής συμβαίνουν μεταξύ του πρώτου και του δεύτερου έτους μετά τη χειρουργική επέμβαση για την αντιμετώπιση του καρκίνου του μαστού. Μεγαλύτερες γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν σημαντικά μικρότερες διαταραχές της ποιότητας ζωής και ηπιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τις γυναίκες μικρότερης ηλικίας, αλλά παρουσιάζουν δυσμενέστερη σωματική λειτουργία. Επίσης, οι άνεργες ή συνταξιούχες γυναίκες ανέφεραν χειρότερη ποιότητα ζωής απ' ό,τι οι εργαζόμενες στις ίδιες ηλικιακές ομάδες. Οι γυναίκες με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής, ενώ η υψηλότερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση συνδέεται και με μεγαλύτερη επιβίωση. Μελέτες έχουν επίσης αναφέρει συσχετίσεις μεταξύ του τύπου της χειρουργικής επέμβασης και της ποιότητας ζωής. Οι γυναίκες που έλαβαν συντηρητική θεραπεία ανέφεραν λιγότερες διαταραχές στην ποιότητα ζωής τους σε σχέση με τις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ολική μαστεκτομή, ιδίως σε σχέση με τα αποτελέσματα της εικόνας του σώματος και της σεξουαλικής τους λειτουργίας. Οι γυναίκες που υποβλήθηκαν σε ογκεκτομή ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη συναισθηματική ευεξία και ανησυχούσαν περισσότερο για τις

επιπτώσεις του στρες στην ασθένειά τους. Παράλληλα, ο βαθμός της μασχαλιαίας χειρουργικής επέμβασης συνδέεται με σημαντικά προβλήματα του βραχίονα, ενώ η νοσηρότητα του μαστού μετά από την αφαίρεση των μασχαλιαίων λεμφαδένων είχε σημαντικά μεγαλύτερη επίπτωση στη λειτουργικότητα, στις δραστηριότητες αναψυχής και στην καθημερινή ζωή, σε σχέση με τη βιοψία του φρουρού λεμφαδένα. Μελέτες που εστιάζουν στις επικουρικές θεραπείες έχουν αναφέρει αρνητικές επιπτώσεις στην εικόνα του σώματος και στην ψυχοκοινωνική ευεξία, στη σωματική λειτουργία, στη λειτουργία του ρόλου, στην κοινωνική λειτουργία και στην καθολική κατάσταση της υγείας και κατ' επέκταση στην ποιότητα της ζωής κατά τη διάρκεια της επικουρικής χημειοθεραπείας. Έχει βρεθεί ότι η χημειοθεραπεία σχετίζεται με ναυτία, έμετο, απώλεια μαλλιών, γνωστική δυσλειτουργία, κόπωση, περισσότερο ύπνο, μειωμένη κοινωνική συμμετοχή και απόδοση στην εργασία, καθώς και διαταραχές στη σεξουαλική λειτουργία. Επιπλέον, οι ασθενείς που λαμβάνουν συνδυασμό χημειοθεραπείας και ακτινοθεραπείας παραπονιούνται για λεμφοίδημα αρκετά πιο συχνά σε σχέση με εκείνες που έκαναν μόνο χειρουργική επέμβαση ή ορμονική θεραπεία ή χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία και όχι συνδυασμό των παραπάνω μεθόδων. Επιπλέον, ασθενείς που λάμβαναν ακτινοθεραπεία ανέφεραν σημαντικά περισσότερα συμπτώματα, ταλαιπωρία και κόπωση από τις γυναίκες που ακολουθούσαν ορμονική θεραπεία. Τέλος, οι θεραπείες του καρκίνου του μαστού μπορεί επίσης να προκαλέσουν οικονομική επιβάρυνση στις ασθενείς και να οδηγήσουν σε επιπλέον ψυχολογικό στρες, ιδιαίτερα σε γυναίκες με χαμηλό κοινωνικο - οικονομικό υπόβαθρο (Υφαντής Α. κ.ά., 2017:8-10).

### **1.9 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια**

Οι Παπαγεωργίου Δ. κ.ά. (2017:51,58-59) πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη σε ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο από το Φεβρουάριο 2016 έως και τον Ιούλιο 2016, στην οποία συμμετείχαν 150 ασθενείς με μέση ηλικία τα 67,3 έτη, με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στους οποίους διανεμήθηκε το ερωτηματολόγιο SGRQ (St George's Respiratory Questionnaire). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αξιολογεί τα συμπτώματα, τη δραστηριότητα των πασχόντων, αλλά και τις επιπτώσεις της νόσου. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η χαμηλότερη τιμή παρουσιάστηκε στην κλίμακα των δραστηριοτήτων και η βέλτιστη τιμή στην κλίμακα των συμπτωμάτων της νόσου. Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων των ασθενών της μελέτης έδειξε ότι τα συμπτώματα των αναπνευστικών παθήσεων

οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και θέληση για πραγματοποίηση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Η συχνότητα εμφάνισης, η ένταση και ο βαθμός της δυσφορίας που δημιουργεί η δύσπνοια έχει επίπτωση στις καθημερινές δραστηριότητες των ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ανέφεραν εξάντληση κατά τη διάρκεια βασικών δραστηριοτήτων της καθημερινότητάς τους, όπως είναι το ντύσιμο, το μπάνιο, η βάρδια και η σίτιση, ενώ συγχρόνως δυσκολεύονταν σε δουλειές του σπιτιού, σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου, σε δραστηριότητες σχετικές με την εργασία, καθώς και στη σεξουαλική τους ζωή. Περίπου το 1/3 του δείγματος ανέφερε ότι επηρεάστηκε σε τέτοιο βαθμό από τη νόσο που αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα. Παράλληλα, βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ηλικία των ασθενών. Οι ασθενείς άνω των 70 ετών παρουσίασαν τις χαμηλότερες τιμές σε όλες τις κλίμακες, αλλά και στη συνολική κλίμακα που εκτιμά τις επιπτώσεις (σε κοινωνική δραστηριότητα και ψυχολογικές διαταραχές) της νόσου στην ποιότητα της ζωής τους. Διαπιστώθηκε ακόμα ότι η ηλικία επηρεάζει τη συχνότητα, αλλά και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα δύσπνοια, βήχα, πτύελα και συριγμό. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την ποιότητα ζωής τους λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης.

### **1.10 Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια νεφρική νόσο**

Οι Tomazou C. et al (2015:516,518,523) διεξήγαγαν περιγραφική μελέτη σε 186 ασθενείς με μέση ηλικία τα 65 έτη, που παρακολουθούνταν στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας το 2012, από τους οποίους οι 118 ασθενείς έκαναν αιμοκάθαρση, οι 23 ασθενείς περιτοναϊκή κάθαρση και οι 45 ασθενείς είχαν κάνει μεταμόσχευση. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με το ειδικό εργαλείο μέτρησης KDQoL-SF1,3 (Kidney Disease Quality of Life Short-Form) και με το γενικό όργανο SF-36. Μεταξύ των τριών ομάδων, οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση είχαν τις χειρότερες βαθμολογίες, ενώ οι καλύτερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στους μεταμοσχευμένους ασθενείς. Στο σύνολο των ομάδων, οι χαμηλότερες βαθμολογίες αναφέρονται στο σωματικό ρόλο και στη γενική υγεία και οι υψηλότερες στην ψυχική υγεία. Το αρσενικό φύλο συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλότερη βαθμολογία,

καθώς οι γυναίκες ασθενείς γενικά παρουσιάζουν περισσότερη κατάθλιψη και άγχος, παράγοντες που συμβάλλουν σε μειωμένη ποιότητα ζωής.

Σε συγχρονική μελέτη των Θεοφίλου Π. & Παναγιωτάκη Ε. (2010:295-296,301) συμμετείχαν 135 ασθενείς που υποβάλλονταν σε θεραπεία σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών από το Μάρτιο του 2005 έως το Φεβρουάριο του 2006. Από τον παραπάνω πληθυσμό, 77 ασθενείς υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο και 58 ασθενείς σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση, ενώ τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν περιελάμβαναν τα WHOQoL-BREF (World Health Organization Quality of Life), GHQ-28 (General Health Questionnaire), CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), STAI (State Trait Anxiety Inventory) και το MHLC (Multidimensional Health Locus of Control -αξιολογεί την εστίαση ελέγχου για την υγεία-). Οι ασθενείς σε αιμοκάθαρση με > 4 χρόνια θεραπείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά από τις άλλες ομάδες ασθενών, παρουσιάζοντας χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα στις ενότητες του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF που εξετάζουν τη σωματική υγεία, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον, καθώς και στη συνολική ψυχική υγεία. Οι διαφορές στην ομάδα των ασθενών σε περιτοναϊκή κάθαρση, μεταξύ εκείνων με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας, δεν ήταν μεγάλες και στατιστικά σημαντικές. Αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση, οι οποίοι πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου (το άτομο αισθάνεται ότι έχει τον έλεγχο της υγείας του), ενώ οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε περιτοναϊκή κάθαρση, με πολλά χρόνια θεραπείας, παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της τύχης (το άτομο αποδίδει την κατάσταση της υγείας του στην τύχη) (Θεοφίλου Π. & Παναγιωτάκη Ε., 2010:295-296,301, Θεοφίλου Π., 2009:41).

### **1.11 Ποιότητα ζωής ασθενών με νοσήματα οστών και αρθρώσεων**

Ο χρόνιος και επώδυνος χαρακτήρας των συμπτωμάτων της οστεοαρθρίτιδας φαίνεται να επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών. Οι Salaffi F. et al (2005:255) πραγματοποίησαν έρευνα σε μια ομάδα 264 ασθενών με οστεοαρθρίτιδα (105 με μόνο οστεοαρθρίτιδα ισχίου, 108 με μόνο οστεοαρθρίτιδα γονάτου και 51 με οστεοαρθρίτιδα και στο ισχίο και στο γόνατο) και



112 υγιείς μάρτυρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, η οστεοαρθρίτιδα των κάτω άκρων έχει επιζήμια επίδραση και στις οκτώ κλίμακες, καθώς και στα σωματικά και ψυχικά συνοπτικά μέτρα της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Ο πιο εντυπωσιακός αντίκτυπος ήταν στη σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο και σωματικό πόνο, ενώ δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες SF-36 μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών με οστεοαρθρίτιδα. Επιπλέον, 145 ασθενείς ανέφεραν τουλάχιστον μία χρόνια συνυπάρχουσα ασθένεια, χωρίς όμως να προκύψει σημαντικά αντίστροφη σχέση με τα μέτρα συννοσηρότητας (αριθμός βαθμολογίας συννοσηρότητας και δείκτης συννοσηρότητας). Τέλος, δεν βρέθηκε η ακτινογραφική σοβαρότητα να σχετίζεται με τη σοβαρότητα του αναφερόμενου πόνου σε ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα μόνο του γόνατος, ενώ η βαθμολογία του πόνου SF-36 συσχετίστηκε αντίστροφα με τα χρόνια επίσημης εκπαίδευσης, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στη βελτιωμένη αυτο-αποτελεσματικότητα και αίσθηση ελέγχου και την αξιοποίηση μεγαλύτερου αριθμού τρόπων μείωσης του πόνου (σαν απόρροια καλύτερου μορφωτικού επιπέδου) (Salaffi F., 2005:255,261).

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει πως ο χαμηλός πόνος στην πλάτη είναι το πιο κοινό πρόβλημα υγείας στους ηλικιωμένους ενήλικες, οδηγώντας σε πόνο και αναπηρία. Ο επιπολασμός του σε ηλικιωμένους που ζουν στην κοινότητα κυμαίνεται από 13 έως 50% σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ το 80% των ηλικιωμένων σε μονάδες μακροχρόνιας περίθαλψης αντιμετωπίζουν σημαντικό μυοσκελετικό πόνο και το ένα τρίτο από αυτές τις περιπτώσεις είναι ο χαμηλός πόνος στην πλάτη. Οι Cedraschi C. et al (2016) πραγματοποίησαν συγχρονική μελέτη σε ηλικιωμένους ενήλικες που επιλέχθηκαν τυχαία από αρχεία πληθυσμού. Η σωματική και ψυχολογική υγεία διερευνήθηκε χρησιμοποιώντας έναν τυποποιημένο ορισμό του χαμηλού πόνου στην πλάτη και το EuroQoL-5D για την ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, το 30% των κατοίκων της κοινότητας ηλικίας 65 ετών και άνω αναφέρουν χαμηλό πόνο στην πλάτη στον προηγούμενο μήνα που επηρεάζει ιδιαίτερα την ποιότητα της ζωής τους. Στην πλειονότητα των πασχόντων, ο πόνος ήταν μακράς διάρκειας, με επεισόδια επίμονου πόνου και περιορισμούς στην καθημερινή τους δραστηριότητα. Ο αυτοαναφερόμενος πόνος αυξανόταν μετά την ηλικία των 75 ετών, ενώ σημαντικά μειωμένες βαθμολογίες παρουσιάστηκαν σε όλες τις υποκατηγορίες του εργαλείου μέτρησης EQ-5D επιδρώντας στον πόνο / δυσφορία, την κινητικότητα,

τις συνήθεις δραστηριότητες, το άγχος / κατάθλιψη και την αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων (Cedarschi C. et al, 2016)

Οι Rodrigues I.G. et al (2013:49-50) αναφέρουν πως οι πτώσεις μπορούν να προκαλέσουν σημαντικούς περιορισμούς στα ηλικιωμένα άτομα, και οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με χειρότερη κατάσταση υγείας και δυσμενέστερη ποιότητα ζωής. Τα ηλικιωμένα άτομα που ανέφεραν πτώση τους τελευταίους 12 μήνες παρουσίασαν τη χαμηλότερη βαθμολογία σε επτά από τις οκτώ κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας SF-36 σε σύγκριση με όσους δεν είχαν υποστεί κάποια πτώση. Η συσχέτιση μεταξύ πτώσης και ποιότητας ζωής ήταν μεγαλύτερη στον ανδρικό πληθυσμό. Τα ηλικιωμένα άτομα (>75 ετών) που ανέφεραν πτώση και είχαν την κατώτερη σχολική εκπαίδευση παρουσίασαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα. Ταξινομώντας τις πτώσεις σε αυτές που οδηγούν ή δεν οδηγούν σε περιορισμούς, μπορούν να παρατηρηθούν χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό ρόλο, το συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα, μόνο στο στρώμα των ανθρώπων που απέκτησαν περιορισμούς στην καθημερινή τους ζωή λόγω της πτώσης (Rodrigues I.G. et al, 2013:49-50).

### **1.12 Ποιότητα ζωής ασθενών με νόσο Alzheimer**

Οι Barbe C. et al (2018:1-6) υλοποίησαν μία επισκοπική μελέτη σε 123 άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, με ήπια έως μέτρια νόσο Alzheimer, καταγράφοντας τις βαθμολογίες ποιότητας ζωής από το εργαλείο μέτρησης QoL-AD (Quality of Life – Alzheimer Disease, με 3 βαθμολογίες, που αντιστοιχούν σε ασθενή, φροντιστή και συνολικά), καθώς και τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές για τον ασθενή και τον φροντιστή και δεδομένα από τη Γηριατρική Γνωστική Αξιολόγηση (γνωστικές, ψυχο-συμπεριφορικές και λειτουργικές αξιολογήσεις), ενώ το φορτίο φροντιστή αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας την Κλίμακα Φορτίου του Φροντιστή Zarit. Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τη βαθμολογία του ασθενούς στην QoL-AD ήταν η ηλικία του ασθενούς, η πολυφαρμακευτική αγωγή, η συμπτωματική θεραπεία για τη νόσο, η κατάθλιψη (όπως εκτιμήθηκε από την κλίμακα Cornell για κατάθλιψη στην άνοια) και το άγχος (όπως εκτιμήθηκε από το Νευροψυχιατρικό Απόθεμα – NPI), ενώ η πολυφαρμακευτική αγωγή και το άγχος, τείνουν να σχετίζονται με χαμηλότερη βαθμολογία της ποιότητας ζωής, χωρίς όμως να

επιτευχθεί στατιστική σημασία. Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τη βαθμολογία του φροντιστή στο QoL-AD ήταν η πολυφαρμακευτική αγωγή, η κατάθλιψη, η διατήρηση της ικανότητας έγερσης, η διέγερση / επιθετικότητα, η απάθεια, η αναστολή, η ευερεθιστότητα, η συμπεριφορά ύπνου και νύκτας, ενώ η ύπαρξη κατάθλιψης, η πολυφαρμακευτική αγωγή και η παρουσία φορτίου του φροντιστή συσχετίστηκαν σημαντικά με τη χαμηλότερη βαθμολογία της ποιότητας ζωής. Οι παράγοντες που φαίνεται να σχετίζονται με τη συνολική βαθμολογία QoL-AD ήταν η πολυφαρμακευτική αγωγή, η κατάθλιψη, η διατήρηση ικανότητας έγερσης, το άγχος, η αλλαγή συμπεριφοράς ύπνου και νύχτας και η ύπαρξη φορτίου φροντιστή, ενώ η παρουσία κατάθλιψης και πολυφαρμακευτικής αγωγής βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη χαμηλότερη βαθμολογία της ποιότητας ζωής. Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι η πολυφαρμακευτική αγωγή συσχετίστηκε με χαμηλότερη ποιότητα ζωής στο σκορ του φροντιστή και τείνει να συνδέεται με φτωχότερη ποιότητα ζωής κατά την αξιολόγηση του ασθενούς. Από την άλλη, το άγχος έδειξε την τάση να σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής στην αξιολόγηση του ασθενούς, ανεξάρτητα της παρουσίας κατάθλιψης, αλλά δεν συσχετίστηκε με την ποιότητα ζωής στην αξιολόγηση του φροντιστή. Επιπλέον, το φορτίο του φροντιστή βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με τη βαθμολογία του φροντιστή. Η πλειονότητα των ασθενών με νόσο Alzheimer που ζουν στο σπίτι φροντίζονται από έναν άτυπο φροντιστή, συνήθως μέλος της οικογένειάς τους (σύζυγος ή παιδί), ο οποίος φέρει το βάρος της φροντίδας και το βάρος αυτό αυξάνεται καθώς η ασθένεια εξελίσσεται και απαιτεί όλο και πιο περίπλοκη φροντίδα. Έχει αποδειχθεί ότι η ποιότητα ζωής των φροντιστών ασθενών με νόσο Alzheimer ήταν χαμηλότερο από αυτό των φροντιστών για ασθενείς με άλλες χρόνιες ασθένειες, όπως είναι ο καρκίνος (Barbe C. et al, 2018:1-6).

### **1.13 Ποιότητα ζωής ασθενών με κατάθλιψη**

Οι Akyol Y. et al (2010:165) πραγματοποίησαν έρευνα σε 120 άτομα  $\geq 65$  ετών. Όλα τα άτομα αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας ένα έντυπο ερωτηματολογίου, που περιείχε στοιχεία σχετικά με δημογραφικές και κλινικές πληροφορίες, ενώ η ένταση του πόνου εκτιμήθηκε με οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analog Scale - VAS), η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με την Επισκόπηση Υγείας SF-36 και το επίπεδο των καταθλιπτικών συμπτωμάτων με την Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (Geriatric

Depression Scale - GDS). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, διαπιστώθηκε μία σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και έντασης πόνου και επιπέδου κατάθλιψης. Όταν τα άτομα αξιολογήθηκαν σύμφωνα με την εκπαιδευτική τους κατάσταση, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε ορισμένες παραμέτρους ποιότητας ζωής (σωματική λειτουργικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και σωματικό πόνο) και του GDS, ενώ όταν αξιολογήθηκαν σύμφωνα με την παρουσία χρόνιων παθήσεων, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν επίσης μεταξύ των ομάδων στη σωματική λειτουργικότητα, την κοινωνική λειτουργικότητα, τη ζωτικότητα, το σωματικό πόνο και του GDS. Είναι φανερό από τα παραπάνω, ότι η παρουσία μίας χρόνιας νόσου και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο μειώνουν την ποιότητα ζωής και αυξάνουν το επίπεδο κατάθλιψης στους ηλικιωμένους και επιπλέον η ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από το επίπεδο κατάθλιψης και την ένταση του πόνου του ηλικιωμένου ατόμου. Επίσης, στη μελέτη των Στυλιανοπούλου Χ. κ.ά. (2010:490-491) σε 360 ηλικιωμένα άτομα - μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων Αττικής, σημαντικά υψηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία –με αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής τους- παρουσίασαν οι χήροι/ες, τα μοναχικά άτομα, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και οι άτυποι «φροντιστές», ενώ σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία εμφάνισαν όσοι ασχολούνταν με τη φροντίδα των εγγονιών ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες.

#### **1.14 Ποιότητα ζωής ασθενών με αγχώδεις διαταραχές**

Οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί έως τώρα σχεδόν καθολικά παρουσιάζουν τις αγχώδεις διαταραχές ως ασθένειες που υποβαθμίζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα. Οι επιπτώσεις από τις αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται κυρίως σε τρεις τομείς: στον κοινωνικό τομέα, στη λειτουργικότητα των ρόλων και την ψυχική υγεία. Η μετατραυματική αγχώδης διαταραχή και η διαταραχή πανικού φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη αρνητική επίδραση από άλλες αγχώδεις διαταραχές (Οικονόμου Μ. κ.ά., 2001:247).

Σαράντα ασθενείς από μια υπηρεσία ψυχικής υγείας ηλικιωμένων μιας περιοχής αξιολογήθηκαν χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης MINI-5 (Mini International Neuropsychiatric Interview), τη σύντομη Έκδοση της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQoL - BREF), την Καταγραφή Γηριατρικού

Άγχους (Geriatric Anxiety Inventory - GAI) και την Κλίμακα Γηριατρικής Κατάθλιψης (Geriatric Depression Scale - GDS). Αν και οι ψυχολογικές και οι κοινωνικές σχέσεις και οι περιβαλλοντικοί τομείς WHOQoL - BREF συσχετίστηκαν σημαντικά αρνητικά με το αυξανόμενο άγχος, ο τομέας της σωματικής υγείας και η γενική αντίληψη για τη γενική υγεία δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Επίσης, το άγχος στην παρούσα μελέτη συσχετίστηκε σημαντικά με περισσότερους μεμονωμένους τομείς της ποιότητας ζωής απ' ό,τι συσχετίστηκε η κατάθλιψη (Sarma S.I. & Byrne G.J., 2013:201-203) (Πίνακας 5).

**Πίνακας 5: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ 1<sup>ΟΥ</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ.**

<b>Ερευνητές-Χώρα-Χρονολογία</b>	<b>Τίτλος</b>	<b>Σκοπός</b>	<b>Μεθοδολογία</b>	<b>Δείγμα</b>	<b>Αποτελέσματα</b>
1.Xiao M., et al. Chongqing, Κίνα 2019	<i>'Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China'</i> .	Η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) μεταξύ των υπερτασικών ασθενών στο Chongqing της Κίνας και παροχή στρατηγικών βάσει τεκμηρίων για τη βελτίωση της HRQoL.	Ποσοτική Συγχρονική  Επισκόπηση Υγείας SF-36 (για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής).	567 ενήλικες ασθενείς (το 83,42% αυτών ≥ 60 ετών), με αρτηριακή υπέρταση, που επισκέπτονταν τοπικές εγκαταστάσεις Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.	Η αυτοαντιληπτή σχετικά χαμηλή οικονομική επιβάρυνση που προκαλείται από την υπέρταση και η τακτική σωματική δραστηριότητα είχαν θετικό αντίκτυπο στην HRQoL και για τα δύο φύλα. Για τις γυναίκες, η νεότερη ηλικία συσχετίστηκε με υψηλότερη βαθμολογία της σωματικής λειτουργικότητας και του σωματικού πόνου. Η διαμονή με περισσότερα από τρία μέλη της οικογένειας είχε θετικό αντίκτυπο σε διάφορες διαστάσεις, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής λειτουργικότητας. Η χρήση αλκοόλ για τους άνδρες συσχετίστηκε με υψηλότερες βαθμολογίες σωματικής και ψυχικής υγείας και η συναισθηματική αυτορρύθμιση έδειξε κάποια θετική επίδραση στη γενική υγεία.
2.Li J., et al. Hengyang, Hunan , Κίνα 2018	<i>'Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan'</i> .	Η διερεύνηση των επιπτώσεων του τρόπου ζωής που προάγει την υγεία (HPL) στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) σε ηλικιωμένους με υπέρταση.	Ποσοτική Συγχρονική  Ερωτηματολόγιο HPL-II (Health-Promoting Lifestyle Profile II ). Επισκόπηση Υγείας SF-36.	530 ηλικιωμένοι ασθενείς με υπέρταση από το Κοινοτικό κέντρο Υγειονομικών Υπηρεσιών.	Η HPL μεταξύ των ηλικιωμένων με υπέρταση ήταν σε μέτριο επίπεδο, με την υψηλότερη βαθμολογία για τη διατροφή και τη χαμηλότερη βαθμολογία για την ευθύνη για την υγεία. Επιπλέον, η HRQoL ήταν σε μέτριο επίπεδο (54,36±21,18). Η βαθμολογία του συναισθηματικού ρόλου ήταν πολύ κάτω από το μέσο όρο, ο τομέας της ζωτικότητας ήταν λίγο κάτω

					από τον μέσο όρο, οι τομείς της κοινωνικής λειτουργικότητας και της γενικής υγείας ήταν λίγο πάνω από το μέσο όρο και άλλοι τομείς ήταν πολύ πάνω από το μέσο όρο.
3.Κωσταρέλλου Γ. & Κυρίτση-Κουκουλάρη Ε.  Ελλάδα  2015	<i>‘Ποιότητα ζωής των Ασθενών μετά από Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη’.</i>	Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη.	Ανασκόπηση	Συμπεριλήφθηκαν 12 εργασίες, 1 συστηματική ανασκόπηση και 11 μελέτες κοορτής.	Η ποιότητα ζωής των ασθενών μετά την αορτοστεφανιαία παράκαμψη είναι βελτιωμένη, γεγονός που καθορίζει θετικά την έκβαση των εν λόγω ασθενών.
4.Kikira A., et al.  Αθήνα, Ελλάδα  2018	<i>‘Quality of life of hospitalized patients with heart failure, NYHA IV’.</i>	Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια NYHA IV	Ποσοτική  Συγχρονική  Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά, κλινικά και άλλα χαρακτηριστικά που σχετίζονταν με τη συμμόρφωση στη θεραπεία.  Κλίμακα “Minnesota Living with Heart Failure” (MLHFQ).	60 ενήλικες ασθενείς (το 77% αυτών ηλικίας > 70 ετών) που νοσηλεύονταν σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας.	Το 50% των ασθενών είχαν βαθμολογία μεγαλύτερη από 66 (διάμεσος) στη συνολική βαθμολογία της ποιότητας ζωής και μεγαλύτερη από 30 και 13 στη σωματική και στην ψυχική κατάσταση, αντίστοιχα. Οι εν λόγω τιμές έδειξαν μέτρια έως υψηλή επίδραση της καρδιακής ανεπάρκειας στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Οι ασθενείς που εμφάνισαν δύσπνοια ή οίδημα είχαν 15,12 και 8,5 βαθμούς, αντίστοιχα, υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα MLHFQ συγκριτικά με εκείνους οι οποίοι δεν είχαν. Οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετώπιζαν δυσκολίες στις καθημερινές δραστηριότητες είχαν 20,37 βαθμούς υψηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα MLHFQ συγκριτικά με εκείνους που δεν είχαν.

<p>5.Φωτοπούλου Π., κ.ά. Αττική, Ελλάδα 2016</p>	<p><i>‘Η Επίδραση των Μονίμων Τεχνητών Βηματοδοτών στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Ασθενών’.</i></p>	<p>Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής των ασθενών μετά την εμφύτευση βηματοδότη.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Ερωτηματολόγιο δημογραφικών, κλινικών χαρακτηριστικών και της λειτουργικής κατάστασης των ασθενών.</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-12.</p> <p>Ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής AQUAREL (version 1.0) (του οποίου η ελληνική έκδοση διαμορφώθηκε στην παρούσα μελέτη μετά από την απαραίτητη διαπολιτισμική προσαρμογή).</p>	<p>100 ασθενείς (δείγμα ευκολίας) <math>\geq 64</math> ετών, που είχαν υποβληθεί σε εμφύτευση μόνιμου καρδιακού βηματοδότη και παρακολουθούνταν περιοδικά από τη Μονάδα Βηματοδοτών ενός Γενικού Νοσοκομείου της Αττικής.</p>	<p>Χαμηλές τιμές ποιότητας ζωής βρέθηκαν και στις δύο διαστάσεις της SF-12, με τη χαμηλότερη στη διάσταση ψυχική Υγεία (45,56+11,1). Η υψηλότερη τιμή ποιότητας ζωής στο AQUAREL βρέθηκε στον παράγοντα θωρακική δυσφορία (76,06+19,2), ενώ η χαμηλότερη στον παράγοντα δύσπνοια στην προσπάθεια (65,32+20,5). Υπήρξε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ: (α) φύλου με ποιότητα ζωής (SF-12) και θωρακική δυσφορία (AQUAREL), (β) επαγγελματικής κατάστασης με ποιότητα ζωής εξαιτίας αρρυθμιών (AQUAREL), (γ) ετών βηματοδότησης με ποιότητα ζωής που σχετίζεται με αρρυθμίες και γνωστική δυσλειτουργία (AQUAREL).</p>
<p>6.Γαλάνης Π., κ.ά. Τρίπολη, Ελλάδα 2018</p>	<p><i>‘Ποιότητα ζωής ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο’.</i></p>	<p>Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Α.Ε.Ε. και πιθανών προσδιοριστών που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-12v2.</p>	<p>200 ασθενείς με Α.Ε.Ε. (δείγμα ευκολίας), μέσης ηλικίας 64,9 ετών, που νοσηλεύονταν σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας στην Τρίπολη.</p>	<p>Σε όλες τις κλίμακες της SF-12v2, η μέση βαθμολογία ήταν <math>&lt; 50</math>, γεγονός που δείχνει πως οι ασθενείς με Α.Ε.Ε. είχαν χειρότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Οι εξωτερικοί ασθενείς είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής στις κλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου και</p>



					γενικής υγείας και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (PCS). Επιπλέον, οι ασθενείς με μερική έως πλήρη αυτοεξυπηρέτηση είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής στις κλίμακες σωματικής λειτουργικότητας, σωματικού ρόλου, σωματικού πόνου, γενικής υγείας, κοινωνικής λειτουργικότητας, συναισθηματικού ρόλου και στη συνοπτική κλίμακα σωματικής υγείας (PCS).
7.Σιόντη Β., κ.ά. Νομός Ιωαννίνων, Ελλάδα 2019	<i>‘Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας’.</i>	Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι παρακολουθούνταν από δομές της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.) και διερεύνηση πιθανών παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών.	Ποσοτική Συγχρονική  Ερωτηματολόγιο με δημογραφικά στοιχεία.  Δεδομένα από τον ιατρικό φάκελο των ασθενών.  Επισκόπηση Υγείας SF-12.  Ερωτηματολόγιο ADDQoL-19 (εκτιμά τις αντιλήψεις των διαβητικών σχετικά με την επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη στη ζωή τους).	340 διαβητικοί ασθενείς, μέσης ηλικίας 68,7+/-9,7 έτη, που προσέρχονταν σε δομές της Π.Φ.Υ. (Κέντρα υγείας και Περιφερειακά Ιατρεία) στο νομό Ιωαννίνων.	Ο σακχαρώδης διαβήτης είχε αρνητική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών τόσο για τη διάσταση της «σωματικής κατάστασης» όσο και για τη διάσταση της «ψυχικής κατάστασης». Είχε τη μεγαλύτερη αρνητική επίπτωση στην «απόλαυση των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου μου» και στην «ελευθερία να τρώω όπως επιθυμώ». Οι ασθενείς που είχαν εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο και έκαναν προσεκτική διατροφή είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς που λάμβαναν και ινσουλίνη θεωρούσαν ότι επιβαρυνόταν περισσότερο η γενική κατάσταση της υγείας τους. Η τακτική άσκηση (περπάτημα) σχετιζόταν με καλύτερη ποιότητα ζωής.

<p>8.Namiki S., et al.</p> <p>Ιαπωνία</p> <p>2010</p>	<p><i>'Quality of life among elderly men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy'.</i></p>	<p>Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) κατά τα πρώτα 2 χρόνια μετά από ριζική προστατεκτομή (RP) ή εξωτερική ακτινοθεραπεία (EBRT) σε ηλικιωμένους άνδρες (70 ετών και άνω) που υποβλήθηκαν σε θεραπεία για καρκίνο του προστάτη.</p>	<p>Ποσοτική</p> <p>Διαχρονική</p> <p>Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο πριν τη θεραπεία και 3, 6, 12, 18 και 24 μήνες μετά από αυτή.</p> <p>Short Form-36 (SF-36).</p> <p>University of California, Los Angeles Prostate Cancer Index.</p>	<p>319 ηλικιωμένοι άνδρες που υποβλήθηκαν σε RP ή EBRT.</p>	<p>Η ομάδα RP ήταν νεότερη και είχε πιο ευνοϊκά χαρακτηριστικά όγκου από την ομάδα EBRT. Σε σύγκριση με την ομάδα EBRT, η ομάδα RP είχε υψηλότερες βαθμολογίες για αρκετές υποκατηγορίες SF-36 και σεξουαλική λειτουργία, ενώ άλλοι τομείς ήταν συγκρίσιμοι. Στην ομάδα EBRT, δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις γενικές βαθμολογίες HRQoL μεταξύ της αρχικής γραμμής και οποιασδήποτε από τις περιόδους παρατήρησης. Η ομάδα RP είχε σημαντικά χειρότερη λειτουργία ούρων και ενοχλητικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα από την ομάδα EBRT. Η βαθμολογία για τη σεξουαλική λειτουργία μειώθηκε κατά τη διάρκεια των 24 μηνών, αλλά περισσότερο στην ομάδα RP. Οι βαθμολογίες σεξουαλικής ενόχλησης ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε κάθε μετεγχειρητικό χρονικό σημείο για την ομάδα RP.</p>
<p>9.Υφαντής Α., κ.ά.</p> <p>Ελλάδα</p> <p>2016</p>	<p><i>'Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση'.</i></p>	<p>Η διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (ΣΥΠΖ), και της κοινωνικής υποστήριξης που λαμβάνουν οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού.</p>	<p>Ανασκόπηση</p>		<p>Ο καρκίνος του μαστού επιδεινώνει τη ΣΥΠΖ των γυναικών σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με τα άλλα είδη καρκίνου. Οι γυναίκες με καρκίνο του μαστού έχουν φτωχότερη κοινωνικοοικονομική, ψυχολογική και πνευματική ποιότητα ζωής, βιώνουν πόνο, σοβαρή δυσλειτουργία του βραχίονα και προβλήματα που αφορούν τις καθημερινές τους συνήθειες. Η ΠΖ των γυναικών με καρκίνο του μαστού εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως την ηλικία, την</p>

					εκπαίδευση, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, το είδος της χειρουργικής επέμβασης, το είδος της θεραπείας, την ανατομική θέση των μεταστάσεων, τη χορήγηση χημειοθεραπείας και ακτινοβολίας. Η κοινωνική υποστήριξη στις γυναίκες με καρκίνο του μαστού είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη διαχείριση των συναισθηματικών τους διαταραχών.
10. Παπαγεωργίου Δ., κ.ά. Αθήνα, Ελλάδα 2017	<i>‘Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια’.</i>	διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ασθενών με Χ.Α.Π.	Ποσοτική Συγχρονική  Ερωτηματολόγιο St George’s Respiratory Questionnaire (SGRQ) (αξιολογεί τα συμπτώματα, τη δραστηριότητα των πασχόντων και τις επιπτώσεις της νόσου).	150 ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και μέση ηλικία τα 67,3 έτη, που νοσηλεύονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος ‘Σωτηρία’.	Η χαμηλότερη τιμή (67,95) παρουσιάστηκε στην κλίμακα των δραστηριοτήτων και η βέλτιστη τιμή (49,03) στην κλίμακα των συμπτωμάτων της νόσου. Η συνιστώσα «Επιπτώσεις» έλαβε τιμή 55,35. Η εκτίμηση των επιπτώσεων της νόσου στη συνολική κατάσταση της υγείας των ασθενών, έλαβε μέση τιμή 58,12. Η αξιολόγηση των δραστηριοτήτων έδειξε ότι τα συμπτώματα της Χ.Α.Π. οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και θέληση για δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Σχετικά με τις επιπτώσεις της νόσου, περίπου το 1/3 των ασθενών άλλαξε επάγγελμα. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς επηρεάζουν την ποιότητα ζωής λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων και χειρότερης φυσικής κατάστασης.

<p>11.Θεοφίλου Π. &amp; Παναγιωτάκη Ε. Ελλάδα 2010</p>	<p><i>‘Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ Ασθενών με Λιγότερα και Περισσότερα Χρόνια Θεραπείας’.</i></p>	<p>Η διερεύνηση των διαφορών αναφορικά με την ΠΖ, την ψυχική υγεία και τις πεποιθήσεις για την υγεία, μεταξύ ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (ΑΚ) και ασθενών που υποβάλλονται σε περιτοναϊκή κάθαρση (ΠΚ).</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική WHOQoL-BREF. GHQ-28 (General Health Questionnaire). CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) STAI (State Trait Anxiety Inventory). MHLC (Multidimensional Health Locus of Control, αξιολογεί την εστίαση ελέγχου για την υγεία).</p>	<p>135 ασθενείς από τους οποίους οι 77 υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο και οι 58 υποβάλλονταν σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση(ΣΦΠΚ/ΠΚ) σε τρία Γενικά Νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών.</p>	<p>Οι ασθενείς σε ΑΚ με &gt; 4 χρόνια θεραπείας διαφοροποιήθηκαν σημαντικά από τις άλλες ομάδες ασθενών παρουσιάζοντας χαμηλότερα ποσοστά στην ποιότητα ζωής και πιο συγκεκριμένα στις ενότητες του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF που εξετάζουν τη σωματική υγεία (11,95±3,76), τις κοινωνικές σχέσεις (11,77±4,05) και το περιβάλλον (12,65±2,82), καθώς και τη συνολική ψυχική υγεία (1,95±0,50). Οι διαφορές στην ομάδα των ασθενών σε ΠΚ, μεταξύ εκείνων με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπείας, δεν ήταν μεγάλες και στατιστικά σημαντικές. Αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, οι ασθενείς που υπόκειντο σε ΑΚ, οι οποίοι πρόσφατα άρχισαν τη θεραπεία παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της εσωτερικής εστίασης ελέγχου (27,82±6,20), ενώ οι ασθενείς που υποβάλλονταν σε ΠΚ με πολλά χρόνια θεραπείας παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της τύχης (28,40±7,90).</p>
<p>12.Yu Ko, et al. 2005</p>	<p><i>‘The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly’.</i></p>	<p>Η διερεύνηση του αντίκτυπου της ακράτειας των ούρων (UI) στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL).</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική Ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε 1 ερώτηση σχετικά με τη δυσκολία στον έλεγχο της ούρησης, 3 ερωτήσεις</p>	<p>141.815 ηλικιωμένοι δικαιούχοι Medicare με UI και μη UI.</p>	<p>Η ομάδα UI είχε περίπου διπλάσιες πιθανότητες να αισθάνεται κατάθλιψη από την ομάδα μη UI. Οι συμμετέχοντες με ακράτεια ούρων είχαν χαμηλότερες τυποποιημένες βαθμολογίες και στις 8 υποκατηγορίες της SF-36 καθώς και στις 2 συνοπτικές βαθμολογίες σωματικής και ψυχικής υγείας.</p>

			<p>σχετικά με την κατάθλιψη, 3 ερωτήσεις σχετικά με την υγεία, 1 σειρά ερωτήσεων σχετικά με τις συννοσηρές ιατρικές καταστάσεις.</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-36.</p> <p>.</p>		
<p>13.Salaffi F., et al. Ιταλία 2005</p>	<p><i>'Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls'.</i></p>	<p>Η σύγκριση HRQoL μεταξύ ηλικιωμένων ενηλίκων ηλικίας 55 έως 78 ετών με ΟΑ ισχίου ή / και γόνατος με εκείνους χωρίς ΟΑ και η εκτίμηση της επίδρασης επιλεγμένων μεταβλητών (φύλο, δείκτης μάζας σώματος -Δ.Μ.Σ.-, σοβαρότητα ακτινογραφίας ΟΑ, εκπαιδευτικό επίπεδο , συννοσηρότητα) στην HRQoL.</p>	<p>Ποσοτική Συγχορονική</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-36.</p>	<p>264 ασθενείς με ΟΑ (105 μόνο με ΟΑ ισχίου, 108 μόνο με ΟΑ γόνατος και 51 με αμφότερες ΟΑ ισχίου και γόνατος ) και 112 υγιείς μάρτυρες.</p>	<p>Σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες, η ΟΑ των κάτω άκρων έχει επίσημα επίδραση στη βαθμολογία των οκτώ κλιμάκων της SF-36, καθώς και στα σωματικά και ψυχικά συνοπτικά μέτρα (PCS και MCS). Ο πιο εντυπωσιακός αντίκτυπος παρατηρήθηκε στα σωματικά μέτρα «σωματική λειτουργικότητα», «σωματικός ρόλος» και «πόνος». Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις βαθμολογίες SF-36 μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών με ΟΑ. Υπήρχε μια σημαντική αντίστροφη συσχέτιση με τις μετρήσεις της συννοσηρότητας και τη σωματική και ψυχική βαθμολογία της SF-36. Σε ασθενείς με ΟΑ μόνο του γόνατος, η βαθμολογία πόνου SF-36 συσχετίστηκε αντιστρόφως με τα έτη επίσημης εκπαίδευσης.</p>

<p>14.Cedraschi C., et al. Γενεύη, Ελβετία 2016</p>	<p><i>'Low back pain and health-related quality of life in community-dwelling older adults'</i>.</p>	<p>Η διερεύνηση του αυτοαναφερόμενου πόνου στην πλάτη (LBP) τον τελευταίο μήνα και της σχετικής ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL).</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Η σωματική και ψυχολογική υγεία διερευνήθηκε χρησιμοποιώντας έναν τυποποιημένο ορισμό του LBP.</p> <p>EuroQoL-5D (για την HRQoL).</p>	<p>889 ηλικιωμένοι ενήλικες που επιλέχθηκαν τυχαία από τα αρχεία του πληθυσμού.</p>	<p>Το 30% των συμμετεχόντων αναφέρουν χαμηλό πόνο στην πλάτη τον προηγούμενο μήνα που επηρεάζει ιδιαίτερα την ποιότητα της ζωής τους. Στην πλειονότητα των πασχόντων, ο πόνος ήταν μακράς διάρκειας, με επεισόδια επίμονου πόνου και περιορισμούς στην καθημερινή τους δραστηριότητα. Ο αυτοαναφερόμενος πόνος αυξανόταν μετά την ηλικία των 75 ετών, ενώ σημαντικά μειωμένες βαθμολογίες παρουσιάστηκαν σε όλες τις υποκατηγορίες του εργαλείου μέτρησης EQ-5D, επιδρώντας στον πόνο / δυσφορία, την κινητικότητα, τις συνήθειες δραστηριότητες, το άγχος / κατάθλιψη και την αυτοφροντίδα των ηλικιωμένων ασθενών.</p>
<p>15.Rodrigues I.G., et al. Βραζιλία 2013</p>	<p><i>'Falls and health-related quality of life (SF-36) in elderly people—ISACAMP 2008'</i>.</p>	<p>Ο προσδιορισμός της σχέσης μεταξύ της εμφάνισης των πτώσεων και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL).</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-36.</p>	<p>Μελέτη βάσει πληθυσμού, χρησιμοποιώντας δεδομένα από το ISACAMP 2008. Η παρούσα μελέτη ανέλυσε μόνο τον πληθυσμό <math>\geq 60</math> ετών, δηλαδή συνολικά 1432 ηλικιωμένα άτομα.</p>	<p>Οι πτώσεις μπορούν να προκαλέσουν σημαντικούς περιορισμούς στα ηλικιωμένα άτομα και οι περιορισμοί αυτοί σχετίζονται με χειρότερη κατάσταση υγείας και δυσμενέστερη ποιότητα ζωής. Η συσχέτιση μεταξύ πτώσης και ποιότητας ζωής ήταν μεγαλύτερη στον ανδρικό πληθυσμό. Τα ηλικιωμένα άτομα (&gt;75 ετών) που ανέφεραν πτώση και είχαν την κατώτερη σχολική εκπαίδευση παρουσίασαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα.</p>

<p>16. Barbe C., et al. Γαλλία, Ελβετία 2018</p>	<p><i>'Factors associated with quality of life in patients with Alzheimer's disease'</i>.</p>	<p>Ο εντοπισμός παραγόντων που σχετίζονται με τον ασθενή με νόσο Alzheimer (AD), τον φροντιστή και τη συνολική HRQoL.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές για τον ασθενή και τον φροντιστή.</p> <p>Ερωτηματολόγιο QoL-AD (Quality of Life – Alzheimer Disease, με 3 βαθμολογίες, που αντιστοιχούν σε ασθενή, φροντιστή και συνολικά).</p> <p>Γηριατρική Γνωστική Αξιολόγηση (γνωστικές, ψυχοσυμπεριφορικές και λειτουργικές αξιολογήσεις).</p> <p>Κλίμακα Φορτίου του Φροντιστή Zarit.</p>	<p>123 άτομα ηλικίας <math>\geq 65</math> ετών και άνω, με ήπια έως μέτρια AD, σε 7 γαλλόφωνα νοσοκομεία (Reims, Paris, Nancy, Dijon, Orléans, Joeuf, (Γαλλία) και στη Γενεύη (Ελβετία), σε κλινικές μνήμης ή ιατρικούς θαλάμους γηριατρικής.</p>	<p>Η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά με την χαμηλότερη HRQoL, ενώ η πολυφαρμακία και το άγχος τείνουν να σχετίζονται με χαμηλότερες βαθμολογίες HRQoL του ασθενούς. Όσον αφορά τις αξιολογήσεις των φροντιστών, η κατάθλιψη, η πολυφαρμακία και το φορτίο του φροντιστή συσχετίστηκαν με χαμηλότερη HRQoL. Για τη συνολική αξιολόγηση, η κατάθλιψη και η πολυφαρμακία σχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλότερη HRQoL.</p>
--	---	---	---	---	---

<p>17. Akyol, Y., et al. Samsun, Τουρκία 2010</p>	<p><i>'Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population'.</i></p>	<p>Η διερεύνηση της γενικής κατάστασης της υγείας και των προσωπικών χαρακτηριστικών στην ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένους ασθενείς και η αξιολόγηση της σχέσης μεταξύ του επιπέδου των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της έντασης του πόνου και της ποιότητας ζωής.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Ερωτηματολόγιο με δημογραφικές και κλινικές πληροφορίες</p> <p>Οπτική αναλογική κλίμακα (VAS) (για την εκτίμηση της έντασης του πόνου).</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-36.</p> <p>Κλίμακα Geriatric Depression (GDS) (για την εκτίμηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων).</p>	<p>120 άτομα <math>\geq</math> 65 ετών συμπεριελήφθησαν στη μελέτη.</p>	<p>Χρόνιες παθήσεις υπήρχαν στο 80,8% των ατόμων και η υπέρταση ήταν η πιο διαδεδομένη ασθένεια (στο 49,7% των συμμετεχόντων). Υπήρχε μία σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ ποιότητας ζωής και έντασης πόνου και επιπέδου κατάθλιψης. Όταν οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν σύμφωνα με την εκπαιδευτική κατάσταση, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων σε ορισμένες παραμέτρους ποιότητας ζωής (σωματική λειτουργικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και σωματικός πόνος) και το GDS. Όταν αξιολογήθηκαν σύμφωνα με την παρουσία χρόνιων παθήσεων, σημαντικές διαφορές βρέθηκαν επίσης μεταξύ των ομάδων στη σωματική λειτουργικότητα, τη ζωτικότητα και το υποσύνολο του σωματικού πόνου των μέτρων ποιότητας ζωής και του GDS.</p>
<p>18. Στυλιανοπούλου X., κ.ά. Αττική, Ελλάδα 2010</p>	<p><i>'Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων(Κ.Α.Π.Η.)'.</i></p>	<p>Η εκτίμηση της συχνότητας της κατάθλιψης σε αστικό κοινοτικό πληθυσμό ηλικιωμένων και η διερεύνηση των επιβαρυντικών και προστατευτικών παραγόντων.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Ερωτηματολόγιο καταγραφής δημογραφικών δεδομένων και ψυχοκοινωνικών</p>	<p>360 ηλικιωμένα άτομα, 218 γυναίκες και 142 άνδρες, ηλικίας <math>\geq</math> 60 ετών, μέλη των τεσσάρων Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Αγίων Αναργύρων, Αττικής.</p>	<p>Καταθλιπτικά συμπτώματα εμφάνισε το 30,28% του δείγματος (από τους οποίους το 22,22% «μέτρια» και 8,06% «σοβαρή» κλινικού τύπου κατάθλιψη). Οι γυναίκες παρουσίασαν κατάθλιψη σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, έναντι των ανδρών (70,6% έναντι 29,4%). Σημαντικά υψηλότερη</p>



			<p>παραγόντων.</p> <p>Κλίμακα για τη γεροντική κατάθλιψη, GDS-15.</p> <p>.</p>		<p>καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν οι χήρου/ες, τα μοναχικά άτομα, τα άτομα με πολλαπλή παθολογία και οι άτυποι φροντιστές. Σημαντικά χαμηλότερη καταθλιπτική συμπτωματολογία παρουσίασαν όσοι ασχολούνταν με τη φροντίδα των εγγονιών ή συμμετείχαν σε κοινωνικές δραστηριότητες.</p>
<p>19. Sarma, S. I., &amp; Byrne, G. J.</p> <p>Αυστραλία</p> <p>2014</p>	<p><i>'Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients'</i>.</p>	<p>Η διερεύνηση της επίδρασης του άγχους στην ποιότητα ζωής (QoL) σε ηλικιωμένα άτομα με ψυχικές διαταραχές.</p>	<p>Ποσοτική</p> <p>Συγχρονική</p> <p>Κοινωνικοδημογραφικό ερωτηματολόγιο.</p> <p>Μίνι διεθνής νευροψυχιατρική συνέντευξη (MINI-5).</p> <p>Σύντομη έκδοση της Κλίμακας Ποιότητας Ζωής του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (WHOQoL-BREF).</p> <p>Geriatric Anxiety Inventory (GAI).</p> <p>Geriatric Depression Scale (GDS).</p>	<p>40 ασθενείς από μία υπηρεσία Ψυχικής υγείας ηλικιωμένων μίας περιοχής.</p>	<p>Το αυτοαναφερόμενο άγχος συσχετίστηκε σημαντικά με μειωμένη συνολική QoL. Συγκεκριμένα, συσχετίστηκε με τον ψυχολογικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό τομέα της WHOQoL-BREF, αλλά όχι με τον τομέα της σωματικής υγείας. Το άγχος συσχετίστηκε με περισσότερους μεμονωμένους τομείς της QoL από την κατάθλιψη.</p>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΝΤΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ) ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Οι **Forjaz M.J. et al** (2015:176-179) συγκέντρωσαν δεδομένα για ηλικιωμένους ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω, με τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις, μέσω τριών μελετών κοορτής στην Ισπανία (705, 443 και 4.995 ατόμων ανά κοορτή). Για κάθε κοορτή αναλύθηκε ο αντίκτυπος των εξής χρόνιων καταστάσεων: άσθμα, καρκίνος, καρδιακές παθήσεις, σακχαρώδης διαβήτης, αρτηριακή υπέρταση, διαταραχές ψυχικής υγείας, οστεοαρθρικές διαταραχές και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Σε όλες τις περιπτώσεις χρησιμοποιήθηκε λίστα ελέγχου για τις χρόνιες παθήσεις, καθώς και διάφορα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής και της αναπηρίας (EQ-5D-3L, EQ-5D-5L, PWI - Personal Wellbeing Index- για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, και τα Barthel Index, Specific disability measure -24 items, Specific disability measure -27 items, για τη μέτρηση της αναπηρίας). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν από 74,22 - 75,77 έτη και υπήρχε χαμηλότερο ποσοστό ανδρών έναντι γυναικών και στις τρεις ομάδες. Το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία ήταν από 10% - 51,25% στις τρεις κοορτές, ενώ ο μέσος αριθμός προβλημάτων υγείας ανά άτομο ήταν 4,08 - 5,70. Ο επιπολασμός κάθε χρόνιας κατάστασης ποίκιλε μεταξύ των τριών κοορτών. Οι πιο συχνές χρόνιες νόσοι ήταν οι οστεοαρθρικές διαταραχές (67,80%), ακολουθούμενες από την αρτηριακή υπέρταση (50,64%-60,03%), το σακχαρώδη διαβήτη (20,0-24,0%), τον καρκίνο (3,55-13,92%) και το εγκεφαλικό επεισόδιο (0,20-4,46%). Κατά την ανάλυση της συμβολής των χρόνιων παθήσεων στην κατάσταση αναπηρίας των ηλικιωμένων ατόμων με πολλαπλή νοσηρότητα, οι οστεοαρθρικές διαταραχές είχαν σημαντική επίδραση στην αναπηρία σε όλες τις κοορτές. Σε γενικές γραμμές, η αναπηρία ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου χαμηλότερης ποιότητας ζωής, ενώ οι οστεοαρθρικές διαταραχές και η ψυχική υγεία ήταν σημαντικοί, συνεπείς και ισχυροί παράγοντες κινδύνου χαμηλότερης ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους. Αξίζει να υπογραμμιστεί πως οι ηλικιωμένοι με συννοσηρή κατάσταση ψυχικής υγείας είχαν δύομισι φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης χαμηλής ποιότητας ζωής από τους ηλικιωμένους χωρίς διαταραχές ψυχικής υγείας, ενώ οι οστεοαρθρικές συννοσηρές διαταραχές παρουσίαζαν κίνδυνο εξασθενημένης ποιότητας ζωής διπλάσιο από άλλα χρόνια νοσήματα.

Οι **Kumar D. & Sahnkar H.** (2018:1-4) πραγματοποίησαν το 2014 επισκοπική μελέτη σε 402 ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν στην αγροτική κοινότητα Varanasi στη βορειοανατολική Ινδία. Χρησιμοποίησαν ένα ημιδομημένο ερωτηματολόγιο χωρισμένο σε τέσσερα μέρη. Το πρώτο μέρος περιείχε τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, επάγγελμα, εκπαίδευση και κοινωνικοοικονομική κατάσταση), το δεύτερο μέρος λεπτομερές ιστορικό για το προφίλ υγείας των ερωτηθέντων, το τρίτο μέρος περιελάμβανε κάποιες ανθρωπομετρικές μετρήσεις και κλινικές εξετάσεις (ύψος, βάρος, δείκτης μάζας σώματος και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου στο αίμα), ενώ το τελευταίο μέρος περιείχε την κλίμακα WHOQoL-BREF για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής των συμμετεχόντων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, από τα 402 άτομα της μελέτης, περίπου το 85% αντιμετώπιζε τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας. Το συχνότερο χρόνια πρόβλημα υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ήταν το μυοσκελετικό πρόβλημα (56%), ακολουθούμενο από την υπέρταση (34,1%), τον καταρράκτη (25,4%), το διαβήτη (6,7%), τα προβλήματα ακοής (6,5%), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (2%) και τον καρκίνο (0,7%). Η μέση βαθμολογία στον τομέα των κοινωνικών σχέσεων (63,25) ήταν καλύτερη από αυτή στον περιβαλλοντικό (61,20), στο σωματικό (59,16), και τον ψυχολογικό τομέα (59,14). Καθώς η ηλικία των ατόμων αυξανόταν, η συνολική ποιότητα ζωής μειωνόταν και αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό. Η βαθμολογία της ποιότητας ζωής των γυναικών ήταν σχεδόν 10 βαθμοί χαμηλότερη από αυτή των ανδρών, ενώ η ποιότητα ζωής των έγγαμων ήταν πολύ υψηλότερη από των χήρων / άγαμων. Σε άτομα με υψηλότερη εκπαίδευση παρατηρήθηκαν καλύτερες βαθμολογίες της ποιότητας ζωής. Η βαθμολογία σε εργαζόμενους ήταν καλύτερη από ό, τι σε μη εργαζόμενα άτομα, και η βαθμολογία της ποιότητας ζωής της ομάδας με ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ήταν καλύτερη από τη βαθμολογία στη μεσαία και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα. Η επίδραση οποιασδήποτε χρόνιας νόσου ήταν αρκετά σημαντική σε όλους τους τομείς της ποιότητας ζωής. Η μέγιστη επίδραση της χρόνιας νόσου ήταν στο σωματικό πεδίο (56,55 έναντι 74,05 μεταξύ αυτών που έχουν και εκείνων που δεν έχουν κάποιο χρόνια νόσημα), κυρίως λόγω των συμπτωμάτων της νόσου και του επακόλουθου περιορισμού των δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων με χρόνιες ασθένειες. Η μέση βαθμολογία στον ψυχολογικό τομέα ήταν 69,73 για άτομα χωρίς χρόνια νόσο, ενώ για τα άτομα με χρόνια ασθένεια ήταν 57,29. Το σκορ στον κοινωνικό τομέα ήταν 72,15 για τα άτομα χωρίς χρόνια πάθηση, ενώ για άτομα με

χρόνια ασθένεια ήταν 61,69. Τέλος, η μέση βαθμολογία στον περιβαλλοντικό τομέα ήταν 69,83 για τα άτομα χωρίς χρόνια νόσο έναντι 59,69 εκείνων που έπασχαν από κάποια χρόνια διαταραχή της υγείας τους.

Μία επισκοπική μελέτη διενεργήθηκε από τους **Somrongthong R. et al** (2016:1-6) σε τρεις κοινότητες, που επιλέχθηκαν σκόπιμα στο βορρά, τα βορειοανατολικά και τις κεντρικές περιοχές της Ταϊλάνδης, με 1278 ηλικιωμένους. Τέσσερα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς συμπληρώθηκαν με μία προσωπική συνέντευξη των συμμετεχόντων. Το πρώτο ερωτηματολόγιο περιείχε κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το δεύτερο την αυτοεκτιμούμενη υγεία, το τρίτο τις συνήθειες καπνίσματος και ποτού και το τέταρτο το εργαλείο μέτρησης για την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων WHOQoL-OLD [με 6 τομείς: αισθητηριακές ικανότητες (SA), αυτονομία (AUT), ικανότητες (PPF) –παρελθοντικές, παροντικές, μελλοντικές-, κοινωνική συμμετοχή (SOP), αντιλήψεις για το θάνατο (DAD) και τέλος ποιότητα αγάπης και συντροφικότητας (INT)]. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, περίπου το 35% των συμμετεχόντων κατοικούσαν σε κάθε περιοχή, με τις γυναίκες που συμμετείχαν να είναι διπλάσιες από τους άντρες. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ήταν 60-70 ετών, παντρεμένοι, με πρωτοβάθμια εκπαίδευση και είχαν εισόδημα λιγότερο των 35 \$ το μήνα. Σχεδόν το 70% ανέφερε χρόνια ασθένεια και από αυτούς το 55% έπασχε από μία χρόνια πάθηση, όπως καρδιακές παθήσεις, αρτηριακή υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτη, υπερλιπιδαιμία και αρθρίτιδα, ενώ οι υπόλοιποι συμμετέχοντες ανέφεραν περισσότερες από μία χρόνιες νόσους. Επιπλέον, πάνω από το 70% των συμμετεχόντων δεν είχε καπνίσει ποτέ και το 15% ήταν καπνιστές στο παρόν χρονικό διάστημα. Οι υπόλοιποι ήταν πρώην καπνιστές και είχαν σταματήσει να καπνίζουν τα προηγούμενα 1–10 χρόνια. Η συχνότητα του καπνίσματος ήταν 1-5 φορές την ημέρα, με τους περισσότερους να καπνίζουν μισό πακέτο (1-10 τσιγάρα) ημερησίως. Από την άλλη, σχεδόν το 80% των συμμετεχόντων δεν έπιναν αλκοολούχα ποτά, το 11% έπιναν παλαιότερα και το υπόλοιπο 11% έπιναν στο παρόν χρονικό διάστημα. Οι περισσότεροι που έπιναν παλαιότερα είχαν σταματήσει να πίνουν τα προηγούμενα 1-10 χρόνια και πάνω από τους μισούς κατανάλωναν περίπου ένα ποτήρι αλκοόλ την ημέρα, με τους υπόλοιπους να πίνουν περισσότερο. Όσον αφορά τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και ο λόγος για αυτό μπορεί να είναι ότι η ποιότητα της ζωής δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την παρουσία κάποιας χρόνιας ασθένειας, άλλα και άλλοι

παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται, όπως είναι η αποδοχή της ασθένειας και η προετοιμασία για το θάνατο, την οποία ενισχύουν οι βουδιστικές πεποιθήσεις στη συγκεκριμένη περιοχή. Τέλος, η διακοπή του καπνίσματος ή του αλκοόλ δεν είχε σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των συμμετεχόντων. Φαίνεται πως τα οφέλη του αλκοόλ στην ποιότητα ζωής μπορεί να είναι τα μειωμένα επίπεδα άγχους και η αυξημένη εμπλοκή των ηλικιωμένων στις κοινωνικές δραστηριότητες και τα διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα.

Οι **Cwirlej – Sozanska A.B. et al** (2018:539-544) πραγματοποίησαν στα τέλη του 2015 και αρχές 2016 μία επισκοπική μελέτη σε 973 άτομα ηλικίας 60-80 ετών που ζουν σε αγροτικές περιοχές στη νοτιοανατολική Πολωνία. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, σωματική δραστηριότητα, σωματική άσκηση, κοινωνική συμμετοχή –ως συμμετοχή σε οργανώσεις, σωματεία-), και αριθμό διαγνωσμένων χρόνιων ασθενειών. Για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το WHOQoL-BREF (με κλίμακα που προσανατολίζεται θετικά, δηλαδή μεγαλύτερη βαθμολογία σημαίνει καλύτερη ποιότητα της ζωής). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (56,42%), που είτε ήταν παντρεμένες είτε ζούσαν με κάποιον σύντροφο (68,65%). Σχεδόν οι μισοί από τους ερωτηθέντες είχαν κατώτερη εκπαίδευση (45,32%). Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (68,55%) δεν έκανε κάποια σωματική δραστηριότητα (π.χ. περπάτημα) καθημερινά τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, ούτε εκτελούσε (80,58%) κάποια προγραμματισμένη σωματική άσκηση (π.χ. μυϊκή ενδυνάμωση). Οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες (60,45%) δεν άνηκαν σε κάποια κοινωνική οργάνωση. Όλοι οι τομείς της ποιότητας ζωής αξιολογήθηκαν υψηλότερα από το μέσο όρο της κλίμακας. Οι υψηλότερες τιμές βρέθηκαν στον κοινωνικό τομέα ( $67,35 \pm 17,31$ ), ενώ οι χαμηλότερες στο σωματικό πεδίο ( $58,74 \pm 14,80$ ). Η εκτίμηση της συνολικής ποιότητας ζωής ήταν  $3,58 (\pm 0,84)$ , ενώ η μέση εκτίμηση για τη γενική υγεία ήταν  $3,40 (\pm 1,06)$ . Η ποιότητα ζωής στο σωματικό τομέα μειώνεται σημαντικά με την ηλικία και με την αύξηση του αριθμού των χρόνιων παθήσεων, αλλά αποδείχθηκε σημαντικά υψηλότερη σε ερωτηθέντες που έκαναν κάποια σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, καθώς και σε ερωτηθέντες που ήταν παντρεμένοι ή ζούσαν με κάποιον σύντροφο. Η ποιότητα ζωής στον ψυχολογικό τομέα μειώνεται σημαντικά με την

ηλικία και με την αύξηση του αριθμού των χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο, ήταν σημαντικά βελτιωμένοι στους ερωτηθέντες που ασκούνταν τέσσερις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, σε αυτούς που ήταν κοινωνικά ενεργοί και σε εκείνους που ήταν παντρεμένοι ή ζούσαν με κάποιον σύντροφο. Επίσης, στις κοινωνικές σχέσεις, η ποιότητα ζωής μειώνεται με την ηλικία και με την αύξηση του αριθμού των χρόνιων ασθενειών. Οι βαθμολογίες στον τομέα αυτό ήταν καλύτερες στους ερωτηθέντες που ανέφεραν κάποια σωματική δραστηριότητα τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, στους ερωτηθέντες που ήταν παντρεμένοι ή ζούσαν με έναν σύντροφο. Στον τομέα του περιβάλλοντος, η ηλικία και ο αριθμός χρόνιων ασθενειών είχαν επίσης σημαντικό αντίκτυπο στη μειωμένη ποιότητα ζωής, η οποία, ωστόσο, βελτιώνεται σημαντικά στους ερωτηθέντες που κάνουν σωματική δραστηριότητα για τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, αναφέρουν προγραμματισμένη σωματική άσκηση τέσσερις ή περισσότερες φορές την εβδομάδα, και σε ερωτηθέντες που ήταν παντρεμένοι ή είχαν συντρόφους. Η υποκειμενική συνολική ποιότητα ζωής και η υποκειμενική γενική υγεία μειώνεται σημαντικά με την ηλικία και τον αριθμό χρόνιων ασθενειών, αλλά ήταν καλύτερη σε ερωτηθέντες που ασκούνταν για τουλάχιστον 150 λεπτά ανά εβδομάδα και που ήταν παντρεμένοι ή ζούσαν με έναν σύντροφο.

Οι **Parker L. et al** (2014:557-562) διεξήγαγαν δευτεροβάθμια ανάλυση δεδομένων από μια μεγάλη συγχρονική μελέτη 5.849 ηλικιωμένων ατόμων που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα, με έδρα το Ηνωμένο Βασίλειο, ενώ χρησιμοποιήθηκαν πολυμεταβλητά μοντέλα για την εκτίμηση της σχετικής επίδρασης 15 μεμονωμένων κοινών χρόνιων καταστάσεων και συνδυασμών αυτών στην ποιότητα της ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Τα εργαλεία μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το EuroQoL EQ-5D, ενώ οι συμμετέχοντες ολοκλήρωσαν επίσης την κλίμακα άγχους και κατάθλιψης νοσοκομείου (HADS), την κατάσταση καπνίσματος και την κατάσταση παρουσίας όλων των σημαντικών τρεχουσών ιατρικών διαγνώσεων. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 73,6 έτη και οι περισσότερες ήταν γυναίκες. Συνολικά 2.081 (35,7%) συμμετέχοντες είχαν μία νοσηρότητα και 1.519 (25,9%) είχαν δύο ή περισσότερες νοσηρότητες. Το 97,9% του πληθυσμού της μελέτης ήταν Λευκοί, 1,9% Ασιάτες και 0,2% Μαύροι. Το πιο συχνά αναφερόμενο πρόβλημα των ηλικιωμένων ήταν ο πόνος, καθώς προβλήματα με πόνο αναφέρθηκαν από το 56,2% των γυναικών ηλικίας 65–69, το 60% των γυναικών ηλικίας 70–79 και το 65,6% των γυναικών ηλικίας 80 ετών και άνω. Παράλληλα, πάνω από το ένα τρίτο των

συμμετεχόντων ανέφεραν προβλήματα με την κινητικότητα, ενώ μόλις το 9% ανέφερε προβλήματα με την αυτοφροντίδα. Οι υψηλότερες βαθμολογίες του δείκτη EQ-5D σχετίζονται σημαντικά με το ανδρικό φύλο και την απουσία ιατρικού ιστορικού νοσηρότητας. Οι χαμηλότερες βαθμολογίες του δείκτη συσχετίστηκαν σημαντικά με το κάπνισμα, την μεγαλύτερη ηλικία και την αύξηση της κοινωνικοοικονομικής αποστέρησης. Η παρουσία 13 από τις 15 κοινές χρόνιες παθήσεις που μελετήθηκαν συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με μειωμένη ποιότητα ζωής. Τέλος, η οστεοαρθρίτιδα, το ιστορικό κατάθλιψης και η νευρολογική νόσος συσχετίστηκαν με χαμηλότερες βαθμολογίες του δείκτη EQ-5D. Είναι φανερό από τα παραπάνω πως η καλύτερη κατανόηση του σχετικού βάρους των κοινών χρόνιων νοσολογικών καταστάσεων, μπορεί να βοηθήσει τους γιατρούς να επικεντρωθούν σε εκείνες τις ασθένειες που έχουν τη μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής, καθορίζοντας προτεραιότητες κατά τη διαχείριση ατόμων με ιστορικό συννοσηρότητας.

Οι **Renne I. & Gobbens R.J.J.** (2018:325-328) τον Οκτώβριο του 2016 συγκέντρωσαν τα στοιχεία για την επισκοπική τους μελέτη μέσω ερωτηματολογίων από 241 ηλικιωμένους ( $\geq 70$  ετών) που παρακολουθούνταν από έναν γενικό ιατρό στην Ολλανδία. Για τον προσδιορισμό της συννοσηρότητας εξετάστηκαν εννέα χρόνιες ασθένειες με αυτοαναφορά (σακχαρώδης διαβήτης, ΧΑΠ, καρδιακές παθήσεις, αρθροπάθεια, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καρκίνος, άνοια, κατάθλιψη και νόσος του Πάρκινσον). Η ασθενικότητα (frailty) αξιολογήθηκε από τον Δείκτη Αδυναμίας Tilburg (Tilburg Frailty Indicator, TFI) και η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε από το WHOQoL-OLD (το οποίο προέρχεται από το WHOQoL-100, έχει αναπτυχθεί ειδικά για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους ανθρώπους και περιλαμβάνει τις αισθητικές ικανότητες, την αυτονομία, τις παρελθούσες-παρούσες-μελλοντικές δραστηριότητες, την κοινωνική συμμετοχή, το θάνατο - Death and Dying- και την οικειότητα). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τους, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 76,5 έτη, το 51,9% ήταν άντρες, το 71% ήταν παντρεμένοι ή συγκατοικούσαν, και οι περισσότεροι (59,8%) είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Η αρθροπάθεια ήταν η πιο κοινή χρόνια νόσος (39,8%). Η μέση συνολική βαθμολογία TFI ήταν 3,4 (οι βαθμολογίες  $\geq 5$  δείχνουν ότι το άτομο που αξιολογείται είναι αδύναμο) και η μέση συνολική βαθμολογία WHOQoL-OLD ήταν 92,2. Ο επιπολασμός της αδυναμίας στο δείγμα ήταν 32,8%.

Από τα επιμέρους συστατικά της ασθενικότητας, η έλλειψη κοινωνικής δικτύωσης που αφορά τα συναισθήματα της μοναξιάς είχε τον υψηλότερο επιπολασμό (39,4%), ενώ τα προβλήματα με τη μνήμη είχαν τον χαμηλότερο (4,6%). Συννοσηρότητα υπήρχε στο 30,3% των συμμετεχόντων. Τα ασθενικά άτομα σημείωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής. Όλες οι αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των τομέων της ασθενικότητας και των έξι επιπέδων της ποιότητας ζωής ήταν στατιστικά σημαντικές. Από πλευράς ποιότητας ζωής, τόσο η σωματική όσο και η ψυχολογική αδυναμία παρουσίασαν τους ισχυρότερους συσχετισμούς με την κοινωνική συμμετοχή, ενώ η κοινωνική αδυναμία είχε την ισχυρότερη σχέση με την οικειότητα (στενές διαπροσωπικές σχέσεις). Επιπλέον, η συννοσηρότητα συσχετίστηκε σημαντικά με τις πέντε από τις έξι πτυχές της ποιότητας ζωής καθώς και τη συνολική ποιότητα ζωής, εμφανίζοντας τον ισχυρότερο συσχετισμό με την κοινωνική συμμετοχή, ενώ δεν συσχετίστηκε μόνο με την πτυχή του θανάτου (Death and Dying) της ποιότητας ζωής.

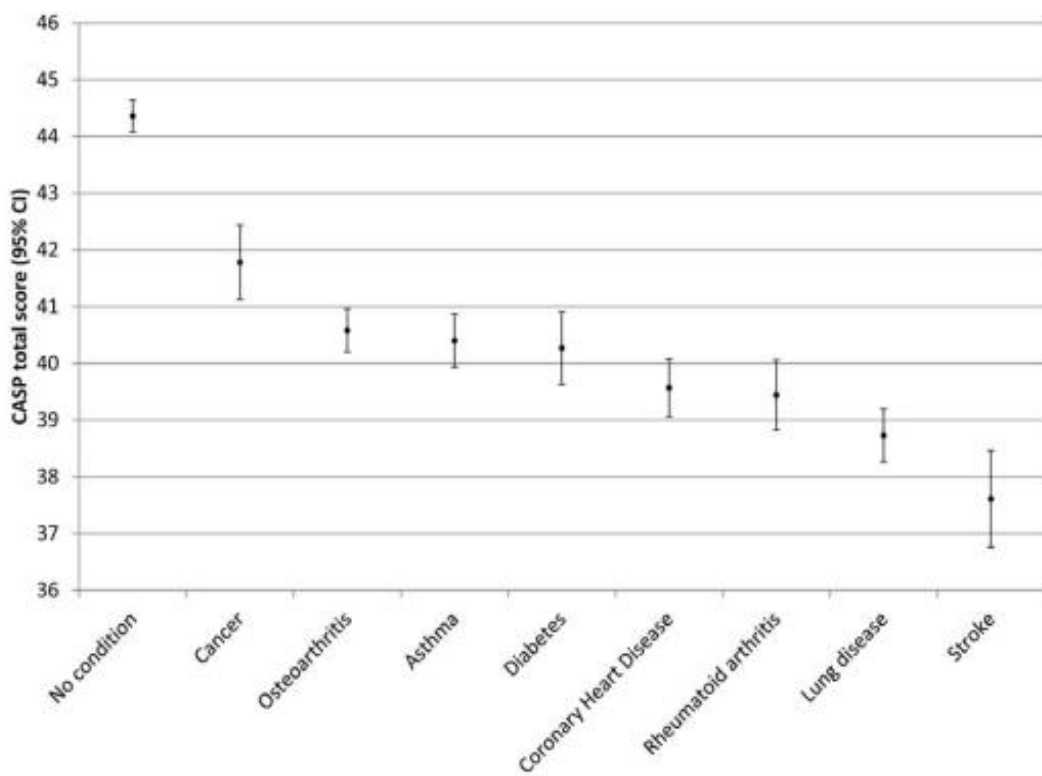
Η συγχρονική μελέτη των **Wikman A. et al** (2011:1,3,5-7) περιέλαβε 11.523 άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω, συμμετέχοντας στο κύμα 1 της Αγγλικής Διαχρονικής Μελέτης της Γήρανσης. Η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το CASP-19, η ευτυχία αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας δύο στοιχεία που αντλήθηκαν από το GHQ-12 (12-item General Health Questionnaire), και η κατάθλιψη μετρήθηκε με το CES-D (Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale). Η παρουσία χρόνιας ασθένειας αξιολογήθηκε κατά τη διάρκεια προσωπικής συνέντευξης στο σπίτι, απαντώντας σε σχετική ερώτηση. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 65,14 χρόνια, και λίγο περισσότερο από τους μισούς συμμετέχοντες (54,6%) ήταν γυναίκες. Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές της ποιότητας ζωής με την ηλικία, το φύλο και την οικονομική κατάσταση. Οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (75–79 και 80+ έτη) είχαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ ποιότητας ζωής από τις νεότερες ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες είχαν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες (42,75 έναντι 42,21), καθώς και όσοι είχαν καλύτερη οικονομική κατάσταση παρουσίασαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Επιπλέον, η κατάθλιψη ποικίλλει ανάλογα την ηλικία, το φύλο, την οικονομική κατάσταση, με τις παλαιότερες ηλικιακές ομάδες ( $\geq 70$  ετών), τις γυναίκες, και όσους ανέφεραν δυσμενέστερη οικονομική κατάσταση να είναι πολύ πιο πιθανό να αναφέρουν καταθλιπτική διάθεση. Από την άλλη, η μεγαλύτερη



ηλικιακή ομάδα (80+) ήταν λιγότερο ευτυχισμένη από όλες τις άλλες ηλικιακές ομάδες, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές μεταξύ των φύλων στις βαθμολογίες ευτυχίας, αλλά αυτοί που βρίσκονται στα χαμηλότερα οικονομικά επίπεδα ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες ευτυχίας από εκείνες των οικονομικά ισχυρότερων. Όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα, η οστεοαρθρίτιδα ήταν το πιο συνηθισμένο νόσημα (18,9%), ακολουθούμενο από τη στεφανιαία νόσο (12,3%), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και τον καρκίνο, που είναι οι λιγότερο συχνές καταστάσεις (4,4% και 5,9%, αντίστοιχα). Από τους 11.523 συμμετέχοντες, το 33,3% ανέφεραν τουλάχιστον μία από τις οκτώ χρόνιες ασθένειες, 12,5% δύο νοσηρές καταστάσεις, 3,6% ανέφερε πως πάσχει από τρεις χρόνιες νόσους, ενώ το 1,0% είχε τέσσερις και το 0,2% αυτών ανέφεραν πέντε ή περισσότερες συννοσηρές συνθήκες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως υπήρξε σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής για καθένα από τα οκτώ χρόνια νοσήματα (διαβήτης, πνευμονική νόσο, άσθμα, καρκίνο, οστεοαρθρίτιδα, ρευματοειδή αρθρίτιδα, στεφανιαία νόσο, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο), σε σχέση με τη μη παρουσία χρόνιας νοσηρής κατάστασης. Συγκεκριμένα, οι έχοντες υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο είχαν τη φτωχότερη ποιότητα ζωής, ακολουθούμενο από τη χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια. Άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφάνισαν παρόμοιους περιορισμούς στην ποιότητα ζωής με αυτούς με στεφανιαία νόσο, ακολουθούμενη στενά από το σακχαρώδη διαβήτη και το άσθμα. Η ποιότητα ζωής μειώθηκε λιγότερο σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα και καρκίνο. Και οι οκτώ καταστάσεις συσχετίστηκαν με σημαντικά μειωμένες βαθμολογίες ευτυχίας, ενώ τα άτομα που είχαν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ανέφεραν το χαμηλότερο επίπεδο ευτυχίας, ακολουθούμενα από αυτά με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, στεφανιαία νόσο, οστεοαρθρίτιδα και ρευματοειδή αρθρίτιδα. Τα άτομα με άσθμα είχαν παρόμοια βαθμολογία ευτυχίας με αυτά με σακχαρώδη διαβήτη, ενώ οι αξιολογήσεις ευτυχίας επηρεάστηκαν λιγότερο στους ερωτηθέντες με καρκίνο (το στάδιο του καρκίνου δεν διερευνήθηκε στην παρούσα μελέτη και μπορεί να είχαν καρκίνο πριν από μερικά χρόνια). Όσον αφορά την καταθλιπτική διάθεση, τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης παρατηρήθηκαν σε άτομα με χρόνια πνευμονική νόσο ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (είχαν περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα αναφοράς καταθλιπτικής διάθεσης σε σχέση με εκείνους χωρίς χρόνια ασθένεια), ενώ άνθρωποι με οστεοαρθρίτιδα και καρκίνο είχαν τις χαμηλότερες πιθανότητες για καταθλιπτική διάθεση. Τέλος, είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η παρουσία στο ίδιο άτομο περισσότερων των τριών ή τεσσάρων συννοσηρών

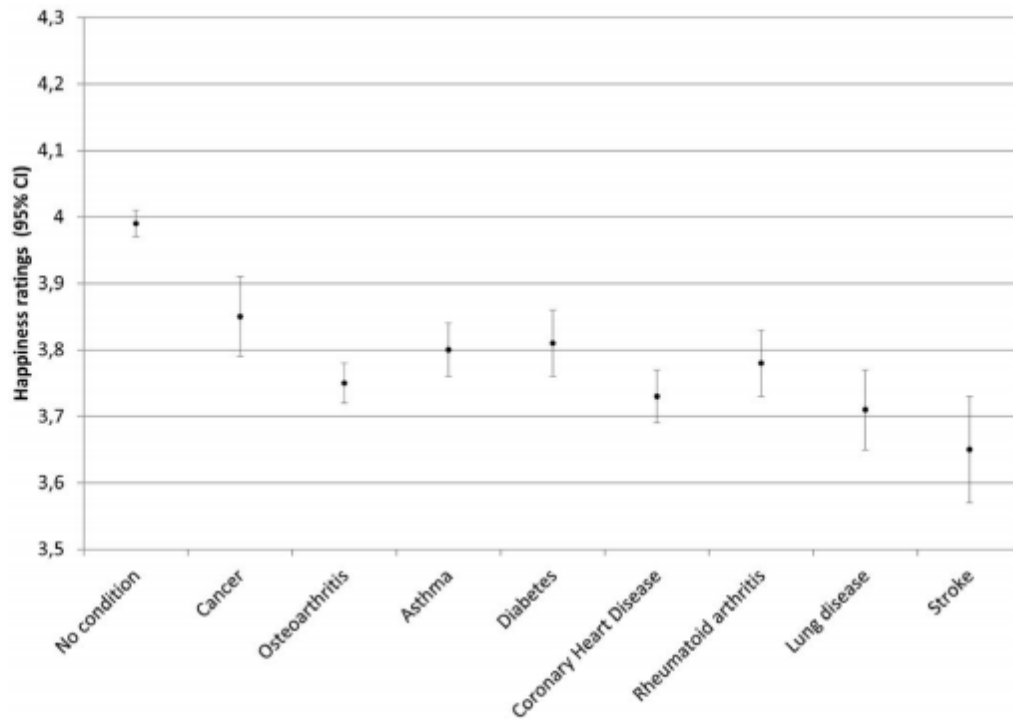
συνθηκών, δεν συσχετίστηκε με σημαντικά χειρότερες βαθμολογίες ευτυχίας από τις βαθμολογίες ευτυχίας για όσους είχαν μόνο δύο συννοσηρότητες. Από την άλλη, οι συμμετέχοντες με τέσσερις ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες είχαν εξαπλάσιες πιθανότητες να αναφέρουν καταθλιπτική διάθεση από ό, τι τα άτομα με καμία χρόνια ασθένεια, ενώ τα άτομα με τρεις συννοσηρές χρόνιες καταστάσεις, είχαν περισσότερο από τρεις φορές αυξημένο κίνδυνο καταθλιπτικής διάθεσης, σε σύγκριση με εκείνους που δεν έπασχαν από κάποια χρόνια ασθένεια (Διαγράμματα 13-18).

**Διάγραμμα 13:** Ποιότητα ζωής και χρόνια νοσήματα.



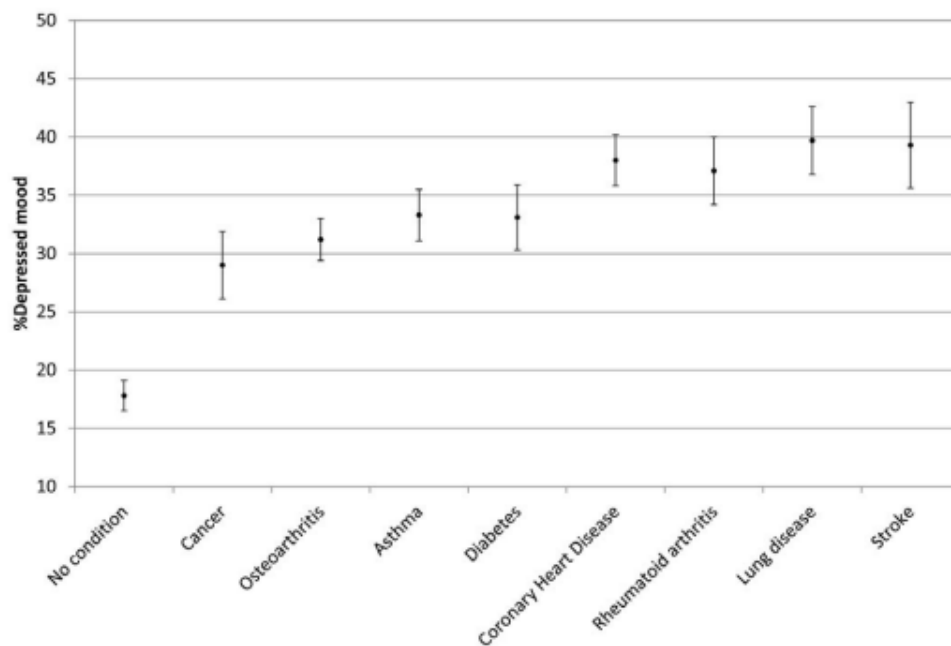
Πηγή: Wikman A. et al (2011:5).

**Διάγραμμα 14:** Ευτυχία και χρόνια νοσήματα.



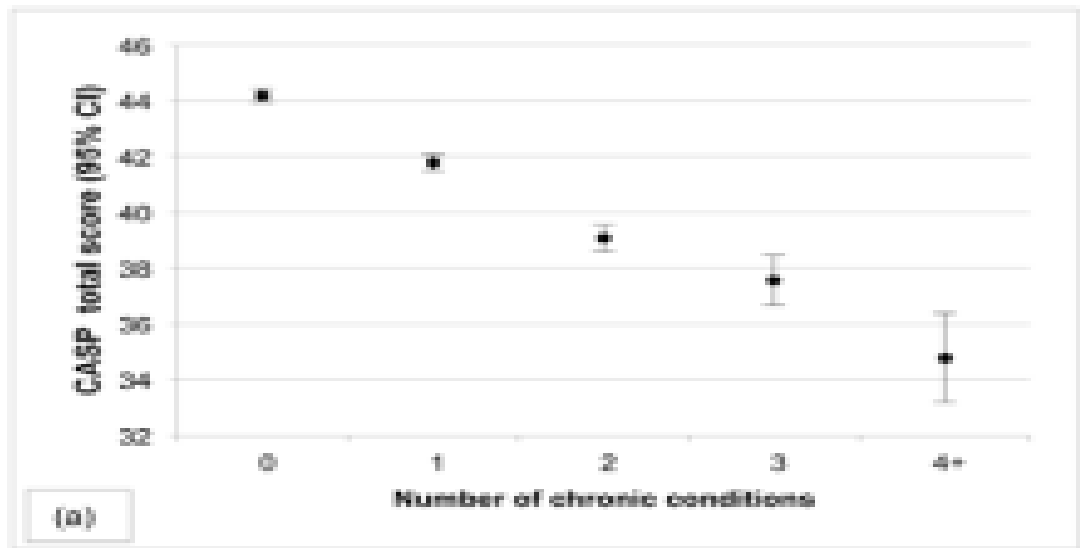
**Πηγή:** Wikman A. et al (2011:6).

**Διάγραμμα 15:** Καταθλιπτική διάθεση και χρόνια νοσήματα.



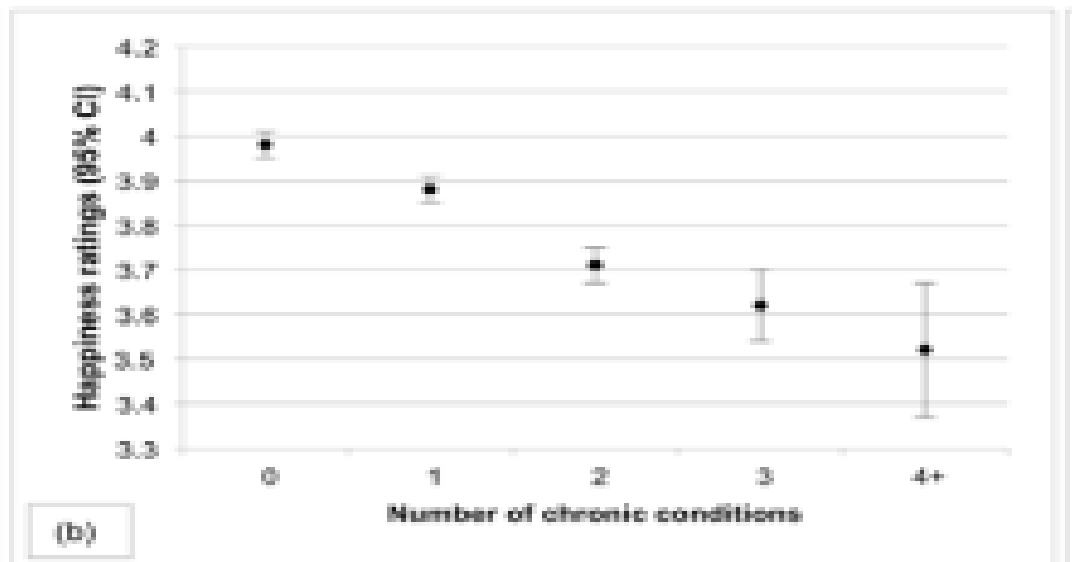
**Πηγή:** Wikman A. et al (2011:6).

**Διάγραμμα 16:** Συννοσηρότητα και ποιότητα ζωής.



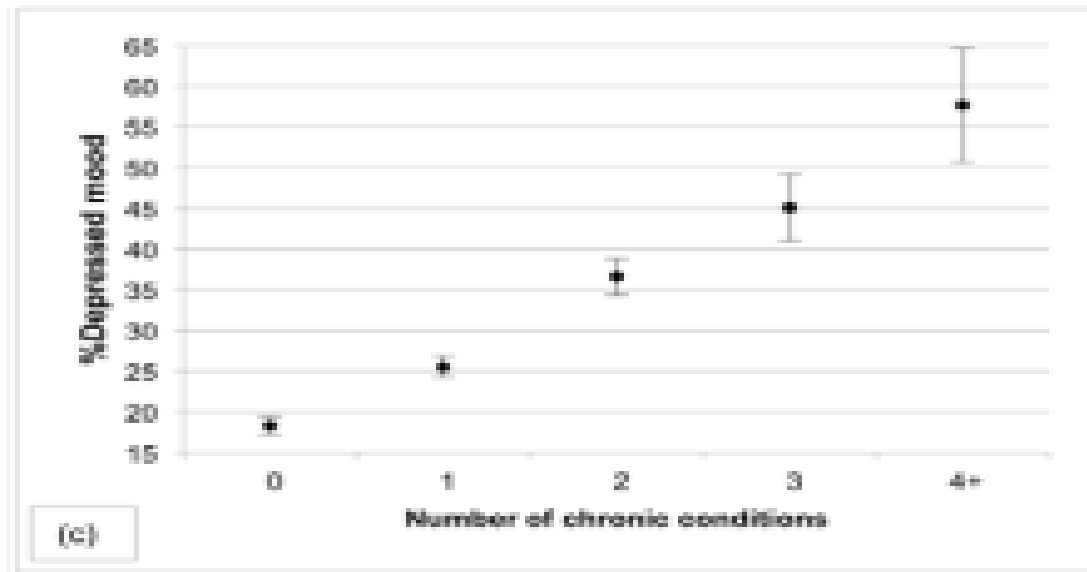
Πηγή: Wikman A. et al (2011:6).

**Διάγραμμα 17:** Συννοσηρότητα και ευτυχία.



Πηγή: Wikman A. et al (2011:6).

**Διάγραμμα 18:** Συννοσηρότητα και καταθλιπτική διάθεση.

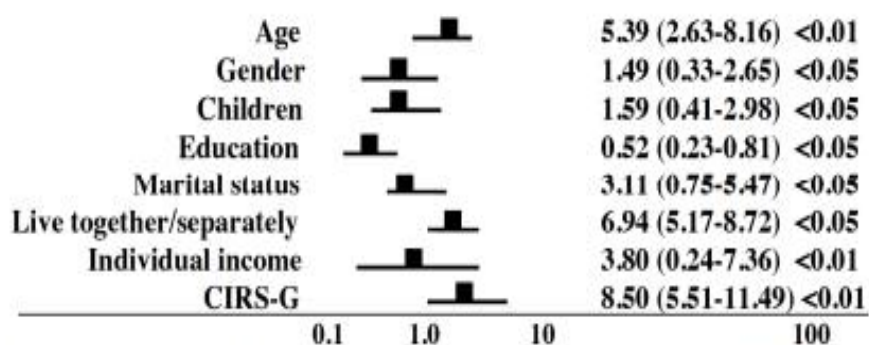


Πηγή: Wikman A. et al (2011:6)

Οι **Kosilov K. et al** (2019:1-2,4,6-7) διενέργησαν μία συγκριτική ανάλυση παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ιαπωνία και τη Ρωσία. Τα δεδομένα της τυχαιοποιημένης αυτής μελέτης συλλέχθηκαν από τον Νοέμβριο του 2017 έως τον Φεβρουάριο του 2018, με βάση τα «Σπίτια Επικοινωνίας για Ηλικιωμένους» στις περιοχές Bunkyo και Toshima στο Τόκιο, καθώς και τρεις «Δομές Πρόληψης και Αποκατάστασης για Ηλικιωμένους» στην περιοχή Vladivostok στη Ρωσία. Το δείγμα περιελάμβανε 217 άτομα από την Ιαπωνία (48,8% άνδρες) και 220 από τη Ρωσία (50% άνδρες), με ηλικιακό εύρος τα 65-95 έτη. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο Επισκόπησης της Υγείας SF-36v2, ενώ το επίπεδο συννοσηρότητας μελετήθηκε χρησιμοποιώντας το CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics). Επίσης, με το MMSE (Mini Mental State Examination) αξιολογήθηκαν οι γνωστικές ικανότητες (προσανατολισμός, καταγραφή, προσοχή και υπολογισμός, ανάκληση και γλώσσα), ενώ συμπληρώθηκαν και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι μεγαλύτεροι Ιάπωνες είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες σωματικής υγείας σε σύγκριση με εκείνους 65-75 ετών, ενώ μεταξύ του μεγαλύτερου και του νεότερου Ρώσου ηλικιωμένου δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Ωστόσο, η μέση βαθμολογία σωματικής λειτουργίας των Ιαπώνων ήταν υψηλότερη

από των συνομηλίκων τους Ρώσων. Επιπλέον, οι παντρεμένοι Ιάπωνες και Ρώσοι αξιολόγησαν πολύ καλύτερα τη σωματική τους υγεία, ενώ οι ηλικιωμένοι που ζούσαν μαζί με συγγενείς και στις δύο χώρες, αξιολόγησαν υψηλότερα τη σωματική τους υγεία. Επίσης, η αυτοαξιολόγηση της σωματικής υγείας μεταξύ των πολιτών και στις δύο χώρες φάνηκε να επηρεάζεται και από τον μέσο όρο βαθμολογίας του CIRS-G, με υπεροχή και πάλι των Ιαπώνων. Από την άλλη, τόσο στην Ιαπωνία όσο και στη Ρωσία, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα εκτιμούν σημαντικά χειρότερα το επίπεδο της ψυχικής τους υγείας, ωστόσο, στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μεταξύ των ηλικιακών ομάδων 75-84 ετών των δύο χωρών. Παρόμοια με τη σωματική υγεία, στους παντρεμένους Ιάπωνες, η ποιότητα της ψυχικής υγείας τους είναι σημαντικά υψηλότερη, σε σύγκριση με τους άγαμους συμπατριώτες τους, καθώς και σε σχέση με τους παντρεμένους Ρώσους, ενώ δεν υπήρχαν διαφορές στην αυτοαξιολόγηση μεταξύ των Ιαπώνων και των Ρώσων που ζούσαν μόνοι τους. Επίσης, οι Ιάπωνες που ζούσαν με συγγενείς αξιολόγησαν την ποιότητα της ψυχικής τους υγείας υψηλότερα από τους Ρώσους. Από την άλλη, οι Ρώσοι είχαν μέσες τιμές γνωστικής λειτουργίας ελαφρώς χαμηλότερες σε σχέση με τους Ιάπωνες, αλλά οι διαφορές δεν ήταν σημαντικές. Ωστόσο, η βαθμολογία της γνωστικής ικανότητας ήταν ομοιογενής και υψηλή και στα δύο δείγματα, γεγονός που δείχνει τη διατήρηση των γνωστικών ικανοτήτων στην πλειοψηφία των ηλικιωμένων και στις δύο χώρες. Είναι σημαντικό να αναφερθεί πως λαμβάνοντας υπόψη τη συνεισφορά όλων των μεταβλητών στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, η ηλικία, η διαβίωση με συγγενείς και ο αριθμός των ασθενειών εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιρροής της QoL τόσο των Ιαπώνων, όσο και των Ρώσων. Στην Εικόνα απεικονίζονται τα αποτελέσματα της γραμμικής παλινδρόμησης της επίδρασης των μεταβλητών στην ποιότητα ζωής σε κοινό δείγμα Ιαπώνων - Ρώσων, όπου γίνεται εμφανές πως η ηλικία, η συντροφική διαβίωση και ο αριθμός των ασθενειών επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και των δύο χωρών.

**Εικόνα 9:** Παράγοντες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής σε κοινό δείγμα Ιαπώνων – Ρώσων.



**Πηγή:** Kosilov K. et al (2019:7).

Οι **Xing H. et al** (2015:1-4) διεξήγαγαν μία περιγραφική έρευνα στην πόλη Shaoxing της Κίνας από τον Ιούλιο έως τον Αύγουστο του 2013. Το δείγμα περιελάμβανε 95 ηλικιωμένους που έμεναν στο σπίτι με σύζυγο ή παιδί, 43 ηλικιωμένους που διέμεναν μόνοι στο σπίτι και 93 ηλικιωμένους που ζούσαν στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της πόλης. Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία έγινε με το ερωτηματολόγιο SF-36. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές ανάμεσα στο φύλο, την εκπαίδευση, τις χρόνιες ασθένειες και τον διαφορετικό τρόπο διαβίωσης. Η ηλικία των ατόμων που μένουν στο γηροκομείο ήταν μεγαλύτερη από ό, τι αυτών στο σπίτι, ενώ το 66,7% του συνόλου των ηλικιωμένων είχε μία χρόνια ασθένεια. Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά μεταξύ της σωματικής και ψυχικής υγείας και του φύλου, της εκπαίδευσης ή της παρουσίας χρόνιας νόσου. Από την άλλη, οι συνολικές βαθμολογίες σωματικής και ψυχικής υγείας για τους μεγαλύτερους ηλικιωμένους (άνω των 75 ετών) ήταν χαμηλότερες σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους (60-74 ετών), ενώ οι συνολικές βαθμολογίες σωματικής και ψυχικής υγείας για τα ηλικιωμένα άτομα που παρουσίαζαν δυσχέρεια ικανότητας αυτοφροντίδας ήταν χαμηλότερα σε σύγκριση με εκείνα με πλήρη ικανότητα αυτοφροντίδας. Η μελέτη αποκάλυψε επίσης θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού της εβδομαδιαίας σωματικής άσκησης και των συνολικών βαθμών σωματικής και ψυχικής υγείας, οι οποίες για όσους ζούσαν στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας ήταν χαμηλότερες σε σύγκριση με εκείνους που ζούσαν στο σπίτι. Επιπλέον, περίπου το 96,8% των ηλικιωμένων ήταν ικανοποιημένοι από το περιβάλλον και τις εγκαταστάσεις του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας και το 93,5%

ήταν ικανοποιημένοι από την ποιότητα φροντίδας που τους παρείχαν οι επαγγελματίες του Κέντρου. Επίσης, όταν οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν αν τους αρέσει ο τρόπος ζωής τους στο παρόν, το ποσοστό που απάντησε Ναι ήταν 89,5%, 58,1% και 91,4% σε όσους έμεναν στο σπίτι με τον σύζυγο ή το παιδί, στο σπίτι μόνοι και στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας αντίστοιχα, ενώ εάν μπορούσαν να επιλέξουν ξανά τον ίδιο τρόπο ζωής, το ποσοστό που απάντησε Ναι ήταν 40,8%, 14,3% και 44,8% αντίστοιχα.

Οι **Patinan S. et al** (2017:1-5) υλοποίησαν μία επισκοπική μελέτη σε ηλικιωμένους που διαμένουν σε γηροκομεία σε όλη την επαρχία Guilan, στο Ιράν. Με μια στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία σε 180 ηλικιωμένους, ηλικίας 60 ετών και άνω, συλλέχθηκαν στοιχεία μέσω του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής SF-36, καθώς και μέσω μιας λίστας ελέγχου δημογραφικών πληροφοριών και παρουσίας χρόνιων νοσημάτων στους συμμετέχοντες ηλικιωμένους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ήταν ηλικίας 75-100 ετών, γυναίκες, αναλφάβητοι, χήροι/ες, χαμηλού οικονομικού επιπέδου, πρώην αγρότες, με 3 ή περισσότερα χρόνια νοσήματα (70%), ακολουθούσαν οι μη έχοντες κάποιο χρόνιο νόσημα (45%), οι έχοντες 1 χρόνο νόσημα (33%) και οι έχοντες 2 χρόνια νοσήματα (32%). Το 60% των ηλικιωμένων είχαν υψηλό σκορ ποιότητας ζωής (>50), με μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής 62,6 ( $\pm 25,30$ ). Η υψηλότερη βαθμολογία ήταν εκείνη του σωματικού πόνου και η χαμηλότερη αυτή της σωματικής λειτουργικότητας. Επιπλέον, η μελέτη ανέδειξε μια γραμμική σχέση με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και ποιότητας ζωής (η βαθμολογία ποιότητας ζωής τείνει να μειώνεται στις μεγαλύτερες ηλικίες), καθώς και μεταξύ αριθμού χρόνιων ασθενειών και ποιότητας ζωής (η αύξηση του αριθμού των χρόνιων ασθενειών μειώνει την ποιότητα της ζωής και των δύο συνολικά διαστάσεων – σωματικής και ψυχικής υγείας-), ενώ βρέθηκε και μία σημαντική σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και οικογενειακής κατάστασης (η μέση ποιότητα ζωής ήταν υψηλότερη στους διαζευγμένους ηλικιωμένους που διέμεναν στα γηροκομεία).

Οι **Aghamolaei T. et al** (2010:185-189) διενέργησαν μία επισκοπική μελέτη το 2007 σε 1.000 ηλικιωμένους ανθρώπους ηλικίας άνω των 60 ετών που διαβιούσαν ανεξάρτητα στην περιοχή Bandar Abbas, στο Ιράν, χρησιμοποιώντας στην προσωπική συνέντευξη των συμμετεχόντων την Επισκόπηση Υγείας SF-36. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η μέση ηλικία των ατόμων ήταν τα 69,02 έτη, ενώ



τα περισσότερα άτομα (78,9%) άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 60-75 ετών, ήταν αναλφάβητοι (76,8%), ζούσαν μαζί με την οικογένειά τους (94,6%), δεν κάπνιζαν (80,3%) και οι περισσότεροι έπασχαν από κάποια χρόνια νόσο (68,4%). Διαπιστώθηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών σε όλες τις κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές εκτός της ηλικιακής ομάδας. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων γυναικών σε σχέση με τους άνδρες ήταν αναλφάβητες, ζούσαν μόνες, ήταν καπνίστριες ναργιλέ -όχι τσιγάρων- και έπασχαν από τουλάχιστον μία χρόνια ασθένεια. Επιπλέον, παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών όσον αφορά τη σωματική λειτουργικότητα, τη ζωτικότητα και τη συνολική σωματική υγεία, ενώ υπήρξαν και σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων (60-75 και >75) σε όλες τις υποκατηγορίες που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής εκτός από το συναισθηματικό ρόλο. Στο σύνολο των συμμετεχόντων, οι υψηλότερες βαθμολογίες παρατηρήθηκαν στην κοινωνική λειτουργικότητα, το συναισθηματικό ρόλο, την ψυχική υγεία και το σωματικό ρόλο, και οι δυσμενέστερες βαθμολογίες αφορούσαν τη σωματική λειτουργικότητα, το σωματικό πόνο, τη γενική υγεία και τη ζωτικότητα. Η συνολική σωματική υγεία βρέθηκε  $45,9 \pm 16,3$ , σαφώς χαμηλότερη από την ψυχική υγεία που ήταν  $63,3 \pm 13,3$ . Όσον αφορά την παρουσία χρόνιων νόσων, το 42% των συμμετεχόντων έπασχε από αρτηριακή υπέρταση, το 29,3% από καρδιαγγειακές παθήσεις, το 25,1% από αρθρίτιδα και το 17,9% από σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης, τα αποτελέσματα της λογιστικής ανάλυσης παλινδρόμησης της συνολικής σωματικής και συνολικής ψυχικής υγείας έδειξαν πως από μόνη της η ηλικία στην ομάδα > 75 ετών θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο μείωσης και των δύο πτυχών της ποιότητας της ζωής. Από την άλλη, η παρουσία χρόνιας νόσου θα μπορούσε να μειώσει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική πλευρά της ποιότητας της ζωής. Τέλος, οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες, και οι αναλφάβητοι σε σχέση με τους εγγράμματους είναι πιθανότερο να αντιλαμβάνονται χειρότερη ποιότητα ζωής, ιδίως στη σωματική πτυχή της ποιότητας της ζωής τους.

Οι **Lima M.G. et al** (2009:314-317) διεξήγαγαν μία επισκοπική μελέτη με δειγματοληψία κατά συστάδες δύο σταδίων. Η Επισκόπηση Υγείας SF-36 χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της επίδρασης των συχνότερων χρόνιων ασθενειών (αρθρίτιδα, πόνο στην πλάτη, κατάθλιψη / άγχος, σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση, οστεοπόρωση και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο) στην

ποιότητα ζωής σχετιζόμενης με την υγεία. Τα δεδομένα ελήφθησαν το 2001 και 2002 από μια πολυκεντρική έρευνα για την υγεία που πραγματοποιήθηκε μέσω κατ' οίκον συνεντεύξεων σε πολλούς δήμους στην πολιτεία του Σάο Πάολο, στη Βραζιλία. Στη μελέτη συμμετείχαν 1.958 άτομα - 929 άνδρες και 1.029 γυναίκες, ηλικίας 60 ετών και άνω και η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 69,9 έτη. Οι γυναίκες αποτελούσαν το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (57,2%), ενώ η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα ήταν αυτή των 60-69 ετών (55,8%). Όσον αφορά την εκπαίδευση των συμμετεχόντων, το 42,6% ανέφερε λιγότερα από τέσσερα χρόνια σχολικής εκπαίδευσης και το 19% εννέα ή περισσότερα χρόνια. Στο σύνολο των συμμετεχόντων, το 80,2% ήταν Καυκάσιοι, το 75,5% ήταν Καθολικοί, το 58,9% ζούσε με σύζυγο και το 23,4% είχε κατά κεφαλήν εισόδημα μικρότερο από τον ελάχιστο μισθό. Από τις χρόνιες ασθένειες, η πιο διαδεδομένη στους συμμετέχοντες ήταν η αρτηριακή υπέρταση (51,0%), ο πόνος στην πλάτη (30,1%), η αρθρίτιδα / ρευματισμός / αρθροπάθεια (27,2%), και η κατάθλιψη / άγχος (24,5%). Ο μέσος αριθμός χρόνιων ασθενειών ανά άτομο ήταν 2,1. Μόνο το 13,6% των ηλικιωμένων δεν ανέφερε κάποια χρόνια πάθηση, ενώ το 45,7% ανέφερε τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Ο επιπολασμός των χρόνιων παθήσεων ήταν υψηλότερος στις γυναίκες και στις ηλικιακές ομάδες άνω των 70 ετών. Δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά όσον αφορά τη σχολική εκπαίδευση σε σχέση με τον αριθμό των αναφερόμενων χρόνιων ασθενειών. Για όλες τις νοσηρότητες, σχεδόν σε όλες τις κλίμακες, οι μέσες βαθμολογίες, προσαρμοσμένες για το φύλο και την ηλικία, ήταν σημαντικά χαμηλότερες μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν ότι πάσχουν από χρόνια ασθένεια, με κάποιες εξαιρέσεις. Η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε περισσότερο μεταξύ των ασθενών που ανέφεραν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σημειώνοντας τις χαμηλότερες βαθμολογίες σε πέντε από τις οκτώ κλίμακες της SF-36. Οι ασθενείς με οστεοπόρωση είχαν μεγάλες διαφορές στις μέσες βαθμολογίες, ιδιαίτερα στον σωματικό πόνο, στο σωματικό ρόλο και στη σωματική λειτουργικότητα. Η κατάθλιψη / άγχος είχαν σημαντικό αντίκτυπο, με σημαντικά μεγάλες διαφορές στο μέσο όρο της βαθμολογίας, επηρεάζοντας ιδιαίτερα την ψυχική υγεία και το συναισθηματικό ρόλο. Η αρθρίτιδα και ο πόνος στην πλάτη είχαν τη μεγαλύτερη επίδραση στον τομέα του σωματικού πόνου. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στη γενική υγεία, ενώ εκείνοι με αρτηριακή υπέρταση είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες του σωματικού πόνου και της ζωτικότητας. Οι κλίμακες που επηρεάστηκαν λιγότερο ήταν ο συναισθηματικός ρόλος και η κοινωνική λειτουργικότητα σε όλες τις

νοσηρότητες, εκτός από το αγγειακό εγκεφαλικό και την κατάθλιψη / άγχος. Από την άλλη, οι κλίμακες που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία και η ζωτικότητα. Με βάση τον αριθμό των αυτοαναφερόμενων χρόνιων νόσων, οι μέσες βαθμολογίες μειώνονται προοδευτικά και ουσιαστικά με την αύξηση του αριθμού των ασθενειών, σε σύγκριση με τις βαθμολογίες των ατόμων χωρίς νοσηρότητα. Για συννοσηρότητα δύο, τριών ή περισσότερων χρόνιων καταστάσεων, οι μέσες βαθμολογίες ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε όλες σχεδόν τις κλίμακες (εκτός του συναισθηματικού ρόλου στη συνύπαρξη δύο χρόνιων ασθενειών).

Οι **Jindai K. et al** (2016:1-5) πραγματοποίησαν μία συγχρονική μελέτη στο Oregon των Η.Π.Α., σε 4.555 ενήλικες ηλικίας 65 ετών και άνω, χρησιμοποιώντας δεδομένα από την Έρευνα της Εθνικής Εξέτασης Υγείας και Διατροφής (NHANES) από το 2005 έως το 2012. Η μέση ηλικία του πληθυσμού της μελέτης ήταν τα 73 έτη, το 55,9% ήταν γυναίκες, το 71,% ήταν υπέρβαροι ή παχύσαρκοι και το 60,7% ήταν παντρεμένοι ή διαβιούσαν με το/τη σύντροφό τους. Ο επιπολασμός της πολυνοσηρότητας σε αυτόν τον πληθυσμό ήταν 67%. Κάθε επιπρόσθετη χρόνια πάθηση συσχετίστηκε με αύξηση του αριθμού των λειτουργικών περιορισμών και η σχέση αυτή ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω απ' ότι μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 έως 74 ετών. Στα άτομα ηλικίας 65 έως 74 ετών, κάθε επιπλέον χρόνια πάθηση συσχετίστηκε με αύξηση 1,35 φορές του αριθμού των λειτουργικών περιορισμών για τους άνδρες και 1,62 φορές για τις γυναίκες. Για τους ηλικιωμένους  $\geq 75$  ετών, οι συσχετίσεις αυξήθηκαν σε 1,71 για τους άνδρες και 2,06 για τις γυναίκες για κάθε επιπλέον χρόνια πάθηση. Επιπλέον, οι γυναίκες είχαν σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό αρθρίτιδας από τους άνδρες και στις δύο ηλικιακές ομάδες. Αντίθετα, ο επιπολασμός των καρδιαγγειακών παθήσεων ήταν υψηλότερος για τους άνδρες από τις γυναίκες και στις δύο ηλικιακές ομάδες. Μεταξύ των γυναικών, ο επιπολασμός του εγκεφαλικού επεισοδίου και της υπέρτασης ήταν σημαντικά υψηλότερος για την ηλικιωμένη ομάδα απ' ότι για τη νεότερη ομάδα, ενώ μεταξύ των ανδρών, ο επιπολασμός του καρκίνου ήταν σημαντικά υψηλότερος για την ηλικιωμένη ομάδα από τη νεότερη ηλικιακή ομάδα.

Οι **Yu T. et al** (2019:1626), χρησιμοποίησαν δεδομένα από την Έρευνα για τη Διατροφή και την Υγεία στην Ταϊβάν (NAHSIT, 2005–2008) και έλαβαν προσωπική συνέντευξη από αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.179 ηλικιωμένων, χρησιμοποιώντας την Επισκόπηση Υγείας SF-36, καθώς και στοιχεία από το ιατρικό τους ιστορικό.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, οι άνδρες αντιπροσώπευαν το 51,9% του δείγματος και η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 73 έτη. Μεταξύ των ανδρών, το 39,1% είχαν ολοκληρώσει το Γυμνάσιο, ανώτερη εκπαίδευση Γυμνασίου ή και ανώτατη βαθμίδα εκπαίδευσης, ενώ μόνο ένα 10,4% των γυναικών έκανε το ίδιο. Επίσης, το 16,0% των ανδρών και το 8,1% των γυναικών του δείγματος, εξακολουθούσαν να εργάζονται. Η διαφορά στην οικογενειακή κατάσταση ήταν μεγάλη, καθώς το 79,6% των ανδρών και το 49,7% των γυναικών ήταν έγγαμοι, ενώ οι άνδρες ανέφεραν ότι είχαν καλύτερη οικονομική κατάσταση από τις γυναίκες. Τα περισσότερα άτομα (87,6%) είχαν τουλάχιστον μία χρόνια πάθηση, με το 27,5% των ατόμων να πάσχει από τέσσερις χρόνιες παθήσεις ή και περισσότερες. Ο μέσος όρος των βαθμολογιών PCS και MCS της SF-36, του συνολικού δείγματος, ήταν 44,5 και 55,6, αντίστοιχα. Οι άνδρες ανέφεραν υψηλότερο PCS από τις γυναίκες, αλλά δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά στη MCS μεταξύ των δύο φύλων. Οι συχνότερες χρόνιες παθήσεις του δείγματος ήταν η υπέρταση (43,9%), ο καταρράκτης (40,1%), ο διαβήτης (17,6%), το πεπτικό έλκος (15,1%), οι καρδιακές παθήσεις (14,4%), οι λιθιάσεις (14,0%), η υπερλιπιδαιμία (13,1%), η αρθρίτιδα (10,9%) και η ουρική αρθρίτιδα (10,1%). Για τους άνδρες, οι τρεις πιο συχνές χρόνιες παθήσεις ήταν η υπέρταση (44,1%), ο καταρράκτης (35,5%) και η καλοήθης υπερπλασία του προστάτη (28,0%), ενώ για τις γυναίκες, οι τρεις πιο κοινές καταστάσεις ήταν ο καταρράκτης (44,9%), η υπέρταση (43,8%) και η υπερλιπιδαιμία (17,2%). Οι χρόνιες καταστάσεις που είχαν κλινικά σημαντικό αντίκτυπο στην PCS ήταν η ακράτεια των ούρων, η αρθρίτιδα, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η νεφρική νόσος. Η κατάθλιψη ήταν η μόνη χρόνια κατάσταση που είχε κλινικά σημαντικό αντίκτυπο στην MCS. Για τους άνδρες, οι χρόνιες παθήσεις που είχαν κλινικά σημαντικό αντίκτυπο στην PCS (προσαρμοσμένο για την ηλικία) ήταν η άνοια, η ακράτεια των ούρων, η κατάθλιψη, η νεφρική νόσος και η αρθρίτιδα. Για τις γυναίκες, το εγκεφαλικό επεισόδιο, η ακράτεια των ούρων, η αρθρίτιδα, το άσθμα και οι καρδιακές παθήσεις ήταν κλινικά σημαντικές για την PCS. Και για τα δύο φύλα, η κατάθλιψη βρέθηκε να έχει κλινικά σημαντικό αντίκτυπο στην MCS, ενώ η φυματίωση είχε επίσης σημαντικό αντίκτυπο στην MCS, αλλά μόνο για τους άνδρες.

Οι **Canbaz S. et al** (2003:336-338) πραγματοποίησαν επισκοπική μελέτη τον Απρίλιο του 2001, στο Samsun της Τουρκίας. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν σε 8 από 17 τυχαία επιλεγμένες Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης, από ηλικιωμένους ασθενείς των

Μονάδων, που διαβιούσαν στις εγγύς περιοχές, με συμπλήρωση -μέσω προσωπικής συνέντευξης- Ερωτηματολογίου με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά καθώς και της Επισκόπησης Υγείας SF-36. Στην έρευνα συμμετείχαν 887 άτομα. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες που άνηκαν στην ηλικιακή ομάδα 65-69 ετών (55,1%), χήρες/διαζευγμένες (54%) και αναλφάβητες (43,4%). Το 26,6% των αντρών και το 14,4% των γυναικών που συμμετείχαν, δεν έπασχαν από κάποιο χρόνιο νόσημα. Οι πιο συχνές χρόνιες παθήσεις στις γυναίκες ήταν η αρτηριακή υπέρταση, η οστεοπόρωση, η αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιαγγειακή νόσος, ενώ στους άντρες, οι συχνότερες νόσοι ήταν η αρτηριακή υπέρταση, η καρδιαγγειακή νόσος, η αρθρίτιδα, οι διαταραχές της όρασης και οι παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Όσον αφορά τις βαθμολογίες στις κλίμακες της SF-36, το υψηλότερο σκορ σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ήταν στην κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning - SF), ενώ το χαμηλότερο στην ενέργεια/κόπωση (Energy / Fatigue - E). Επίσης, οι ηλικιωμένοι με χρόνια νοσήματα είχαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες της κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας, σε σχέση με τους μη πάσχοντες συνομηλίκους τους.

Οι **Zin T. et al** (2015:35-38) διεξήγαγαν μία συγχρονική έρευνα σε 24 ηλικιωμένα άτομα σε τρία χωριά της αγροτικής περιοχής Sabah, στη Μαλαισία. Οι συμμετέχοντες είχαν ηλικία  $\geq 60$  ετών και η συλλογή των δεδομένων έγινε με προσωπική συνέντευξη χρησιμοποιώντας την Επισκόπηση Υγείας SF-36. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 67,71 έτη, το 95% ήταν αναλφάβητοι, όλοι οι ηλικιωμένοι άνδρες και οι μισές ηλικιωμένες γυναίκες πρόσφατα δεν έμεναν με σύζυγο, το 71% των ανδρών και το 94% των γυναικών δεν κάπνιζαν και μόλις το 29% των ανδρών και το 6% των γυναικών συμμετείχαν σε συλλόγους και οργανώσεις. Όσον αφορά τις πιο κοινές παθήσεις, το 71% των ανδρών και το 65% των γυναικών είχαν αρτηριακή υπέρταση, ενώ το 60% των ανδρών και το 91% των γυναικών ασθενών λάμβανε ήδη κάποια αντιυπερτασική αγωγή. Το 43% των ηλικιωμένων ανδρών και το 71% των γυναικών υπέφεραν από πόνο στα οστά και στις αρθρώσεις / αρθρίτιδα, λαμβάνοντας θεραπευτική αγωγή το ένα τρίτο των ανδρών και οι περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες. Ο γαστρικός πόνος / γαστρίτιδα αναφέρθηκε από το 43% των ανδρών και 77% των γυναικών, ενώ τα δύο τρίτα των ασθενών ακολουθούσαν κάποια θεραπεία. Το 29% των ανδρών και το 71% των γυναικών είχαν προβλήματα όρασης και μόνο το ένα τρίτο των γυναικών

ασθενών είχε λάβει κάποια θεραπεία γι' αυτό. Το 14% των ανδρών και το 41% των γυναικών παρουσίαζαν διαταραχές ακοής, αλλά μόνο το ένα τρίτο των γυναικών ασθενών είχε ακολουθήσει κάποια θεραπεία. Όσον αφορά την HRQoL, οι άνδρες συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες και στις 8 κλίμακες της SF-36 σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Οι τρεις υψηλότερες βαθμολογίες για τους άνδρες ήταν 84,14 για την SF (Social Functioning), 78,57 για την PF (Physical Functioning) και 74,29 για την MH (Mental Health), ενώ οι τρεις χαμηλότερες βαθμολογίες για τις γυναίκες αφορούσαν τον Πόνο (Bodily Pain) 36,76, RP (Role Limitation due to Physical Health) 29,41 και RM (Role Limitation due to Emotional Problems) 17,65. Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψαν αρκετές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, με κυριότερες την συσχέτιση του φύλου και του πόνου σε οστά και αρθρώσεις / αρθρίτιδα και τη θεραπεία τους, με αρκετές κλίμακες της SF-36 (κυρίως με την PF – Physical Functioning- και την SF – Social Functioning-).

Οι **Peters M. et al** (2018:105-108) πραγματοποίησαν επισκοπική μελέτη σε 848 χρήστες -μέσης ηλικίας 67 ετών-, 15 υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Αγγλία, χρησιμοποιώντας την κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D-5L, την Οπτική Αναλογική κλίμακα EQ-VAS (EQ-5D - Visual Analog Scale), η οποία συνιστά μέτρο της συνολικής υγείας, καθώς και το Ερωτηματολόγιο DBIS (Disease Burden Impact Scale), το οποίο επιτρέπει στους συμμετέχοντες να αναφέρουν τις χρόνιες παθήσεις τους και στη συνέχεια να αξιολογούν το βαθμό στον οποίο κάθε νοσηρή κατάσταση επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητές τους. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, ο αριθμός των νοσημάτων που αναφέρθηκαν κυμαινόταν από 2 έως 25, με μέσο όρο 6,5 νοσηρές καταστάσεις ανά συμμετέχοντα. Οι τρεις πιο συχνές παθήσεις ήταν η υπέρταση, τα προβλήματα όρασης και η αύξηση του σωματικού βάρους, ενώ οι σπανιότερες ήταν η σκλήρυνση κατά πλάκας, η διπολική διαταραχή, η ψύχωση και η σχιζοφρένεια. Μόνο 6 (0,7%) συμμετέχοντες δεν ανέφεραν κάποια σωματική νόσο και 514 (60,6%) δεν ανέφεραν κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ οι 328 συμμετέχοντες (38,7%) ανέφεραν συνδυασμό τουλάχιστον μίας σωματικής και μίας ψυχικής νόσου. Η DBIS συσχετίστηκε σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση και την απασχόληση, ενώ ο συνολικός αριθμός των παθήσεων συσχετίστηκε σημαντικά με την απασχόληση και την ηλικία. Συγκεκριμένα, ο αριθμός των σωματικών νοσημάτων συσχετίστηκε σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση, την απασχόληση και την ηλικία. Από την άλλη, ο αριθμός των ψυχικών νόσων ήταν

σημαντικά διαφορετικός για το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την απασχόληση και την ηλικία. Ο αριθμός των σωματικών νοσημάτων ήταν υψηλότερος σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ για τις ψυχικές παθήσεις, η συχνότητα ήταν υψηλότερη σε μικρότερη ηλικία. Η βαθμολογία EQ-5D-5L διέφερε σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την απασχόληση, ενώ η EQ-VAS διέφερε σημαντικά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την απασχόληση και την ηλικία. Οι συμμετέχοντες που ανέφεραν ότι ήταν διαζευγμένοι / ζούσαν χωριστά και εκείνοι που ανέφεραν ότι ήταν μόνιμα άρρωστοι / άτομα με ειδικές ανάγκες σκόραραν χειρότερα από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες. Το μοντέλο που χρησιμοποίησε τη βαθμολογία DBIS ήταν πιο προγνωστικό από εκείνο που χρησιμοποίησε την αρίθμηση των χρόνιων παθήσεων. Οι σημαντικές μεταβλητές στο μοντέλο μέτρησης της νόσου ήταν ο αριθμός των νοσημάτων, το φύλο, η ηλικία, η χηρεία, η μόνιμη ασθένεια ή η αναπηρία, η «άλλη εργασία» (πλήρης ή μερική απασχόληση, ανεργία, οικιακά, εθελοντική ή φιλανθρωπική εργασία) και η εισαγωγή στο νοσοκομείο, ενώ στο μοντέλο της επιβάρυνσης της νόσου, σημαντικές μεταβλητές ήταν η DBIS, το φύλο, η ηλικία, η χηρεία, η μόνιμη ασθένεια ή η αναπηρία, η «άλλη εργασία» και η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

Μία συγχρονική έρευνα υλοποίησαν οι **Liu N. et al** (2020:3,7) σε 424 ηλικιωμένους  $\geq 65$  ετών που διέμεναν μόνοι τους σε 3 πόλεις της επαρχίας Shaanxi, στην Κίνα. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 73,53 έτη, το 59% ήταν γυναίκες και το 67% ήταν παντρεμένοι/ες ή χήροι/ες. Οι ηλικιωμένοι άνδρες είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και να αναφέρουν μεγαλύτερη χρήση αλκοόλ και καπνίσματος από τις γυναίκες. Σχετικά με τα αποτελέσματα της HRQoL, η μέση βαθμολογία της PCS ήταν υψηλότερη της MCS (46 έναντι 42), με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναφέρουν καλύτερη MCS σε σχέση με τους άνδρες συμμετέχοντες. Οι μέσες τιμές στις οκτώ διαστάσεις της SF-36 ήταν όλες σημαντικά χαμηλότερες από εκείνες για τον γενικό πληθυσμό. Τα ηλικιωμένα άτομα που ήταν παντρεμένα ή χήροι/ες ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες MCS και PCS από εκείνους που δεν ήταν ποτέ παντρεμένοι/ες ή διαζευγμένοι/ες. Χαμηλότερες βαθμολογίες MCS αναφέρθηκαν από εκείνους που είχαν λιγότερο από 5 ώρες ύπνου την ημέρα, καθώς και τα άτομα με ιατρικό ιστορικό γαστρεντερικής νόσου, καρκίνου, ασθένειας του ουροποιητικού συστήματος ή με πρόσφατο ιστορικό καταγμάτων. Οι συμμετέχοντες που είχαν αρτηριακή υπέρταση

ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες PCS από τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έπασχαν από υπέρταση.

Οι **Gu J. et al** (2018:9-12) διενέργησαν μία διαχρονική μελέτη διάρκειας 24 μηνών σε 411 ηλικιωμένους  $\geq 60$  ετών που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα στην περιοχή Jiangsu της Κίνας. Η HRQoL αξιολογήθηκε με ένα σύνθετο ερωτηματολόγιο στην αρχή, τον 18<sup>ο</sup> και 24<sup>ο</sup> μήνα της έρευνας. Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 70,93 έτη, με τις γυναίκες να αντιπροσωπεύουν το 54% του δείγματος. Η αρτηριακή υπέρταση ήταν η χρόνια πάθηση με τον υψηλότερο επιπολασμό (48,2%) και ακολουθούσαν ο σακχαρώδης διαβήτης (29,9%), ο καταρράκτης (20,4), η αρθροπάθεια (20%) και οι διαταραχές της ακοής (18,5%). Η πολυνοσηρότητα στους ηλικιωμένους σχετίστηκε αρνητικά με τις διαστάσεις της HRQoL: γενική υγεία, σωματική λειτουργία, ικανότητα αυτοφροντίδας, συναίσθημα και κοινωνική προσαρμοστικότητα. Η ηλικία, το κάπνισμα και η επαρκής σωματική άσκηση παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αρκετές διαστάσεις της HRQoL. Επίσης τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε μία μηνιαία μείωση των βαθμολογιών όλων των διαστάσεων της ποιότητας της ζωής των συμμετεχόντων. Το μοντέλο πολυνοσηρότητας με τον μεγαλύτερο επιπολασμό (33%) ήταν οι καρδιαγγειακές και μεταβολικές διαταραχές (υπέρταση, διαβήτης, στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο, νεφροπάθειες, δυσλιπιδαιμία), ακολουθούμενο από τα μοντέλα των εκφυλιστικών διαταραχών (14,6%) και των πεπτικών / αναπνευστικών διαταραχών (4%). Και τα τρία μοντέλα παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την HRQoL, με τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων σε οποιοδήποτε μοντέλο να είναι χαμηλές σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (εκτός της λειτουργίας της μνήμης) (Πίνακας 6).



**Πίνακας 6: ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ 2<sup>ΟΥ</sup> ΕΙΔΙΚΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ**

Ερευνητές-Χώρα - Χρονολογία	Τίτλος	Σκοπός	Μεθοδολογία	Δείγμα	Αποτελέσματα
I.Forjaz M.J., et al. Ισπανία 2015	<i>‘Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain’.</i>	Η ανάλυση των σχέσεων μεταξύ χρόνιων παθήσεων, αναπηρίας και QoL ηλικιωμένων ενηλίκων με πολυνοσηρότητα στην Ισπανία.	Ποσοτική Συγχρονική (αναδρομικός σχεδιασμός)  Λίστα ελέγχου για τις χρόνιες παθήσεις  Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής (EQ-5D-3L, EQ-5D-5L, PWI - Personal Wellbeing Index).  Εργαλεία μέτρησης της αναπηρίας (Barthel Index, Specific disability measure -24 items, Specific disability measure -27 items).	Ηλικιωμένοι ενήλικες ηλικίας $\geq$ 65 ετών, με τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις, μέσω τριών μελετών κοορτής στην Ισπανία (705, 443 και 4.995 άτομα ανά κοορτή, αντίστοιχα).	Το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία ήταν από 10%-51,25% στις τρεις κοορτές, ενώ ο μέσος αριθμός προβλημάτων υγείας ανά άτομο ήταν 4,08-5,70. Ο επιπολασμός κάθε χρόνιας κατάστασης ποικίλει μεταξύ των τριών κοορτών. Οι πιο συχνές ήταν οι οστεοαρθρικές διαταραχές (67,80%), ακολουθούμενες από την αρτηριακή υπέρταση (50,64%-60,03%), το σακχαρώδη διαβήτη (20,0-24,0%), τον καρκίνο (3,55-13,92%) και το εγκεφαλικό επεισόδιο (0,20-4,46%). Η αναπηρία ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου χαμηλότερης ποιότητας ζωής, ενώ οι οστεοαρθρικές διαταραχές και η ψυχική υγεία ήταν σημαντικοί, συνεπείς και ισχυροί παράγοντες κινδύνου χαμηλότερης ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους.

<p>2. Kumar D. &amp; Shankar H.</p> <p>Varanasi, Ινδία</p> <p>2018</p>	<p><i>'Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life among Elderly People of Rural Varanasi Dhananjay'</i>.</p>	<p>Η αξιολόγηση του μεγέθους κοινών χρόνιων παθήσεων μεταξύ των ηλικιωμένων, η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και σύγκριση της ποιότητας ζωής των ασθενών ηλικιωμένων με μη άρρωστα ηλικιωμένα άτομα.</p>	<p>Ποσοτική</p> <p>Συγχρονική</p> <p>Ημιδομημένο ερωτηματολόγιο χωρισμένο σε τέσσερα μέρη (κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία, λεπτομερές ιστορικό για το προφίλ υγείας των ερωτηθέντων, ανθρωπομετρικές μετρήσεις και κλινικές εξετάσεις -ύψος, βάρος, δείκτης μάζας σώματος και μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και του σακχάρου στο αίμα-).</p> <p>Κλίμακα WHOQoL-BREF.</p>	<p>402 ηλικιωμένα άτομα που ζούσαν στην αγροτική κοινότητα Varanasi στη βορειοανατολική Ινδία.</p>	<p>Ο επιπολασμός του μυοσκελετικού προβλήματος, της υπέρτασης, του καταρράκτη, του διαβήτη, του εγκεφαλικού επεισοδίου και του καρκίνου ήταν 56%, 34,1%, 25,4%, 6,7%, 2% και 0,7% αντίστοιχα στο γηριατρικό πληθυσμό. Το συνολικό σκορ για την ποιότητα ζωής ήταν 60,69 σε κλίμακα 0-100. Η μέση βαθμολογία ήταν 59,16 - 59,14-63.25 και 61.20 για σωματικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και περιβαλλοντικό τομέα αντίστοιχα. Η νόσος ήταν αρκετά σημαντική σε όλους τους τομείς της QoL με το μέγιστη επίδραση στο σωματικό τομέα.</p>
<p>3. Somrongthong R., et al.</p> <p>Ταϊλάνδη</p> <p>2016</p>	<p><i>'The Influence of Chronic Illness and Lifestyle Behaviors on Quality of Life among Older Thais'</i>.</p>	<p>Η εκτίμηση της επίδρασης της χρόνιας ασθένειας, του καπνίσματος και της χρήσης αλκοόλ στην ποιότητα ζωής μεταξύ των ηλικιωμένων της Ταϊλάνδης.</p>	<p>Ποσοτική</p> <p>Συγχρονική</p> <p>Τέσσερα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς συμπληρώθηκαν με μία προσωπική συνέντευξη των συμμετεχόντων (με</p>	<p>1.278 ηλικιωμένοι σε τρεις κοινότητες, που επιλέχθηκαν από τις περιοχές της βόρειας, βορειοανατολικής και κεντρικής Ταϊλάνδης.</p>	<p>Δεν φαίνεται να υπάρχει σχέση μεταξύ χρόνιων παθήσεων και ποιότητας ζωής. Οι ηλικιωμένοι που έπιναν αλκοόλ το παρόν χρονικό διάστημα, είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να έχουν υψηλή ποιότητα ζωή και να δεχτούν το θάνατο και αυτό βελτίωσε την ποιότητα της ζωής τους (με καθοριστικό το ρόλο της κοινωνικής αλληλεπίδρασης κατά την κατανάλωση αλκοόλ).</p>

			κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, αυτοεκτιμώμενη υγεία, συνήθειες καπνίσματος και ποτού).  Εργαλείο μέτρησης για την ποιότητα ζωής ηλικιωμένων WHOQoL-OLD.		
4. Ijoma, U. N., et al. Νιγηρία 2019	<i>'Health-related quality of life in people with chronic diseases managed in a low-resource setting— A study from South East Nigeria'</i> .	Η αξιολόγηση της HRQoL των συμμετεχόντων με σακχαρώδη διαβήτη (DM), λοίμωξη από τον ιό ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV) και τον καρκίνο σε ένα νοσοκομείο με περιορισμένους πόρους και διερεύνηση των σχετικών παραγόντων.	Ποσοτική Συγχρονική  Εργαλείο μέτρησης WHOQoL-BREF.	613 εξωτερικοί ασθενείς ( το 75% των οποίων > 56 ετών) του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της Νιγηρίας, Enugu, (120 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη με τουλάχιστον μία χρόνια επιπλοκή της νόσου, 389 άτομα με μόλυνση από τον ιό ανοσοανεπάρκειας (HIV) με ενεργή αντιρετροϊκή θεραπεία και 104 άτομα με διάφορες μορφές καρκίνου).	Η πλειοψηφία (67,9%) κέρδιζε λιγότερα από 1 \$ την ημέρα και μόνο το 7,5% είχε οποιαδήποτε μορφή ασφάλισης υγείας. Η ομάδα του HIV είχε υψηλότερες βαθμολογίες QoL. Η νεότερη ηλικία, η υψηλότερη εκπαιδευτική κατάσταση, η απασχόληση και η παροχή φροντίδας από φροντιστή συσχετίστηκαν θετικά με υψηλότερη QoL. Οι ασθενείς χωρίς συννοσηρότητες (76,6%) είχαν συνολικά υψηλότερη βαθμολογία QoL. Οι άμεσες πληρωμές από τους ασθενείς φαίνεται να επηρεάζουν αρνητικά την παροχή υγειονομικής φροντίδας και τη συνολική αντιληπτή ποιότητα ζωής.

<p>5. Cwirlej-Sozańska, A., et al.</p> <p>Νοτιοανατολική Πολωνία</p> <p>2018</p>	<p><i>'Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland'</i></p>	<p>Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και των βασικών καθοριστικών παραγόντων της για τους ηλικιωμένους που ζουν σε αγροτικές περιοχές της νοτιοανατολικής Πολωνίας.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Ερωτηματολόγιο (με προσωπικά χαρακτηριστικά και στοιχεία για την υγεία).</p> <p>Εργαλείο μέτρησης WHOQoL-BREF.</p>	<p>73 ερωτηθέντες ηλικίας 60-80 ετών που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές της νοτιοανατολικής Πολωνίας (Περιφέρεια Podkarpackie).</p>	<p>Όλοι οι τομείς ποιότητας ζωής που αξιολογήθηκαν ήταν πάνω από τις μέσες τιμές της κλίμακας. Οι υψηλότερες τιμές βρέθηκαν στον κοινωνικό τομέα (67,35±17,31) και οι χαμηλότερες τιμές στο σωματικό τομέα (58,74±14,80). Όλες οι τιμές ποιότητας ζωής μειώθηκαν με την αύξηση της ηλικίας και την αύξηση του αριθμού των χρόνιων ασθενειών του ατόμου. Υψηλότερη ποιότητα ζωής βρέθηκε σε άτομα που ήταν σωματικά και κοινωνικά δραστήρια.</p>
<p>6. Parker L., et al</p> <p>Ηνωμένο Βασίλειο</p> <p>2014</p>	<p><i>'The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community-dwelling population in the UK'</i></p>	<p>Διερεύνηση των επιπτώσεων ορισμένων κοινών χρόνιων ασθενειών στη HRQoL σε ηλικιωμένους πληθυσμούς που ζουν ανεξάρτητα στην κοινότητα ηλικίας ≥ 65.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Κατάσταση καπνίσματος.</p> <p>Κατάσταση παρουσίας όλων των σημαντικών τρεχουσών ιατρικών διαγνώσεων.</p> <p>Εργαλείο μέτρησης EuroQoL EQ-5D.</p> <p>Κλίμακα άγχους και κατάθλιψης νοσοκομείου (HADS).</p>	<p>Δευτερογενής ανάλυση δεδομένων που προέρχονται από μια μεγάλη (n = 5.849) μελέτη διατομής ηλικιωμένων ατόμων στο Η.Β.</p>	<p>Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 74,6 έτη και το 49,2% ήταν άνδρες. Η μέση βαθμολογία του δείκτη EQ-5D ήταν 0,78. Συνολικά, το 53% (n=3.078) της κοόρτης ανέφερε προβλήματα με πόνο, 39% (n=2.273) με κινητικότητα και 9% (n=529) με αυτοφροντίδα. Η εξασθενημένη HRQoL συσχετίστηκε σημαντικά με 13 από τις 15 κοινές χρόνιες παθήσεις που μελετήθηκαν. Παρατηρήθηκαν κλινικά σημαντικές μειώσεις στις βαθμολογίες του δείκτη EQ-5D για οστεοαρθρίτιδα, νευρολογική νόσο και κατάθλιψη.</p>

<p>7. Renne, I., &amp; Gobbens, R. J.</p> <p>Ολλανδία</p> <p>2018</p>	<p><i>'Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: a cross-sectional study'</i></p>	<p>Ο προσδιορισμός των συσχετίσεων μεταξύ της ασθενικότητας (frailty) και της πολυνοσηρότητας αφενός, και της ποιότητας ζωής, αφετέρου, στους ηλικιωμένους που διαβιούν στην κοινότητα.</p>	<p>Ποσοτική</p> <p>Συγχρονική</p> <p>Δείκτης Αδυναμίας Tilburg (Tilburg Frailty Indicator, TFI).</p> <p>Εργαλείο μέτρησης WHOQoL-OLD.</p>	<p>241 ηλικιωμένοι (≥ 70 ετών) που παρακολουθούνταν από ένα γενικό ιατρό στην Ολλανδία.</p>	<p>Η αρθροπάθεια ήταν η πιο κοινή χρόνια νόσος (39,8%). Ο επιπολασμός της αδυναμίας στο δείγμα ήταν 32,8%. Συννοσηρότητα υπήρχε στο 30,3% των συμμετεχόντων. Τα ασθενικά άτομα σημείωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής. Η συννοσηρότητα συσχετίστηκε σημαντικά με τις πέντε από τις έξι πτυχές της ποιότητας ζωής, εμφανίζοντας τον ισχυρότερο συσχετισμό με την κοινωνική συμμετοχή, ενώ δεν συσχετίστηκε μόνο με την πτυχή του θανάτου (Death and Dying) της ποιότητας ζωής.</p>
---	--	---	---	---	--

<p>8.Wikman A., et al. Αγγλία 2011</p>	<p><i>'Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study'</i>.</p>	<p>Η σύγκριση της γενικής QoL και της συναισθηματικής ευεξίας σε μεσήλικες και ηλικιωμένους με οκτώ χρόνιας ασθένειες.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Η γενική QoL αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το CASP-19.</p> <p>Η ευτυχία αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας δύο στοιχεία που αντλήθηκαν από το GHQ-1.</p> <p>Η κατάθλιψη μετρήθηκε με το CES-D.</p>	<p>11.523 άτομα ηλικίας <math>\geq 50</math> ετών, που συμμετείχαν στο κύμα 1 της Αγγλικής Διαχρονικής Μελέτης της Γήρανσης.</p>	<p>Οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (75–79 και 80+ έτη) είχαν σημαντικά χαμηλότερα σκορ ποιότητας ζωής από τις νεότερες ηλικιακές ομάδες, οι γυναίκες είχαν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες (42,75 έναντι 42,21), καθώς και όσοι είχαν καλύτερη οικονομική κατάσταση παρουσίασαν βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Όσον αφορά τα χρόνια νοσήματα, η οστεοαρθρίτιδα ήταν το πιο συνηθισμένο νόσημα (18,9%), ακολουθούμενο από τη στεφανιαία νόσο (12,3%), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και τον καρκίνο, που ήταν οι λιγότερο συχνές καταστάσεις (4,4% και 5,9%, αντίστοιχα). Υπήρξε σημαντικά μειωμένη ποιότητα ζωής για καθένα από τα οκτώ χρόνια νοσήματα σε σχέση με τη μη παρουσία χρόνιας νοσηρής κατάστασης. Οι έχοντες υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο είχαν τη φτωχότερη ποιότητα ζωής, ακολουθούμενο από τη χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια, τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τη στεφανιαία νόσο.</p>
--	--	--	---	--	---

<p>9. Kosilov K., et al. Ιαπωνία, Ρωσία 2019</p>	<p><i>'The impact of variable factors on the Health-Related Quality of Life in the elderly in Japan and Russia'.</i></p>	<p>Η μελέτη των επιπτώσεων των κοινωνικοοικονομικών, δημογραφικών παραγόντων και της πολυνοσηρότητας στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) σε ηλικιωμένους από την Ιαπωνία και τη Ρωσία.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική  Ερωτηματολόγιο SF-36v2.  Το επίπεδο πολυνοσηρότητας μελετήθηκε χρησιμοποιώντας το CIRS-G (Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics).  Με το MMSE (Mini Mental State Examination) αξιολογήθηκαν οι γνωστικές ικανότητες.</p>	<p>217 άτομα από την Ιαπωνία και 220 από τη Ρωσία, με ηλικιακό εύρος τα 65-95 έτη, με βάση τα 'Σπίτια Επικοινωνίας για Ηλικιωμένους' στις περιοχές Bunkyo και Toshima στο Τόκιο, καθώς και τρεις 'Δομές Πρόληψης και Αποκατάστασης για Ηλικιωμένους' στην περιοχή Vladivostok στη Ρωσία.</p>	<p>Οι μεγαλύτεροι Ιάπωνες είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες σωματικής υγείας σε σύγκριση με τους νεότερους, ενώ μεταξύ του μεγαλύτερου και του νεότερου Ρώσου ηλικιωμένου δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές. Ωστόσο, η μέση βαθμολογία σωματικής λειτουργίας των Ιαπώνων ήταν υψηλότερη από των συνομηλίκων τους Ρώσων. Τόσο στην Ιαπωνία όσο και στη Ρωσία, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα εκτιμούν σημαντικά χειρότερα το επίπεδο της ψυχικής τους υγείας. Λαμβάνοντας υπόψη τη συνεισφορά όλων των μεταβλητών στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, η οικογενειακή κατάσταση, η οικονομική κατάσταση, η ηλικία, η διαβίωση με συγγενείς και ο αριθμός των ασθενειών εξακολουθούν να αποτελούν σημαντικούς παράγοντες επιρροής τόσο των Ιαπώνων, όσο και των Ρώσων.</p>
<p>10. Preto O., et al. Πορτογαλία 2016</p>	<p><i>'Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care'.</i></p>	<p>Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ασθένεια και κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική  Επισκόπηση Υγείας SF-12.</p>	<p>28 ηλικιωμένοι - χρήστες Μονάδας Οικογενειακής Υγείας στο Δήμο Viseu, στην Πορτογαλία,</p>	<p>Η πιο συχνή χρόνια ασθένεια ήταν η υπέρταση (59,9%). Οι γυναίκες ασθενείς με χρόνια ασθένεια ανέφεραν χειρότερη σωματική λειτουργικότητα, σωματικό και συναισθηματικό ρόλο, αυξημένο σωματικό πόνο, αλλά καλύτερη ποιότητα ζωής σχετικά με τη γενική υγεία. Οι άνδρες ασθενείς εμφάνισαν χειρότερο σωματικό ρόλο, αυξημένο σωματικό πόνο και ζωτικότητα. Οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές που</p>

					συσχετίστηκαν με την ποιότητα ζωής ήταν η περιοχή διαμονής, τα ακαδημαϊκά προσόντα και η εργασιακή κατάσταση.
11.Xing, H., et al. Shaoxing, Κίνα 2015	<i>'Evaluate health-related quality of life among urban elders in different living environments'</i> .	Η αξιολόγηση και σύγκριση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) σε ηλικιωμένους που ζούσαν με διαφορετικό τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της διαμονής στο σπίτι με τον σύζυγο ή το παιδί, τη διαμονή στο σπίτι μόνος/η και τη διαμονή σε γηροκομείο.	Ποσοτική Συγχρονική  Επισκόπηση Υγείας SF-36.	95 ηλικιωμένοι που έμεναν στο σπίτι με σύζυγο ή παιδί, 43 ηλικιωμένοι μόνι στο σπίτι και 93 ηλικιωμένοι σε γηροκομείο.	Οι βαθμολογίες σωματικής συνιστώσας (PCS) και ψυχικής συνιστώσας (MCS) της HRQoL ήταν χαμηλότερες σε εκείνους που ζούσαν σε γηροκομείο από εκείνους που ζούσαν στα σπίτια τους. Οι βαθμολογίες PCS και MCS για τους ηλικιωμένους (άνω των 75 ετών) ήταν χαμηλότερες σε σύγκριση με τους νεότερους ηλικιωμένους (60-74 ετών). Οι βαθμολογίες PCS και MCS για ηλικιωμένους που είχαν περιορισμένη ικανότητα αυτοφροντίδας ήταν χαμηλότερες σε σύγκριση με την πλήρη ικανότητα αυτοφροντίδας. Υπήρχε μια θετική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού της εβδομαδιαίας σωματικής άσκησης και των PCS και MCS.
12.Patinan, S., et al. Guilan, Ιράν 2017	<i>'The relationship between chronic diseases and quality of life of elderly residing in nursing homes across Guilan'</i> .	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ χρόνιων ασθενειών και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που κατοικούν σε γηροκομεία σε όλη την επαρχία Guilan του Ιράν.	Ποσοτική Συγχρονική  Επισκόπηση Υγείας SF-36.	180 ηλικιωμένοι που κατοικούν σε γηροκομεία σε όλη την επαρχία της Guilan.	Το 60% των ηλικιωμένων είχαν υψηλό σκορ ποιότητας ζωής (>50), με μέση βαθμολογία ποιότητας ζωής 62,6 (±25,30). Η υψηλότερη βαθμολογία ήταν εκείνη του σωματικού πόνου και η χαμηλότερη αυτή της σωματικής λειτουργικότητας. Η μελέτη ανέδειξε μία γραμμική σχέση με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης μεταξύ ηλικίας και ποιότητας ζωής, καθώς και μεταξύ αριθμού χρόνιων ασθενειών και



					ποιότητας ζωής, ενώ βρέθηκε και μία σημαντική σχέση μεταξύ ποιότητας ζωής και οικογενειακής κατάστασης.
13. Aghamolaei T., et al.  Bandar Abbas, Ιράν  2010	<i>'Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study'</i> .	Η εξέταση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στο Bandar Abbas, του Ιράν.	Ποσοτική  Συγχρονική  Επισκόπηση Υγείας SF-36.	1.000 ηλικιωμένοι ηλικίας $\geq 60$ ετών που διαβίουν ανεξάρτητα στην περιοχή Bandar Abbas, στο Ιράν.	Η ηλικία $\geq 75$ ετών θα μπορούσε να αυξήσει τον κίνδυνο χαμηλότερης βαθμολογίας σωματικής και ψυχικής συνιστώσας της SF-36, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες. Παρόμοια, η πάθηση από χρόνιες ασθένειες θα μπορούσε να μειώσει ξεχωριστά τη σωματική και ψυχική βαθμολογία της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες και οι αναλφάβητοι ηλικιωμένοι σε σύγκριση με τους εγγράμματους είναι πιο πιθανό να αντιλαμβάνονται χειρότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία, ιδίως στη σωματική διάσταση.
14. Lima M. G., et al.  Sao Paulo, Βραζιλία  2009	<i>'Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study'</i> .	Η αξιολόγηση της επίδρασης των συχνότερων χρόνιων ασθενειών στην ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία.	Ποσοτική  Συγχρονική  Επισκόπηση Υγείας SF-36.	1.958 άτομα ηλικίας $\geq 60$ ετών που διαβίουν ανεξάρτητα στην κοινότητα.	Για όλες τις νοσηρότητες, σχεδόν σε όλες τις κλίμακες, οι μέσες βαθμολογίες, προσαρμοσμένες για το φύλο και την ηλικία, ήταν σημαντικά χαμηλότερες μεταξύ των ατόμων που ανέφεραν ότι πάσχουν από χρόνια ασθένεια, με κάποιες εξαιρέσεις. Η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε περισσότερο μεταξύ των ασθενών που ανέφεραν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, σημειώνοντας τις χαμηλότερες βαθμολογίες σε πέντε από τις οκτώ

					κλίμακες της SF-36. Οι κλίμακες που επηρεάστηκαν λιγότερο ήταν ο συναισθηματικός ρόλος και η κοινωνική λειτουργικότητα σε όλες τις νοσηρότητες, εκτός από το αγγειακό εγκεφαλικό και την κατάθλιψη / άγχος. Από την άλλη, οι κλίμακες που επηρεάστηκαν περισσότερο ήταν ο σωματικός πόνος, η γενική υγεία και η ζωτικότητα.
15. Jindai K., et al.  Oregon, Η.Π.Α.  2016	<i>'Multimorbidity and Functional Limitations Among Adults 65 or Older, NHANES 2005–2012'</i> .	Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ πολυνοσηρότητας και λειτουργικών περιορισμών μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων που ζουν στην κοινότητα και των παραγόντων που τροποποιούν τη σχέση αυτή.	Ποσοτική Συγχρονική  Ερωτηματολόγιο NHANES με 19 στοιχεία (για την αξιολόγηση της λειτουργικής κατάστασης).	4.555 άτομα ηλικίας ≥ 65 ετών, χρησιμοποιώντας δεδομένα από το National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) από το 2005 έως το 2012.	Ο επιπολασμός της πολυνοσηρότητας σε αυτόν τον πληθυσμό ήταν 67%. Κάθε επιπρόσθετη νοσηρή κατάσταση συσχετίστηκε με αύξηση του αριθμού των λειτουργικών περιορισμών και η συσχέτιση αυτή ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας ≥ 75 ετών από ό, τι μεταξύ αυτών ηλικίας 65 έως 74 ετών. Για όσους είχαν ηλικία 65 έως 74 ετών, κάθε επιπλέον χρόνο πάθησης συσχετίστηκε με 1,35 φορές τον αριθμό των λειτουργικών περιορισμών για τους άνδρες και 1,62 φορές τον αριθμό των λειτουργικών περιορισμών για τις γυναίκες. Για αυτούς ηλικίας ≥ 75 ετών, οι συσχετίσεις αυξήθηκαν σε 1,71 για τους άνδρες και 2,06 για τις γυναίκες για κάθε επιπρόσθετη χρόνια κατάσταση.
16. Yu T., et al.  Ταϊβάν	<i>'Gender differences and burden of chronic conditions: impact on quality of life among the elderly in Taiwan'</i> .	Η διερεύνηση των διαφορών μεταξύ των φύλων στις χρόνιες παθήσεις και η QoL μεταξύ των ηλικιωμένων	Ποσοτική Συγχρονική  Κατάσταση με χρόνια νοσήματα.	1.179 ηλικιωμένοι στην Ταϊβάν, χρησιμοποιώντας δεδομένα από το National Health and Nutrition and Health	Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν 73 ετών, με τις γυναίκες να είναι ελαφρώς νεότερες. Ο μέσος όρος της βαθμολογίας των συστατικών της σωματικής και ψυχικής υγείας SF-36 (PCS και MCS)

2019		που ζουν στην Ταϊβάν, καθώς και η εξέταση εάν οι διαφορές στην QoL μεταξύ των φύλων, εφόσον υπάρχουν, οφείλονται στην κατανομή των χρόνιων παθήσεων.	Επισκόπηση Υγείας SF-36.	Survey (NAHSIT) από το 2005 έως το 2008.	ήταν 44,5 και 55,6, αντίστοιχα, και οι γυναίκες ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερη PCS από τους άνδρες. Η ακράτεια ούρων, η αρθρίτιδα, το εγκεφαλικό επεισόδιο και οι νεφροπάθειες συσχετίστηκαν με μια κλινικά σημαντική μείωση του PCS (6,5 βαθμών).
17. Canbaz S., et al. Samsun, Τουρκία 2002	<i>'The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun'.</i>	Η αξιολόγηση των χρόνιων ασθενειών και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στο Samsun της Τουρκίας.	Ποσοτική Συγχρονική Ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Επισκόπηση Υγείας SF-36.	887 ηλικιωμένα άτομα από 8 τυχαία επιλεγμένες Μονάδες Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στη Samsun.	Οι πιο συχνές χρόνιες παθήσεις στις γυναίκες ήταν η αρτηριακή υπέρταση, η οστεοπόρωση, η αρθρίτιδα, ο σακχαρώδης διαβήτης και η καρδιαγγειακή νόσος, ενώ στους άντρες, οι συχνότερες νόσοι ήταν η αρτηριακή υπέρταση, η καρδιαγγειακή νόσος, η αρθρίτιδα, οι διαταραχές της όρασης και οι παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος. Όσον αφορά τις βαθμολογίες στις κλίμακες της SF-36, το υψηλότερο σκορ σε όλες τις ηλικιακές ομάδες ήταν στην κοινωνική λειτουργικότητα (Social Functioning-SF), ενώ το χαμηλότερο στην ενέργεια/κόπωση (Energy/ Fatigue-E).
18. Zin T., et al. Sabah, Μαλαισία 2015	<i>'A study on health-related quality of life and comorbidity among elderly population in rural Sabah, Malaysia'.</i>	Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, της συννοσηρότητας και του κοινωνικοδημογραφικού προφίλ των ηλικιωμένων στην κοινότητα.	Ποσοτική Συγχρονική Ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά. Επισκόπηση Υγείας SF-36.	24 ηλικιωμένα άτομα σε τρία χωριά της αγροτικής περιοχής Sabah, στη Μαλαισία.	Το 71% των ανδρών και το 65% των γυναικών είχαν αρτηριακή υπέρταση, ενώ το 60% των ανδρών και το 91% των γυναικών ασθενών λάμβανε ήδη κάποια αντιπερτασική αγωγή. Το 43% των ηλικιωμένων ανδρών και το 71% των γυναικών υπέφεραν από πόνο στα οστά και στις αρθρώσεις/αρθρίτιδα, λαμβάνοντας θεραπευτική αγωγή το ένα τρίτο των ανδρών και οι περισσότερες ηλικιωμένες

					<p>γυναίκες. Οι άνδρες συγκέντρωσαν υψηλότερες βαθμολογίες και στις 8 κλίμακες της SF-36 σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Προέκυψαν αρκετές στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, με κυριότερες την συσχέτιση του φύλου και του πόνου σε οστά και αρθρώσεις/αρθρίτιδα και τη θεραπεία τους, με αρκετές κλίμακες της SF-36.</p>
<p>19. Peters M., et al.</p> <p>Αγγλία</p> <p>2018</p>	<p><i>'Quality of life and burden of morbidity in primary care users with multimorbidity'</i>.</p>	<p>Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής, ο αριθμός των ασθενειών και το βάρος της συννοσηρότητας σε ασθενείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και κατά πόσο μία αρίθμηση των ασθενειών ή ένας βαθμός φόρτισης της συννοσηρότητας είναι πιο προγνωστικός για την ποιότητα ζωής.</p>	<p>Ποσοτική</p> <p>Συγχρονική</p> <p>Κλίμακα ποιότητας ζωής EQ-5D-5L.</p> <p>Οπτική Αναλογική κλίμακα EQ-VAS (EQ-5D - Visual Analog Scale) (συνιστά μέτρο της συνολικής υγείας).</p> <p>Ερωτηματολόγιο DBIS (Disease Burden Impact Scale) (επιτρέπει στους συμμετέχοντες να αναφέρουν τις χρόνιες παθήσεις τους και στη συνέχεια να αξιολογούν το βαθμό στον οποίο κάθε νοσηρή κατάσταση επηρεάζει τις καθημερινές δραστηριότητές τους).</p>	<p>Σε 848 χρήστες, μέσης ηλικίας 67 ετών, 15 υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Αγγλία.</p>	<p>Ο αριθμός των νοσημάτων που αναφέρθηκαν κυμαινόταν από 2 έως 25, με μέσο όρο 6,5 νοσηρές καταστάσεις ανά συμμετέχοντα. Οι τρεις πιο συχνές παθήσεις ήταν η υπέρταση, τα προβλήματα όρασης και η αύξηση του σωματικού βάρους. Μόνο 6 (0,7%) συμμετέχοντες δεν ανέφεραν κάποια σωματική νόσο και 514 (60,6%) δεν ανέφεραν κάποια ψυχική διαταραχή, ενώ οι 328 συμμετέχοντες (38,7%) ανέφεραν συνδυασμό τουλάχιστον μίας σωματικής και μίας ψυχικής νόσου. Η DBIS σχετίστηκε σημαντικά με την οικογενειακή κατάσταση και την απασχόληση, ενώ ο συνολικός αριθμός των παθήσεων σχετίστηκε σημαντικά με την απασχόληση και την ηλικία. Ο αριθμός των σωματικών νοσημάτων ήταν υψηλότερος σε μεγαλύτερη ηλικία, ενώ για τις ψυχικές παθήσεις, η συχνότητα ήταν υψηλότερη σε μικρότερη ηλικία. Η βαθμολογία EQ-5D-5L διέφερε σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την απασχόληση, ενώ η EQ-VAS διέφερε σημαντικά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την απασχόληση και την ηλικία.</p>

<p>20. Liu N., et al. Shaanxi, Κίνα 2020</p>	<p><i>'Health-related quality of life among elderly individuals living alone in an urban area of Shaanxi Province, China: a cross-sectional study'</i>.</p>	<p>Η περιγραφή της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL), τις διαφορές φύλου στην HRQoL και παράγοντες που επηρεάζουν την HRQoL των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους σε αστικές περιοχές της επαρχίας Shaanxi της Κίνας.</p>	<p>Ποσοτική Συγχρονική</p> <p>Ερωτηματολόγιο με κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά.</p> <p>Ερωτηματολόγιο για συλλογή δεδομένων για παράγοντες του τρόπου ζωής (πληροφορίες σχετικά με τις συνήθειες καπνίσματος, την κατανάλωση αλκοόλ, τη σωματική άσκηση και τον ύπνο).</p> <p>Επισκόπηση Υγείας SF-36.</p>	<p>Σε 424 ηλικιωμένους <math>\geq 65</math> ετών που διέμεναν μόνοι τους σε 3 πόλεις της επαρχίας Shaanxi, στην Κίνα.</p>	<p>Οι μέσες τιμές στις οκτώ διαστάσεις της SF-36 ήταν όλες σημαντικά χαμηλότερες από εκείνες για το γενικό πληθυσμό. Τα ηλικιωμένα άτομα που ήταν παντρεμένα ή χήροι/ες ανέφεραν σημαντικά μεγαλύτερες βαθμολογίες MCS και PCS από εκείνους που δεν ήταν ποτέ παντρεμένοι/ες ή διαζευγμένοι/ες. Χαμηλότερες βαθμολογίες MCS αναφέρθηκαν από εκείνους που είχαν λιγότερο από 5 ώρες ύπνου την ημέρα, καθώς και από τα άτομα με ιατρικό ιστορικό γαστρεντερικής νόσου, καρκίνου, ασθένειας του ουροποιητικού συστήματος ή με πρόσφατο ιστορικό καταγμάτων. Οι συμμετέχοντες που είχαν αρτηριακή υπέρταση ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες PCS από τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έπασχαν από υπέρταση.</p>
<p>21. Gu J., et al. Jiangsu, Κίνα 2017</p>	<p><i>'Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study'</i>.</p>	<p>Η διερεύνηση του αντίκτυπου της πολυνοσηρότητας στην ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (HRQoL) των ηλικιωμένων.</p>	<p>Ποσοτική Διαχρονική</p> <p>Πολυδιάστατη κλίμακα της HRQoL που μετρήθηκε κατά την έναρξη, 18 και 24 μήνες μετά την έναρξη της έρευνας.</p>	<p>Σε 411 ηλικιωμένους <math>\geq 60</math> ετών που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα της περιοχής Jiangsu της Κίνας.</p>	<p>Η αρτηριακή υπέρταση ήταν η χρόνια πάθηση με τον υψηλότερο επιπολασμό (48,2%) και ακολουθούσαν ο σακχαρώδης διαβήτης (29,9%), ο καταρράκτης (20,4), η αρθροπάθεια (20%) και οι διαταραχές της ακοής (18,5%). Η πολυνοσηρότητα στους ηλικιωμένους σχετίστηκε αρνητικά με αρκετές διαστάσεις της HRQoL. Η ηλικία, το κάπνισμα και η επαρκής σωματική άσκηση παρουσίασαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με αρκετές διαστάσεις της HRQoL. Επίσης, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι υπήρχε μία μηνιαία μείωση των βαθμολογιών όλων</p>

					των διαστάσεων της ποιότητας της ζωής των συμμετεχόντων, ενώ ο μοντέλο πολυνοσηρότητας με τον μεγαλύτερο επιπολασμό (33%) ήταν οι καρδιαγγειακές και μεταβολικές διαταραχές.
--	--	--	--	--	--

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

#### 3.1 ΗΛΙΚΙΑ

Από την έρευνα που διεξήγαγαν οι Kumar D. & Shankar H. (2018:2), σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα σε αγροτική κοινότητα στη βορειοανατολική Ινδία, προέκυψε ότι καθώς η ηλικία των ατόμων αυξανόταν, η συνολική ποιότητα ζωής μειωνόταν και αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό. Παράλληλα, οι Cwirlez – Sozanska A.B. et al (2018: 542) οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές στη νοτιοανατολική Πολωνία, μειωνόταν σημαντικά με την πάροδο της ηλικίας στο σωματικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα, καθώς και στην υποκειμενική συνολική ποιότητα ζωής και τη γενική υγεία. Επίσης, οι Aguamolaie T. et al (2008:187), αναφέρουν πως βρήκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, σε ηλικιωμένους ασθενείς στο Ιράν, σε όλες τις κλίμακες SF-36 της HRQoL, εκτός από την κλίμακα περιορισμοί ρόλου εξαιτίας συναισθηματικών προβλημάτων. Τέλος, οι Kosilov K. et al (2019:4) στη συγκριτική τους ανάλυση για την HRQoL των ηλικιωμένων με χρόνιες νόσους στην Ιαπωνία και τη Ρωσία, διαπίστωσαν πως η ηλικία συνιστά σημαντικό παράγοντα χαμηλότερης βαθμολογίας τόσο της σωματικής όσο και της ψυχικής υγείας και στους δύο πληθυσμούς. Σε παρόμοια αποτελέσματα για την δυσμενή επίδραση της αύξησης της ηλικίας στην ποιότητα της ζωής κατέληξαν και οι Parker L. et al (2014:560), Wikman A. et al (2011:3), Xing H. et al (2015), Patinan S. et al (2017:3), Wang R. et al (2006:5) και Prazeres F. & Santiago L. (2016:5).

Είναι γεγονός ότι ο αντίκτυπος της ηλικίας στην ποιότητα της ζωής είναι αξιοσημείωτος, καθώς τα προβλήματα υγείας γίνονται όλο και πιο σοβαρά με την πάροδο των χρόνων (Wang R. et al, 2008:7). Εξάλλου, η διαδικασία της βιολογικής γήρανσης περιλαμβάνει δομικές και λειτουργικές αλλαγές που συσσωρεύονται σταδιακά με την αύξηση της ηλικίας (Rodrigues I.G. et al, 2013:54). Αναμφίβολα, οι μεγαλύτεροι ασθενείς εμφανίζουν συχνότερα δυσάρεστα συμπτώματα, τα οποία επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής τους, λόγω μεγαλύτερων περιορισμών στη δραστηριότητα, υψηλότερων κοινωνικών επιπτώσεων αλλά και χειρότερης φυσικής κατάστασης (Παπαγεωργίου Δ. κ.ά., 2017:59, Fanzipour F. et al, 2016:70).

### 3.2 ΦΥΛΟ

Οι Liu N. et al (2020:10), στη μελέτη τους σε ηλικιωμένους ασθενείς σε αστική περιοχή της Κίνας, βρήκαν πως οι γυναίκες αναφέρουν καλύτερη ψυχική υγεία και αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό, αποδίδοντας αυτό το εύρημα στο γεγονός ότι οι γυναίκες στην Κίνα είναι οι πρωταρχικά υπεύθυνες για τις οικιακές εργασίες, οπότε όταν οι άνδρες μένουν μόνοι τους, δυσκολεύονται με συμπεριφορές όπως η υγιεινή διατροφή, με αποτέλεσμα να χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη από τα παιδιά τους, καθώς είναι λιγότερο ικανοί π.χ. να μαγειρέψουν ή να καθαρίσουν. Παράλληλα, οι Aguamolaie T. et al (2009:187), αναφέρουν ότι προέκυψαν σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών, στις κλίμακες της σωματικής λειτουργικότητας, της ζωτικότητας και της γενικής υγείας, με τους άνδρες να υπερισχύουν και στα τρία αυτά πεδία, καθώς και στην PCS (Physical Component Summary) και την MCS (Mental Component Summary), με στατιστικά σημαντική τη συσχέτιση HRQoL και PCS. Οι εν λόγω ερευνητές αιτιολογούν το εύρημα αυτό αναφέροντας πως στο Ιράν οι γυναίκες είναι λιγότερο δραστηριοποιημένες σε σχέση με τους άνδρες, προσθέτοντας όμως ότι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, η εκπαίδευση, οι συνθήκες διαβίωσης, το κάπνισμα και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων, θα μπορούσαν εν μέρει να εξηγήσουν τη χειρότερη βαθμολογία των γυναικών στη σωματική πτυχή της HRQoL. Σε παρόμοια αποτελέσματα οδηγήθηκαν και οι Fanziarour F. et al (2016:70) σε έρευνα σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα στην Τεχεράνη (Ιράν), με τα σκορ όλων των δεικτών της ποιότητας ζωής, να είναι σημαντικά χαμηλότερα για τις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες, εκτός από την κλίμακα του σωματικού ρόλου. Επίσης, οι Zin T. et al (2015:38), σε έρευνα σε ηλικιωμένους ασθενείς στη Μαλαισία, διαπίστωσαν πως οι άνδρες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες της SF-36. Από την άλλη, οι Xing H. et al (2015) σε έρευνα που διενέργησαν σε ηλικιωμένους σε διαφορετικές συνθήκες διαβίωσης στην πόλη Shaoxing της Κίνας, υπογραμμίζουν πως δεν προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην αυτοαντιλαμβανόμενη σωματική και ψυχική υγεία. Αξίζει να σημειωθεί πως σχετικά με την Αγγλική Διαχρονική Μελέτη της Γήρανσης, οι Wikman A. et al (2011:e18952) αναφέρουν πως οι γυναίκες βρέθηκαν να έχουν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες.

Η χαμηλότερη ευημερία των γυναικών από τους άνδρες σχετίζεται με πολιτιστικές πτυχές της κάθε χώρα ή ακόμη και μεταξύ περιφερειών της ίδιας χώρας. Για



παράδειγμα, οι γυναίκες στην Τεχεράνη έχουν λιγότερη πρόσβαση σε πληροφορίες, εκπαίδευση και απασχόληση και γενικά παρουσιάζουν ένα μειονέκτημα στην οικονομική κατάσταση και την κοινωνική θέση σε σύγκριση με εκείνη των ανδρών. Επιπλέον έρευνες σε άλλες χώρες σχετικά με την ποιότητα ζωής, όπως στην περίπτωση της Φινλανδίας, της Ταϊβάν, της Πολωνίας, της Κροατίας, της Ιαπωνίας και της Κορέας αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο προνομιούχα ομάδα σε σύγκριση με τους άνδρες και αυτό έχει αντίκτυπο στην ποιότητα της ζωής τους (Costa V. et al, 2015:4)

Ο λόγος της χαμηλότερης βαθμολογίας των γυναικών ίσως είναι και ψυχολογικός, καθώς οι γυναίκες ασθενείς παρουσιάζουν γενικά περισσότερη κατάθλιψη και άγχος, που σχετίζεται με χαμηλότερη ποιότητα ζωής (Tomazou C. et al, 2015:523)

Επιπρόσθετα, η υψηλότερη ποιότητα ζωής για τους άνδρες μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνδρες έχουν καλύτερες παροχές και οφέλη της κοινωνίας. Αντίθετα, οι ηλικιωμένες γυναίκες τείνουν να εξαρτώνται από άλλους οικονομικά και συχνά στερούνται ανεξάρτητης πηγής εισοδήματος, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την κατάστασή τους, σε σύγκριση με τους άνδρες (Fanziarour F. et al, 2016:70).

### **3.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ – ΜΟΡΦΗ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ**

Από την έρευνα που διενέργησαν οι Kumar D. & Shankar H. (2018:G3), όσον αφορά τα ηλικιωμένα άτομα με χρόνιες νόσους της αγροτικής κοινότητας στην Ινδία, η ποιότητα ζωής των έγγαμων ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα είναι υψηλότερη από των χήρων/άγαμων. Κατά τους ίδιους, η σχέση μεταξύ έγγαμου βίου και ευεξίας, έχει μελετηθεί ευρέως, ειδικά στις δυτικές κοινωνίες, αναδεικνύοντας τη συντροφική διαβίωση ως βασικό παράγοντα βελτιωμένης ποιότητας ζωής.

Οι παντρεμένοι Ιάπωνες και Ρώσοι καθώς και οι ηλικιωμένοι που ζούσαν μαζί με συγγενείς, αξιολόγησαν πολύ καλύτερα τη σωματική τους υγεία. Παράλληλα, η ψυχική υγεία στους παντρεμένους Ιάπωνες καθώς και στους ηλικιωμένους που διαβιούσαν με συγγενείς αξιολογήθηκε σημαντικά υψηλότερα σε σύγκριση με τους άγαμους συμπατριώτες τους, καθώς και σε σχέση με τους παντρεμένους Ρώσους και τους ηλικιωμένους Ρώσους που διαβιούσαν με συγγενείς (Kosilov K. et al, 2019:5-6).

Οι Xing H. et al (2015) πραγματοποιώντας έρευνα στην πόλη Shaoxing στην Κίνα, σε ηλικιωμένους που έμεναν στο σπίτι με σύζυγο ή παιδί, ηλικιωμένους που διέμεναν μόνοι στο σπίτι και ηλικιωμένους που ζούσαν στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας της πόλης, διαπίστωσαν πως τόσο η PCS (Physical Component Summary) όσο και η MCS (Mental Component Summary), ήταν υψηλότερες σε διαμένοντες στο σπίτι με σύζυγο ή παιδί και χαμηλότερες στους ηλικιωμένους στο Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας.

Σύμφωνα με τους Cwirlej-Sozanska A.B. et al (2018:540-544), η ποιότητα ζωής ηλικιωμένων ασθενών στη νοτιοανατολική Πολωνία, είναι σημαντικά υψηλότερη σε σωματικό και ψυχολογικό τομέα, κοινωνικές σχέσεις, υποκειμενική συνολική ποιότητα ζωής και υποκειμενική γενική υγεία, σε παντρεμένους και άτομα που διαβιούν με το/τη σύντροφό τους.

Οι Irani A. et al (2018:1092-1094) αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι με χρόνιες παθήσεις που διαβιούν στο σπίτι τους έχουν υψηλότερα σκορ σε σωματικό ρόλο, σωματική λειτουργικότητα και γενική υγεία. Φαίνεται πως η διαβίωση στο σπίτι μαζί με άλλους, βελτιώνει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων, διότι λαμβάνουν συναισθηματική και σωματική υποστήριξη από την οικογένειά τους, που με τη σειρά της βελτιώνει την κατάσταση της υγείας τους, ενισχύει την αντοχή τους στα ενοχλητικά συμπτώματα της νόσου, αυξάνει την ικανοποίησή τους από τη ζωή, διαμορφώνοντας τελικά μία θετική αυτοαντιλαμβανόμενη HRQoL των ηλικιωμένων ατόμων.

Επιπλέον, οι συμμετέχοντες στην παντρεμένη ομάδα είναι πιθανότερο να έχουν παιδιά και ευρύτερα κοινωνικά δίκτυα που παρέχουν μεγαλύτερη κοινωνική αλληλεπίδραση και υποστήριξη έξω από το σπίτι, το οποίο με τη σειρά του σχετίζεται με καλύτερη HRQoL (Liu N. et al, 2020:9).

Οι Zin T. et al (2015:39) υπογραμμίζουν πως η κοινωνική δικτύωση μεταξύ των ηλικιωμένων είναι υποστηρικτικός παράγοντας για την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους.

Αξίζει ακόμα να σημειωθεί ότι υπάρχουν αντικρουόμενες αναφορές στις οποίες εμφανίζεται ότι οι ηλικιωμένοι που ζουν με συγγενείς έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής από εκείνους που ζουν μόνοι. Ίσως αυτό να οφείλεται στο γεγονός ότι αφήνοντας τα

σπίτια τους, τους δικούς τους χώρους, τις ρίζες τους, προκαλείται δυσαρέσκεια στα ηλικιωμένα άτομα, τα οποία καταλήγουν να αντιλαμβάνονται ότι είχαν ένα ανεπιτυχές έργο ζωής (Costa V. et al, 2015:5-6).

Οι Cwirlej-Sozanska A.B. et al (2018:540-544) υπογραμμίζουν ότι η μοναχικότητα είναι πολύ σημαντικός παράγοντας χαμηλής ποιότητας ζωής και αυτό γιατί το να έχει ο ηλικιωμένος τη βοήθεια άλλων σε καθημερινή βάση είναι σημαντικό στη διατήρηση της ικανότητας να εκτελεί απλές αλλά και πιο σύνθετες δραστηριότητες της καθημερινότητας και αυτό βελτιώνει την ποιότητα της ζωής του.

Παράγοντες που συνδέονται στενά με τη χαμηλή υποκειμενική ευεξία είναι οι δυσκολίες σε ψώνια για φαγητό, έλλειψη κάποιου για βοήθεια σε προετοιμασία πρωινού και σπάνιες περιστάσεις να φάει γεύμα με κάποιον άλλο (Cwirlej-Sozanska A.B. et al, 2018:540-544). Επιπλέον, οι ηλικιωμένοι με υψηλά επίπεδα μοναξιάς δεν είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν αντιξοότητες, τραύματα ή άγχος και τα άτομα σε αυτήν την κατάσταση μπορεί να έχουν χαμηλότερο επίπεδο ανθεκτικότητας, το οποίο ενδέχεται να απειλήσει την ψυχική τους υγεία, οδηγώντας σε χαμηλότερη ψυχική και σωματική HRQoL (Gerino E. et al, 2017:7).

Ασθενείς με πολυνοσηρότητα από δυσλειτουργικές οικογένειες ανέφεραν χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία. Αυξημένη κοινωνική υποστήριξη από τα μέλη της οικογένειας βελτιώνουν τα αποτελέσματα της χρόνιας ασθένειας π.χ. καλύτερος γλυκαιμικός έλεγχος για διαβητικούς ασθενείς, καλύτερος έλεγχος της αρτηριακής πίεσης για υπερτασικούς ασθενείς και χαμηλότερη δραστηριότητα της νόσου για ασθενείς με αρθρίτιδα (Prazeres F. & Santiago L., 2016:5).

Επιπρόσθετα, η κοινωνική στήριξη είναι χρήσιμη στην αντιμετώπιση του θυμού και της κατάθλιψης και έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται θετικά με την υποκειμενική εμπειρία της καλής υγείας. Η έλλειψη στήριξης, από την άλλη πλευρά, έχει βρεθεί ότι σχετίζεται θετικά με τη θνησιμότητα. Τέλος, η έννοια της κοινωνικής στήριξης επηρεάζεται από τον πολιτισμό, τη θρησκεία, αλλά και από τα κλινικά και προσωπικά χαρακτηριστικά του ατόμου (Υφαντής Α. κ.ά., 2017:10).

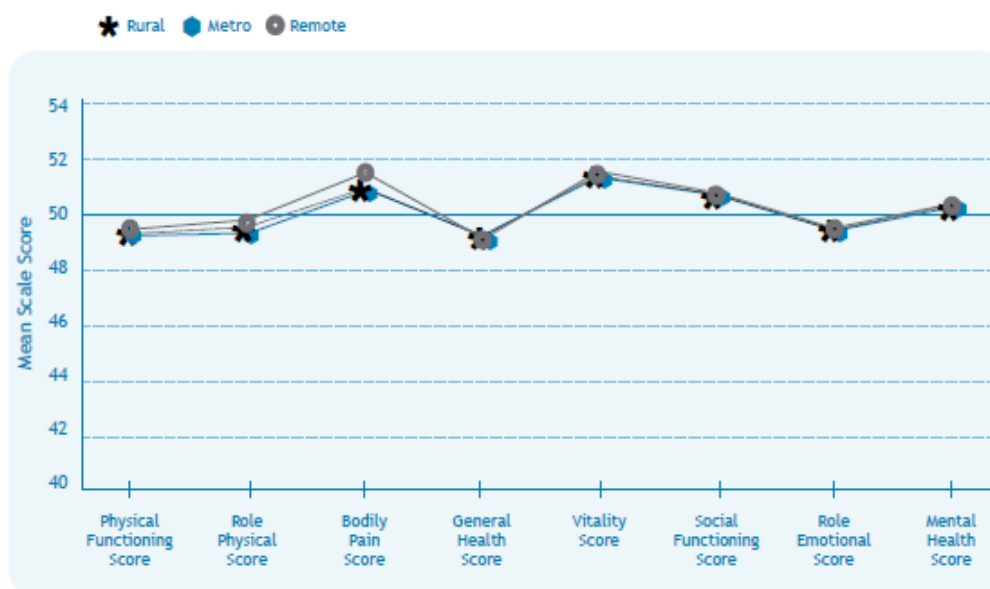
Σύμφωνα με τους Garcia L.M.R. & Navarro M.R. (2018:5-6) το να ζεις με τους στενούς συγγενείς είναι λιγότερο πολύτιμο από το να ζεις με άλλους ανθρώπους. Οι κοινωνικές επαφές επηρεάζονται όχι μόνο από τη διάρκειά τους, αλλά και από την

επίδραση και τη σημασία που έχουν για τον ηλικιωμένο. Δεν έχει σημασία η επαφή με πολλούς και διαφορετικούς ανθρώπους, αλλά είναι σημαντική η επικοινωνία του ατόμου με εκείνους που του παρέχουν μία αίσθηση ασφάλειας, δεν του επιβάλλονται, αλλά επιλέγονται από τον ίδιο και, πάνω από όλα, που είναι άνθρωποι ικανοί να αλληλεπιδράσουν, να συζητήσουν και να μοιραστούν κοινά θέματα απόψεων και εμπειριών.

### 3.4 ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Σε μεγάλη μελέτη που έγινε στη δυτική Αυστραλία από τους Crouchley K. & Daly A. (2007:13), με θέμα «Χρόνια νοσήματα και Ποιότητα Ζωής» βρέθηκε ότι οι άνθρωποι που διαβιούν σε απομακρυσμένες περιοχές, είχαν υψηλότερο σκορ στη διάσταση του σωματικού πόνου της Επισκόπησης Υγείας SF-8, συγκρινόμενοι με εκείνους που ζούσαν σε μητροπολιτικές και αγροτικές περιοχές. Εκτός από αυτή τη διαφορά, οι βαθμολογίες στις υπόλοιπες κλίμακες του εργαλείου μέτρησης ήταν παρόμοιες μεταξύ των ατόμων που διέμεναν σε διαφορετικές περιοχές (Διάγραμμα 19).

**Διάγραμμα 19:** Μέσες τιμές SF-8 ανάλογα με τον τόπο διαμονής, Δυτική Αυστραλία, 2002-2006.



Πηγή: Crouchley K. & Daly A. (2007:13).

Οι Lin N. et al (2020:9) αναφέρουν πως κάποιες έρευνες έχουν βρει πως ηλικιωμένοι άνθρωποι με χρόνια νοσήματα που διαβιούν σε αγροτικές περιοχές, έχουν καλύτερη

ψυχική και σωματική HRQoL από τους ομότιμους τους σε αστικό περιβάλλον, καθώς στις περιοχές αυτές οι σχέσεις είναι πιο ανθρώπινες και ζωντανές, χαρακτηρίζουν την καθημερινότητά τους και διέπονται από πράξεις συμπαράστασης και αλληλεγγύης. Από την άλλη, ευρήματα άλλων μελετών δείχνουν πως οι ηλικιωμένοι ασθενείς που ζουν μόνοι σε αγροτικές περιοχές, έχουν φτωχότερη ποιότητα ζωής από εκείνους σε πόλεις και αυτό μπορεί να οφείλεται στην χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και τις περιορισμένες εκπαιδευτικές τους δεξιότητες.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ίσως η ηλικία των ανθρώπων που διαβιούν σε διαφορετικές περιοχές, αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους. Για παράδειγμα, κατά τους Preto O. et al (2016:223), όσον αφορά τον τόπο διαμονής μικρότερων σε ηλικία ατόμων, δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ποιότητα της ζωής τους, εκτός από την κλίμακα της ζωτικότητας της SF-36 (οι ασθενείς που ζούσαν στην πόλη είχαν περισσότερη ζωτικότητα) και αυτό ενδέχεται να οφείλεται στη δυνατότητα των νεότερων ατόμων να αξιοποιούν κατάλληλα τα πλεονεκτήματα ενός αστικού περιβάλλοντος, έχοντας καλύτερη πρόσβαση σε εκπαίδευση, απασχόληση, υγεία και ψυχαγωγία.

### 3.5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

Οι Kumar D. & Sahnkar H. (2018:G3-G4) αναφέρουν πως σε ηλικιωμένους ασθενείς με υψηλότερη εκπαίδευση παρατηρήθηκαν καλύτερες βαθμολογίες της QoL.

Οι Aguamolaie T. et al (2010:188-189) υπογραμμίζουν πως οι αναλφάβητοι ηλικιωμένοι σε σχέση με τους εγγράμματους συνομηλικούς τους είναι πιθανότερο να αντιλαμβάνονται χειρότερη ποιότητα ζωής, ιδίως στη σωματική πτυχή της ποιότητας της ζωής τους.

Σύμφωνα με τους Pati S. et al (2019:7), συστηματικές ανασκοπήσεις, όπως αυτή των Pathirana T.I. et al (2018:186-194) έχουν τεκμηριώσει την παγκόσμια επίπτωση της εγγραμματοσύνης στην πολυνοσηρότητα και την ποιότητα της ζωής. Η πρόσβαση στην εκπαίδευση έχει αναγνωριστεί από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας ως ένας από τους 'πρωταρχικούς κοινωνικούς καθοριστές'.

Οι Akyol Y. et al (2010:168) σημειώνουν ότι όταν οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι της έρευνάς τους αξιολογήθηκαν σύμφωνα με το εκπαιδευτικό τους επίπεδο, μία

σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε σε κάποιες κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας SF-36 και συγκεκριμένα στη σωματική και κοινωνική λειτουργικότητα, την ψυχική υγεία και το σωματικό πόνο.

Οι Costa V. et al (2015) αναφέρουν πως στη μελέτη τους σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα που διαβιούν ανεξάρτητα στη Βραζιλία, δεν παρατηρήθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της εκπαίδευσης και της ποιότητας της ζωής, γεγονός που αντιτίθεται με τα αποτελέσματα των Lasheras C. et al (2001:257-270) σε ηλικιωμένους ασθενείς στην Ισπανία, οι οποίοι περιγράφουν ότι οι ηλικιωμένοι με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο παρουσιάζουν μεγαλύτερη συσχέτιση με δυστυχία, φτωχές κοινωνικές σχέσεις, κακή υγεία και χαμηλή ποιότητα ζωής. Η εκπαίδευση είναι ένας σημαντικός δείκτης που μπορεί άμεσα ή έμμεσα να επηρεάσει την HRQoL μέσω της σχέσης της με υψηλότερη κοινωνική τάξη και οικονομική κατάσταση.

Παράλληλα, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο οδηγεί σε καλύτερη επίγνωση της υγείας και επιτρέπει την εμπλοκή του ατόμου σε γνωστικές δραστηριότητες, όπως η ανάγνωση και η γραφή. Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός, που σχετίζεται σημαντικά με τον υποσιτισμό, μπορεί να επηρεάσει την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων.

Μία βελτιωμένη εκπαίδευση αυξάνει την ευαισθητοποίηση των ατόμων, επιτρέποντας έτσι στους εκπαιδευμένους ηλικιωμένους να έχουν καλύτερο έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία, με αποτέλεσμα μία καλύτερη ποιότητα ζωής. Επιπρόσθετα, ο μηχανισμός που το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει τον πόνο (το οποίο οδηγεί σε έκπτωση της HRQoL), μπορεί να οφείλεται στην ενισχυμένη αυτοαποτελεσματικότητα και την αίσθηση του ελέγχου, επιτρέποντας στον ασθενή να εκμεταλλεύεται ένα σημαντικό αριθμό τρόπων διαχείρισης του πόνου (Salaffi F. et al, 2005:261).

Η τριτοβάθμια εκπαίδευση μπορεί να είναι ένας δείκτης καλύτερης ευημερίας, ενισχύοντας έτσι την ποιότητα ζωής με έναν πολυπαραγοντικό τρόπο. Στην διάσταση της κοινωνικής λειτουργικότητας, παρατηρείται ότι τα μορφωμένα άτομα τείνουν να αλληλεπιδρούν καλύτερα κοινωνικά σε σύγκριση με τους λιγότερο μορφωμένους ηλικιωμένους. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι μορφωμένοι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν καλύτερες ευκαιρίες για να δημιουργήσουν φίλους και

γνωστούς, με αποτέλεσμα μία βελτιωμένη κοινωνική συνύπαρξη και λειτουργία (Zin T. et al, 2015:38-39).

### **3.6 ΕΡΓΑΣΙΑ**

Οι Kumar D. & Sahnkar H. (2018:G3,G4) αναφέρουν ότι η βαθμολογία της ποιότητας ζωής σε εργαζόμενους ηλικιωμένους με χρόνιες παθήσεις ήταν καλύτερη απ' ό,τι σε μη εργαζόμενα άτομα.

Στη μελέτη των Liu N. et al (2020:8) σε ηλικιωμένους μοναχικούς χρόνια πάσχοντες σε αστική περιοχή στην Κίνα, η απασχόληση συσχετίστηκε σημαντικά με την MCS (Mental Component Summary) της SF-36, αλλά όχι με την PCS (Physical Component Summary).

Επιπλέον, από την μελέτη των Peters M. et al (2018:108-109), σε χρήστες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, με μέση ηλικία δείγματος τα 67 έτη, προέκυψε πως η επιλογή στον «τομέα εργασίας» του χρησιμοποιούμενου ερωτηματολογίου: 'για πολύ καιρό άρρωστος ή ανίκανος για εργασία', 'άνεργος', 'οικιακή εργασία', 'φιλανθρωπική ή εθελοντική εργασία' ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Η απασχόληση διατηρεί τους ηλικιωμένους σε σωματική και πνευματική δραστηριοποίηση, στην προσπάθειά τους να ανταποκρίνονται στις εργασιακές τους υποχρεώσεις, ενώ η ενεργή συναναστροφή και η συντροφικότητα με τους συναδέλφους, βελτιώνει και την ψυχική τους κατάσταση, περιορίζοντας συγχρόνως το άγχος και την ανασφάλεια που αισθάνονται για τα προβλήματα της υγείας –που προκύπτουν με την πάροδο του χρόνου- και τη διατήρηση της αυτονομίας τους (Κρεμαστινού – Κουρέα Τ., 2007:563).

### **3.7 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Στη μελέτη των Kumar D. & Sahnkar H. (2018:G2-G3) παρατηρήθηκε ότι η βαθμολογία της ποιότητας ζωής της ομάδας των ηλικιωμένων με χρόνιες νόσους και με ανώτερη κοινωνικοοικονομική κατάσταση ήταν καλύτερη από τη βαθμολογία στη μεσαία και χαμηλότερη κοινωνικοοικονομική ομάδα.

Οι Parker L. et al (2014:559-560) αναφέρουν πως οι χαμηλότερες βαθμολογίες του δείκτη ποιότητας ζωής EuroQoL-5D συσχετίστηκαν σημαντικά με την αύξηση κοινωνικοοικονομικής αποστέρησης.

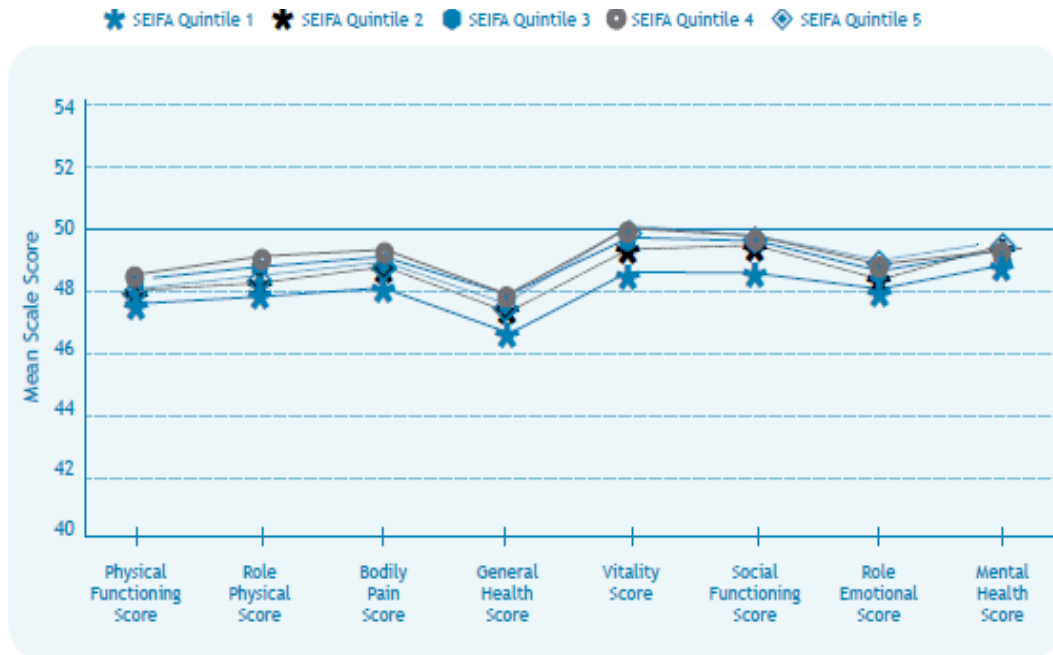
Οι Kosilov K. et al (2019:4-5) σημειώνουν πως η οικονομική κατάσταση αποτελεί σημαντικό παράγοντα επίδρασης στην ποιότητα ζωής τόσο των Ιαπώνων όσο και των Ρώσων ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που συμμετείχαν στην μελέτη τους.

Σύμφωνα με τους Costa V. et al (2015:4-5), ενώ αρχικά παρατηρήθηκε στην μελέτη τους ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία χρόνια ασθενείς με χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση είχαν μία δυσμενέστερη ποιότητα ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική διάσταση, τα δεδομένα αυτά δεν επιβεβαιώθηκαν στην πολυμεταβλητή ανάλυση. Παρόλα αυτά είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί πως στις χώρες του Τρίτου κόσμου, οι άνθρωποι –ιδιαίτερα οι ηλικιωμένοι- που ζουν σε συνθήκες φτώχειας, αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες που αφορούν θέματα υγείας, ενώ η ανάπτυξη και εφαρμογή πολιτικών δημόσιας φροντίδας υγείας, γι' αυτούς τους πληθυσμούς, αποτελεί μία μεγάλη πρόκληση (Costa V. et al, 2015:4-5).

Σε μελέτη που έγινε στη δυτική Αυστραλία (Crouchley K. & Daly A., 2007:13-17), με θέμα «Χρόνια νοσήματα και Ποιότητα ζωής», βρέθηκε ότι δεν υπήρχαν διαφορές στα σκορ για όλες τις διαστάσεις της SF-8, σχετιζόμενες με το κοινωνικοοικονομικό έλλειμμα (όπως αποτυπώνεται με το Δείκτη SEIFA – Socio-Economic Indexes for Areas -, SEIFA 1 σημαίνει μεγαλύτερη κοινωνικοοικονομική αποστέρηση), για τους ανθρώπους που δεν ανέφεραν καμία χρόνια νόσο. Αντίθετα, οι άνθρωποι με 3 ή περισσότερες νοσηρές καταστάσεις, είχαν πολύ χαμηλά σκορ στην Επισκόπηση Υγείας SF-8, σχετιζόμενα με την χαμηλή κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση (Διάγραμμα 20, 21, 22).

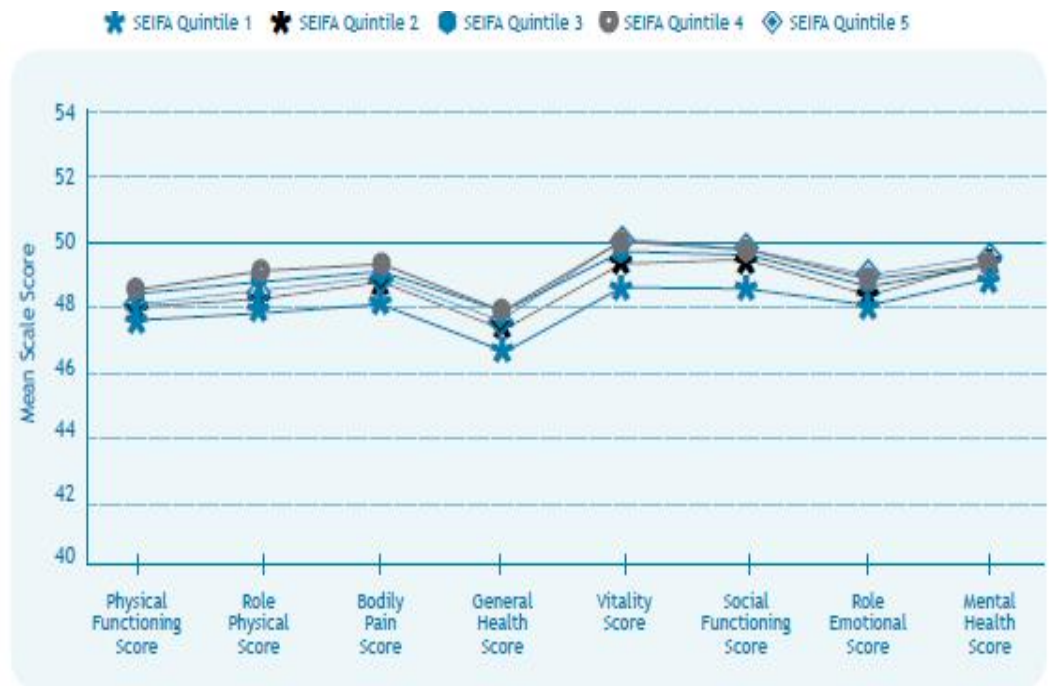


**Διάγραμμα 20:** Μέσες τιμές SF-8 διαφορετικών επιπέδων SEIFA, σε ενήλικα άτομα χωρίς χρόνια νόσο.



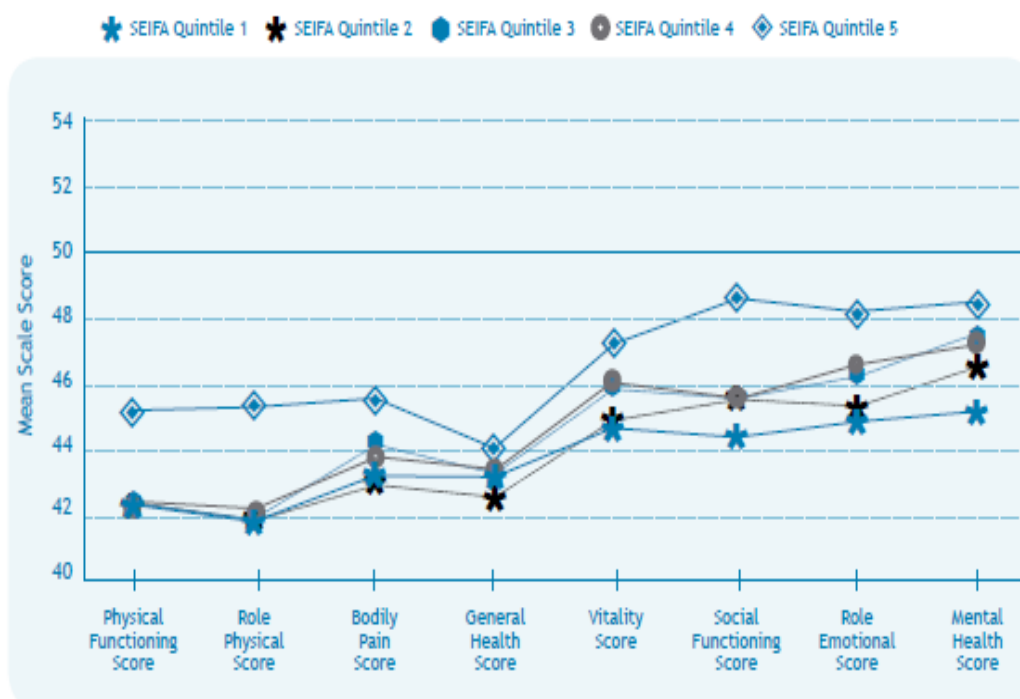
**Πηγή:** Crouchley K. & Daly A. (2007:14).

**Διάγραμμα 21:** Μέσες τιμές SF-8 διαφορετικών επιπέδων SEIFA, σε ενήλικα άτομα με 1 ή 2 χρόνια νόσους.



**Πηγή:** Crouchley K. & Daly A. (2007:15).

**Διάγραμμα 22:** Μέσες τιμές SF-8 διαφορετικών επιπέδων SEIFA, σε ενήλικα άτομα με  $\geq 3$  χρόνια νοσήματα.



**Πηγή:** Crouchley K. & Daly A. (2007:15).

Η οικονομική κατάσταση είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας στις περισσότερες πτυχές της ζωής ενός ατόμου, ικανός να επηρεάσει την ποιότητα ζωής αυτή καθεαυτή, καθώς και να τροποποιεί άλλους σημαντικούς παράγοντες (Xu X. et al, 2017: 12). Η οικονομική κατάσταση αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της εκπλήρωσης προσδοκιών και της ικανοποίησης αναγκών. Διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική πρόσβαση του ατόμου στις υπηρεσίες υγείας, αλλά και στη δυνατότητα συμμετοχής του σε εκπαιδευτικές, ψυχαγωγικές δραστηριότητες και υπηρεσίες αναψυχής και ευεξίας, που είναι δυνατό να συμβάλλουν, με άμεσο ή έμμεσο τρόπο, στη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του (Nettleton S., 1995:221-262).

### 3.8 ΚΑΠΝΙΣΜΑ / ΑΛΚΟΟΛ

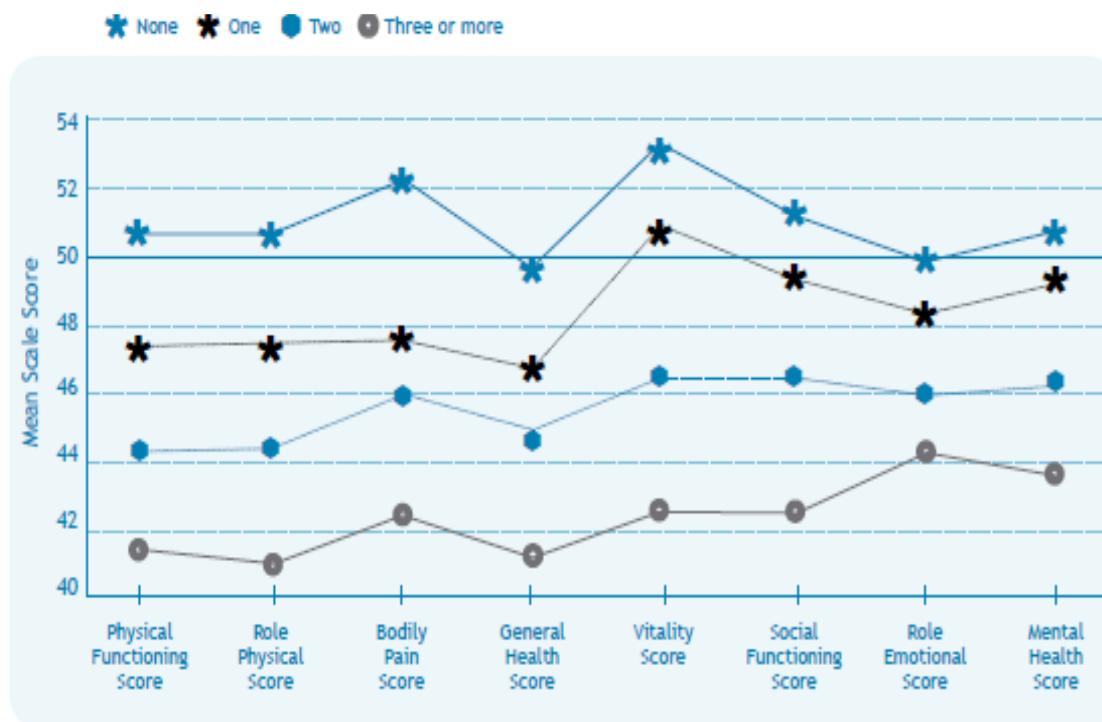
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης των Somrongsong R. et al (2016:3-6) σε ηλικιωμένους χρόνια πάσχοντες που διαβιώνουν ανεξάρτητα σε διάφορες περιοχές της Ταϊλάνδης, η διακοπή του καπνίσματος ή του αλκοόλ, δεν είχε σημαντική επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους. Τα οφέλη του αλκοόλ στην ποιότητα ζωής μπορεί να

είναι τα μειωμένα επίπεδα άγχους ή η αυξημένη εμπλοκή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες και διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα. Οι κοινωνικές συγκεντρώσεις ενθαρρύνουν τους ηλικιωμένους να μιλήσουν και να μοιραστούν τις ανησυχίες τους με την ομάδα. Έτσι οι ηλικιωμένοι θα μπορούσαν να συζητήσουν και για το θάνατο, καθώς και για το θάνατο σε σχέση με τη γήρανση ή την προσέγγιση του φυσιολογικού τέλους της ζωής, το οποίο θα μπορούσε τελικά να θεωρηθεί σαν μία μορφή αποδοχής του θανάτου (Somrongthong R. et al, 2016:3-6). Εξάλλου, η κατανάλωση μικρών ποσοτήτων αλκοόλ παρέχει ευεργετικά αποτελέσματα, βελτιώνοντας τη γνωστική λειτουργία, την άνοια και τη μακροζωία.

Οι Akyol Y. et al (2010:170) σημειώνουν πως το κάπνισμα είναι σημαντικός παράγοντας κινδύνου αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους, συμπεριλαμβάνοντας την καρδιακή νόσο, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, τη χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, τον καρκίνο του πνεύμονα, με αποτέλεσμα να επιφέρει χαμηλή HRQoL (Akyol Y. et al, 2010:170, Irani A.D. et al, 2018:1094).

Σύμφωνα με τους Crouchley K. & Daly A. (2007:29-30), άνθρωποι μεγαλύτεροι των 45 ετών που ήταν καπνιστές στο παρόν χρονικό διάστημα και έπασχαν από μία χρόνια νόσο, παρουσίασαν βαθμολογίες χαμηλότερες σε επτά κλίμακες της SF-8, συγκρινόμενοι με τους έχοντες μία χρόνια νόσο και που δεν κάπνιζαν (εξαίρεση αποτελεί η ζωτικότητα όπου η διαφορά δεν ήταν σημαντική). Άνθρωποι με δύο χρόνιες καταστάσεις και καπνιστές στο παρόν, βαθμολογήθηκαν επίσης χαμηλότερα σε σωματικό ρόλο, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικό ρόλο και ψυχική υγεία (σε σχέση με τους μη καπνιστές). Παρόμοια, άνθρωποι με 3 ή περισσότερα χρόνια νοσήματα που ήταν καπνιστές, είχαν βαθμολογίες σημαντικά χαμηλότερες σε σωματική λειτουργικότητα, γενική υγεία, ζωτικότητα, κοινωνική λειτουργικότητα, συναισθηματικό ρόλο και ψυχική υγεία, συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές (Διάγραμμα 23).

**Διάγραμμα 23:** Μέσες τιμές SF-8 σε ενήλικα άτομα > 45 ετών, καπνιστές στο παρόν χρονικό διάστημα, ανάλογα με τον αριθμό των χρόνιων νόσων.



**Πηγή:** Crouchley K. & Daly A. (2007:29).

### 3.9 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

Οι Cwirlej – Sozanska A.B. et al (2018:540-544) από την επισκοπική τους μελέτη σε άτομα ηλικίας 60-80 ετών με χρόνια νοσήματα που ζούσαν σε αγροτικές περιοχές στη νοτιοανατολική Πολωνία, παρατήρησαν πως η ποιότητα ζωής στο σωματικό, ψυχολογικό και περιβαλλοντικό τομέα και τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς και η υποκειμενική συνολική ποιότητα ζωής και η υποκειμενική γενική υγεία ήταν καλύτερη σε ερωτηθέντες που ασκούσαν για τουλάχιστον 150 λεπτά / εβδομάδα.

Τα οφέλη της τακτικής σωματικής δραστηριότητας για τους ηλικιωμένους είναι αδιαμφισβήτητα. Η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις φυσιολογικές επιπτώσεις ενός κατά τα άλλα καθιστικού τρόπου ζωής και να αυξήσει το ενεργό προσδόκιμο επιβίωσης, περιορίζοντας την ανάπτυξη και την εξέλιξη των χρόνιων νοσημάτων και άλλων καταστάσεων αναπηρίας (Lira C.A.B. et al, 2018:186-187).

Σύμφωνα με τους ίδιους, μία μελέτη που διεξήχθη από τους Reis R.S. et al (2010:137-145), εξέτασε τις σχέσεις μεταξύ της έκθεσης σε ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας της Βραζιλίας (Exercise Orientation Service) και της ποιότητας ζωής. Οι συγγραφείς δεν ανέφεραν συνεπείς σχέσεις με την ποιότητα ζωής, όπως εκτιμήθηκε από την Ποιότητα Ζωής της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (WHOQoL-8), προτείνοντας ότι αυτό το αποτέλεσμα μπορεί να γίνει αντιληπτό ως πιθανή έλλειψη αποτελεσματικότητας του προγράμματος, επισημαίνοντας παράλληλα τη γνωστή πολυπλοκότητα των πολλαπλών κοινωνικών ελλειμμάτων στην ποιότητα της ζωής. Οι Dereli E.E. & Yaliman A. (2010:352-362) σύγκριναν τα αποτελέσματα ενός εποπτευόμενου προγράμματος άσκησης σε μια Μονάδα άσκησης με τα αποτελέσματα ενός αυτοεποπτευόμενου προγράμματος άσκησης στο σπίτι, σχετικά με την ποιότητα ζωής σε ασθενείς με νόσο του Πάρκινσον. Τα θετικά αποτελέσματα ήταν υψηλότερα για την άσκηση υπό επίβλεψη και συνολικά αυτά τα ευρήματα τόνισαν τη σημασία της εποπτευόμενης άσκησης στην βελτίωση της ποιότητας της ζωής (Lira C.A.B. et al, 2018:186-187).

Επίσης, οι Xing H. et al (2015:3) στη μελέτη τους σε ηλικιωμένους σε διάφορες μορφές διαβίωσης, βρήκαν πως υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του αριθμού εβδομαδιαίας σωματικής άσκησης με την ποιότητα ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική διάσταση, όπως αξιολογήθηκε από την Επισκόπηση Υγείας SF-36.

Οι Zin T. et al (2015:39) αναφέρονται σε μια προηγούμενη μελέτη στη Μαλαισία, η οποία περιελάμβανε διάφορους παράγοντες που αποτρέπουν τους ηλικιωμένους από τη δημιουργική αξιοποίηση του χρόνου τους με σωματικές δραστηριότητες και συνεπώς από την προσέγγιση μίας καλύτερης ποιότητας ζωής, όπως είναι η μεγαλύτερη ηλικία, η απουσία εγγραμματοσύνης, η κατάσταση της υγείας και η παρουσία χρόνιων νοσημάτων, καθώς και η απουσία συντρόφου ή φίλων, για να κάνουν μαζί αυτές τις δραστηριότητες (Zin T. et al, 2015:39). Συχνά οι ασθενείς δεν συνειδητοποιούν ότι οι δραστηριότητες τους έχουν μειωθεί, αποδίδοντας τους λειτουργικούς περιορισμούς τους στο γεγονός ότι «γερνούν» (Παπαγεωργίου Δ. κ.ά., 2017:59).

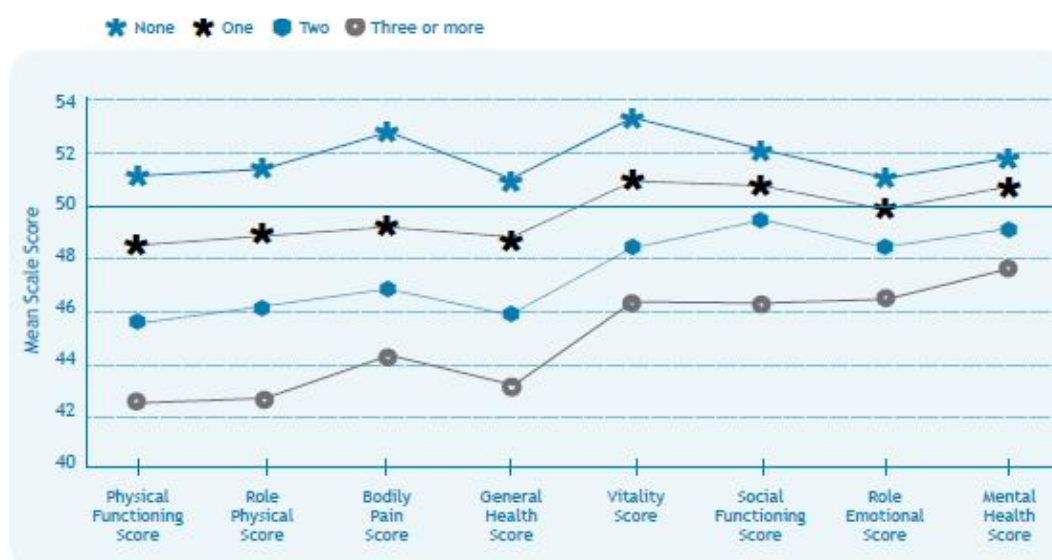
### **3.10 ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BODY MASS INDEX – BMI)**

Οι Walker V. et al (2016:6) προσδιόρισαν το υψηλότερο BMI στους άνδρες με χρόνια νοσήματα στην ηλικιακή ομάδα 60-64 ετών (26,6%), και ακολουθούν η ομάδα 65-69

και  $\geq 70$  (26,5%) και 55-59 ετών (26,2%), ενώ στις γυναίκες ασθενείς στην ηλικιακή ομάδα  $\geq 70$  ετών (26,0%), ακολουθούν οι 65-69 (25,2%), 60-64 (25%) και 55-59 ετών (24,6%).

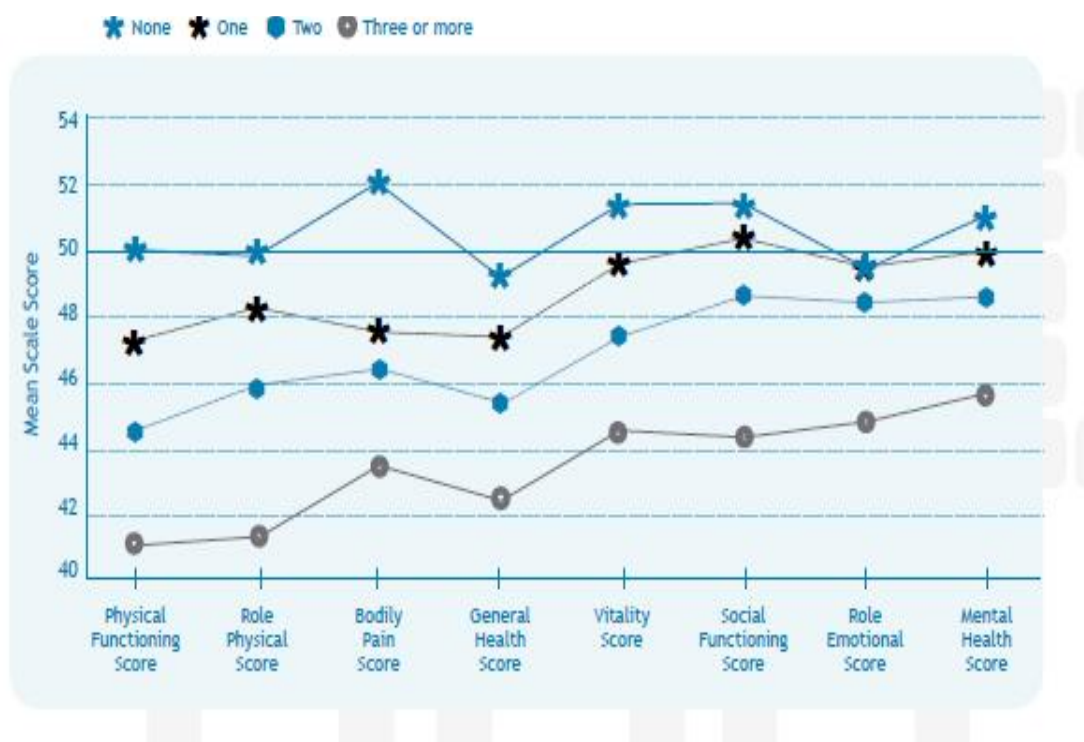
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας στη δυτική Αυστραλία (Crouchley K. & Daly A., 2007:27-29), το επιπλέον βάρος συνδέεται με πολλά προβλήματα υγείας, συμπεριλαμβανομένης της αρθρίτιδας, του άσθματος, της καρδιακής νόσου, του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, του διαβήτη, και της κατάθλιψης και σχετίζεται σημαντικά με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, οδηγώντας με αυτό τον τρόπο στην έκπτωση της αυτοαντιλαμβανόμενης HRQoL. Υπήρχε σημαντική μείωση σε όλες τις διαστάσεις της SF-8 με την αύξηση του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων για ανθρώπους που δεν ήταν παχύσαρκοι. Οι βαθμολογίες για τους ανθρώπους που ήταν υπέρβαροι, ήταν πολύ παρόμοιες με τις βαθμολογίες αυτών που δεν ήταν υπέρβαροι. Οι παχύσαρκοι παρουσίαζαν μειωμένες βαθμολογίες με την αύξηση του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων, σημειώνοντας χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις κλίμακες της HRQoL, εκτός από την ψυχική υγεία, συγκρινόμενοι με εκείνους που δεν ήταν υπέρβαροι, έχοντας βαθμολογία σημαντικά χαμηλότερη στις πέντε από τις οκτώ διαστάσεις: σωματική λειτουργικότητα, σωματικό ρόλο, σωματικό πόνο, γενική υγεία και ζωτικότητα (Διάγραμμα 24, 25).

**Διάγραμμα 24:** Μέσες τιμές SF-8 σε ενήλικα άτομα > 45 ετών, υπέρβαρα, ανάλογα με τον αριθμό των χρόνιων νόσων.



Πηγή: Crouchley K. & Daly A. (2007:28).

**Διάγραμμα 25:** Μέσες τιμές SF-8 σε ενήλικα άτομα > 45 ετών, παχύσαρκα, ανάλογα με τον αριθμό των χρόνιων νόσων.



**Πηγή:** Crouchley K. & Daly A. (2007:28).

### 3.11 ΥΠΝΟΣ

Η αϋπνία είναι ανάμεσα στα πιο κοινά προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους. Ποσοστό 47,5% και 18,3% των ηλικιωμένων ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα ύπνου, περιστασιακά ή συχνότερα από μία φορά την εβδομάδα, αντίστοιχα (Akyol Y. et al, 2010:170). Οι Walker V. et al (2016:7) προσδιορίζουν την μεγαλύτερη συχνότητα προβλημάτων του ύπνου ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα σε ποσοστό 18% στην ηλικιακή ομάδα 60-64 ετών, ακολουθούμενη από την ηλικιακή ομάδα 65-69 ετών, με ποσοστό 16%. Αντίθετα, στην ηλικιακή ομάδα  $\geq 70$  ετών, αναφέρεται πολύ μικρότερο ποσοστό προβλημάτων ύπνου (14,6%). Οι διαταραχές ύπνου έχουν μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες έναντι των αντρών, ανεξάρτητα ηλικιακής ομάδας (14,6% σε  $\geq 70$  ετών για τους άντρες και 27,2% σε  $\geq 70$  ετών για τις γυναίκες) (Walker V. et al, 2016:7).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, υπάρχει μία σχέση ανάμεσα στη διάρκεια του ύπνου < 7 ή 8 ώρες και την αύξηση της θνησιμότητας, καθώς και του επιπολασμού χρόνιων

ασθενειών, όπως η αρτηριακή υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ρευματοειδής νόσος, η οστεοπόρωση, η κατάθλιψη και η παχυσαρκία (Walker V. et al, 2016:5).

Κατά τους ίδιους, ο καλός ποιοτικά ύπνος συμβάλλει στην ανάκαμψη από σωματικές και ψυχικές επιβαρύνσεις, βελτιώνει τη διάθεση, τη μνήμη, την προσοχή και περιορίζει τον κίνδυνο ατυχημάτων.

Οι Lima M.G. et al (2012) διενεργώντας έρευνα σε ηλικιωμένους χρόνια πάσχοντες στη Βραζιλία, βρήκαν πως οι ηλικιωμένοι που κοιμούνται  $\leq 6$  ώρες, παρουσίασαν χαμηλότερες μέσες βαθμολογίες της SF-36 για τη ζωτικότητα και την ψυχική υγεία, καθώς και τη γενική κλίμακα της ψυχικής υγείας (MCS), συγκριτικά με αυτούς που ο ύπνος τους διαρκούσε 7-8 ώρες (που συνιστά και το Πρότυπο μέσης διάρκειας ύπνου στους ηλικιωμένους). Όλες οι διαστάσεις της SF-36 συσχετίστηκαν αρνητικά με τη διάρκεια ύπνου  $\geq 10$  ώρες (εκτός του σωματικού πόνου). Οι βαθμολογίες για ψυχική υγεία, ζωτικότητα και συναισθηματικό ρόλο ήταν χαμηλότερες στις γυναίκες που κοιμούνται  $< 5$  ώρες. Επίσης, η ψυχική υγεία συσχετίστηκε αρνητικά με τη διάρκεια ύπνου  $\geq 10$  ώρες.

### **3.12 ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ - ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Στη μελέτη των Parker L. et al (2014) σε ηλικιωμένους χρόνια ασθενείς στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 9% των συμμετεχόντων (από τους οποίους το 62% έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα) ανέφερε προβλήματα με την αυτοφροντίδα του.

Οι Xing H. et al (2015), οι οποίοι διεξήγαγαν έρευνα στην Κίνα, σε διαφορετικές μορφές διαβίωσης, διαπίστωσαν ότι οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι που είχαν πλήρη ικανότητα αυτοφροντίδας, είχαν πολύ υψηλότερες τιμές τόσο στη γενική κλίμακα της σωματικής υγείας (PCS), όσο και στη γενική κλίμακα της ψυχικής υγείας (MCS) της SF-36 και αυτό ήταν στατιστικά σημαντικό.

Η αυτοεξυπηρέτηση αποτελεί καθοριστική παράμετρο στη ζωή των ασθενών, καθώς ο περιορισμός της οδηγεί ακόμη και σε ανυπέρβλητες δυσκολίες εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων όπως η σίτιση, η ένδυση και η ατομική υγιεινή (Γαλάνης Π. κ.ά., 2018:133).



Σύμφωνα με τους Gerino E. et al (2017:7), τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα αυτοαποτελεσματικότητας μπορεί να κινητοποιήσουν συναισθηματικούς και ψυχολογικούς πόρους για να αντιμετωπίσουν τα αγχωτικά στοιχεία της ζωής τους, και ως εκ τούτου, να εκφράσουν και να αισθανθούν περισσότερη ικανοποίηση όσον αφορά την QoL. Σύμφωνα με το ‘κοινωνικογνωστικό μοντέλο υγείας’ που προτείνει ο Bandura, η έννοια της αυτοαποτελεσματικότητας περιλαμβάνεται στην προοπτική που θεωρεί ότι οι άνθρωποι διαδραματίζουν ενεργό ρόλο στην παραγωγή και τη νοηματοδότηση των εμπειριών τους. Αυτές οι πεποιθήσεις επηρεάζουν τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι τυπικούς περιορισμούς και απώλειες στη ζωή τους. Στην πραγματικότητα, η διατήρηση της αίσθησης της αυτό-αποτελεσματικότητας μπορεί να βοηθήσει ένα άτομο να διατηρεί μία θετική στάση απέναντι στη ζωή, μετριάζοντας την επίπτωση της μοναξιάς και της αγωνίας και υποστηρίζοντας μία μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή.

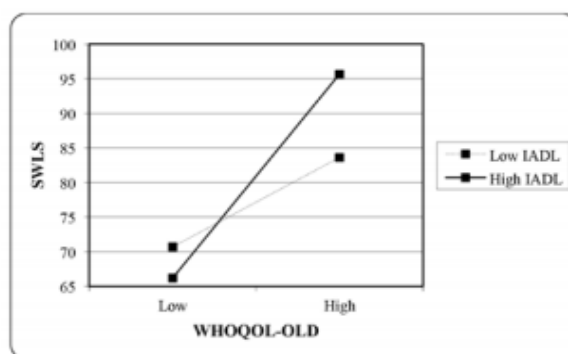
### **3.13 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΖΩΗ, ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΓΕΙΑΣ**

Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται στην σφαιρική και υποκειμενική αξιολόγηση των θετικών αξιών της ζωής ενός ατόμου, τόσο σε ένα συνολικό επίπεδο, όσο και σε επιμέρους τομείς της ζωής του (π.χ. οικογενειακή ζωή, σχέσεις, απασχόληση, περιβάλλον) (Diener E. et al, 1999). Σύμφωνα με τους Asadi-Lari M. et al (2004), η ικανοποίηση μπορεί να οριστεί ως η έκταση της εμπειρίας ενός ατόμου σε σύγκριση με τις προσδοκίες του.

Οι Aydiner Boylu A. & Gunay G. (2017:61-68) υπογραμμίζουν πως η ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί προβλεπτικό παράγοντα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων. Συγκεκριμένα, οι παραπάνω ερευνητές μελέτησαν ένα δείγμα 360 ηλικιωμένων  $\geq 65$  ετών, που επισκέπτονταν ένα Κέντρο Οικογενειακής Ιατρικής στην Τουρκία. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας την κλίμακα ικανοποίησης από τη ζωή SWLS (Satisfaction with Life Scale), το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής WHOQoL-OLD και για την αξιολόγηση των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής εφαρμόστηκε το IADL (Instrumental Activities of Daily Living). Από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της μελέτης προέκυψε μία σημαντική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης από τη ζωή και ποιότητας της ζωής. Επίσης βρήκαν πως η επίπτωση της ικανοποίησης από τη ζωή στην ποιότητα της ζωής ποικίλλει ανάλογα

με τις δραστηριότητες των ηλικιωμένων. Η σχέση μεταξύ της ποιότητας και ικανοποίησης από τη ζωή ήταν σημαντικά θετική τόσο για τις χαμηλού επιπέδου όσο και για τις υψηλότερου επιπέδου δραστηριότητες της ζωής. Όταν οι ηλικιωμένοι ανέφεραν μικρή ικανοποίηση από τη ζωή, εξαιτίας χαμηλού επιπέδου δραστηριοτήτων στην καθημερινότητά τους, εμφάνιζαν και φτωχότερη ποιότητα ζωής. Σε παρόμοια αποτελέσματα με τους Aydiner Boylu A. & Gunay G. (2017:61-68) κατέληξαν και άλλοι ερευνητές στο παρελθόν (Chen C., 2001; Ho S.C. et al, 1995; Van Campen C. & Iedama J., 2007; Richard L. et al, 2005) (Διάγραμμα 26).

**Διάγραμμα 26:** Αλληλεπίδραση της ικανοποίησης από τη ζωή και των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής στην ποιότητα της ζωής.



**Πηγή:** Aydiner Boylu A. & Gunay G. (2017:68).

Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με το βαθμό στον οποίο ικανοποιούνται οι ανάγκες γενικής υγειονομικής περίθαλψης και οι ειδικές για την κατάστασή τους ανάγκες. Η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι κλινικά σημαντική, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να ακολουθήσουν την κατάλληλη γι' αυτούς θεραπευτική αγωγή, να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα της υγείας τους, να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, παραμένοντας στον ίδιο πάροχο υγειονομικής περίθαλψης (Asadi-Lari M. et al, 2004).

Οι Asadi-Lari M. et al (2003) στην επισκοπική τους μελέτη στο Ηνωμένο Βασίλειο, διερεύνησαν το βαθμό ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, επιζώντων από στεφανιαία νόσο και μέσης ηλικίας τα 69,7 έτη. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης πραγματοποιήθηκε με ένα Ερωτηματολόγιο αναγκών υγείας με 5βαθμη

κλίμακα Likert σε 4 τομείς (σωματικές ανάγκες, ανάγκες για πληροφόρηση, κοινωνικές ανάγκες, ανησυχίες). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, ιδιαίτερα επηρεασμένες ήταν οι σωματικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Το ένα τρίτο των συμμετεχόντων ανέφερε δυσκολία στο ραντεβού με τους γιατρούς του και περίπου το ένα τέταρτο ήταν δυσαρεστημένο με το χρόνο που τους αφιερώνεται σε κάθε επίσκεψη και με την ικανότητά τους να δουν έναν σύμβουλο υγείας, όταν χρειάζεται. Επιπλέον, το ένα τρίτο των ασθενών εξέφρασε τη δυσαρέσκειά του για τις συμβουλές που έλαβε από τον γενικό του γιατρό, ενώ περίπου το 92% αυτών πίστευαν ότι ο γιατρός τους τούς παρείχε καλή και ποιοτική εξυπηρέτηση. Συνολικά οι γυναίκες ήταν λιγότερο ικανοποιημένες από τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, όπως και τα άτομα τα μικρότερα των 75 ετών, αλλά αυτό δεν ήταν στατιστικά σημαντικό. Παράλληλα, η κοινωνική τάξη δεν φάνηκε να επηρεάζει την ικανοποίηση των συμμετεχόντων, ενώ οι ασθενείς με συννοσηρότητα ήταν σημαντικά λιγότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που έπασχαν μόνο από στεφανιαία νόσο. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς αξιολόγησαν την κατάσταση της υγείας τους υψηλότερα έναντι των μη ικανοποιημένων. Η μέση βαθμολογία της ικανοποίησης συσχετίστηκε μέτρια με το άγχος / κατάθλιψη της EQ-5D και τους τομείς ικανοποίησης από τη θεραπεία SAQ-QoL της SAQ (Seattle Angina Questionnaire, η οποία μετρά ευρύτερες πτυχές των επιπτώσεων της στεφανιαίας νόσου) και συσχετίστηκε ασθενώς με τις κλίμακες της SF-12 και την αυτο-φροντίδα EQ-5D καθώς και την κλίμακα SAQ-QoL (QoL perception) (Asadi-Lari M. et al, 2003).

Με τη στερεοτυπική άποψη ότι η γήρανση συνοδεύεται από ασθένειες, οι ηλικιωμένοι μπορεί να είναι ικανοποιημένοι με τη γενική υγεία τους, ενώ αντιμετωπίζουν επιδείνωση αυτής (Hao X. et al, 2019:7).

Γενικά οι ηλικιωμένοι ασθενείς με χρόνια νοσήματα θεωρούν την ποιότητα της ζωής τους αρκετά καλή, χωρίς σημαντικά παράπονα και συχνά αναφέρουν λιγότερα προβλήματα υγείας, ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους και υποτιμούν τα επίπεδα της εξάρτησής τους. Αντίθετα, οι γιατροί χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών σημαντικά χειρότερη, με αποτέλεσμα οι αξιολογήσεις των επαγγελματιών υγείας ελάχιστα να σχετίζονται με αυτές των ασθενών τους (Pearlman R. & Uhlmann R., 1988:M28).

Επιπλέον, ο αρνητικός αντίκτυπος της ύπαρξης πολλαπλών νοσηρών καταστάσεων στην ποιότητα ζωής μπορεί να μετριαστεί με την προώθηση μιας θετικής αντίληψης της γήρανσης στα ηλικιωμένα άτομα (Renne I. & Gobbens R., 2018:329).

Ασθενείς που πάσχουν από χρόνια ασθένεια για μεγάλο χρονικό διάστημα μπορεί να συνηθίσουν την ασθένειά τους. Ένας σημαντικός μεσολαβητής αυτής της ψυχολογικής προσαρμογής είναι η διαδικασία "αλλαγή απόκρισης", η οποία περιλαμβάνει την αλλαγή σε εσωτερικά πρότυπα, αξίες και την αυτοαντίληψη της HRQoL. Ασθενείς προχωρημένης ηλικίας με χρόνιες ασθένειες μπορεί να υποβαθμίσουν τις προσδοκίες τους για τη ζωή και την αίσθηση ικανοποίησης για όσο διάστημα έχουν μία σταθεροποιημένη κατάσταση και απουσία επιπλοκών. Οι χρόνιες ασθένειες συχνά οδηγούν σε απειλητικές για τη ζωή καταστάσεις που μπορεί να μειώσουν το προσδόκιμο ζωής, αλλά αυτές οι ανεπιθύμητες εκβάσεις συνήθως προηγούνται από πολλά "σιωπηλά" χρόνια και η ασυμπτωματική αυτή περίοδος μπορεί να είναι λιγότερο πιθανό να επηρεάσει την ποιότητα της ζωής (Wang H.M. et al, 2008:7-8).

### **3.14 ΕΙΔΟΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΟΣΟΥ**

Η χρόνια ασθένεια διαταράσσει τη ζωή του ηλικιωμένου ατόμου και αυτή η διαταραχή μπορεί να ερμηνευθεί ως προς τον αντίκτυπό της στην ποιότητα της ζωής του (Xiao M. et al, 2019, Saccomann I.C., 2010, Cwirlez-Sozanska A.B. et al, 2018).

Μία εξήγηση για το λόγο που ορισμένες χρόνιες ασθένειες έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο στην HQoL από ότι άλλες, μπορεί να σχετίζεται με την απειλή για την επιβίωση, αλλά και τις επιπτώσεις τους στις κοινωνικές δραστηριότητες και την εκπλήρωση προσωπικών φιλοδοξιών (Wikman A. et al, 2011:7).

Σύμφωνα με τους Forjaz M.J. et al (2015:178-179) η αναπηρία ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου χαμηλότερης ποιότητας ζωής, ενώ οι οστεοαρθρικές διαταραχές και η ψυχική υγεία ήταν σημαντικοί, συνεπείς και ισχυροί παράγοντες κινδύνου χαμηλότερης ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα.

Οι Parker L. et al (2014:561-562) αναφέρουν ότι η οστεοαρθρίτιδα, το ιστορικό κατάθλιψης και η νευρολογική νόσος συσχετίστηκαν με χαμηλότερες βαθμολογίες του δείκτη EQ-5D σε ηλικιωμένους που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

Κατά τους Wikman A. et al (2011:7), οι έχοντες υποστεί εγκεφαλικό επεισόδιο είχαν τη φτωχότερη ποιότητα ζωής, ακολουθούμενο από τη χρόνια αναπνευστική πνευμονοπάθεια. Άτομα με ρευματοειδή αρθρίτιδα εμφάνισαν παρόμοιους περιορισμούς στην ποιότητα ζωής με αυτούς με στεφανιαία νόσο, ακολουθούμενη στενά από το σακχαρώδη διαβήτη και το άσθμα. Η ποιότητα ζωής μειώθηκε λιγότερο σε άτομα με οστεοαρθρίτιδα και καρκίνο.

Οι Lima M.G. et al (2009:317-319) σημειώνουν ότι η ποιότητα ζωής επηρεάστηκε περισσότερο μεταξύ των ασθενών που ανέφεραν αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, παρουσιάζοντας τις χαμηλότερες βαθμολογίες σε πέντε από τις οκτώ κλίμακες της SF-36, οι ασθενείς με οστεοπόρωση είχαν μεγάλες διαφορές στις μέσες βαθμολογίες, ενώ η κατάθλιψη / άγχος είχαν σημαντικό αντίκτυπο ιδιαίτερα στην ψυχική υγεία και το συναισθηματικό ρόλο.

Σύμφωνα με τους Yu T. et al (2019:1626), οι χρόνιες καταστάσεις που είχαν κλινικά σημαντικό αντίκτυπο στην PCS ήταν η ακράτεια των ούρων, η αρθρίτιδα, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η νεφρική νόσος. Η κατάθλιψη ήταν η μόνη χρόνια κατάσταση που είχε κλινικά σημαντικό αντίκτυπο στην MCS.

Οι Liu N. et al (2020:7) υπογραμμίζουν πως χαμηλότερες βαθμολογίες MCS αναφέρθηκαν από εκείνους που είχαν ιστορικό γαστρεντερικής νόσου, καρκίνου, ασθένειας του ουροποιητικού συστήματος ή πρόσφατο ιστορικό καταγμάτων. Οι συμμετέχοντες που είχαν αρτηριακή υπέρταση ανέφεραν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες PCS από τα ηλικιωμένα άτομα που δεν έπασχαν από υπέρταση.

Η χαμηλή HRQoL σε ηλικιωμένα άτομα με αναπηρία μπορεί να οφείλεται σε διάφορους παράγοντες, όπως αρνητικά συναισθήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εικόνα σώματος, εμφάνιση, πνευματικότητα, χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, κατάθλιψη και άγχος (Medhi G.K. et al, 2020:1763). Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο συνιστά την κυριότερη αιτία μακρόχρονης αναπηρίας στους ενήλικες, καθώς ανάλογα με τη σοβαρότητά του, μπορεί να αφήσει το άτομο με σημαντική εξασθένηση της σωματικής, γνωστικής, ψυχολογικής και κοινωνικής του λειτουργίας. Επηρεάζει αρνητικά την αυτονομία και την ανεξαρτησία του ατόμου και δημιουργεί την ανάγκη της απαραίτητης φροντίδας από φροντιστές (Sayed S.A. et al, 2015, Γαλάνης Π. κ.ά., 2018, Lima M.G. et al, 2009:317-319).

Η δύσπνοια στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, μειώνει σταδιακά τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή με Χ.Α.Π., όπως π.χ. την ικανότητα βάρδισης και άσκησης, καθώς και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ η αποφρακτική υπνική άπνοια και οι διαταραχές του αερισμού, επηρεάζουν περαιτέρω την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών (Παπαγεωργίου Δ., 2017, Ζαμπέλας Α., 2003).

Οι οστεοαρθρικές διαταραχές συνιστούν την κύρια αιτία μυοσκελετικού πόνου, θέτοντας σε κίνδυνο καθημερινές δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σε σκάλες καθώς και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, αδυναμία για εργασία και κοινωνικοποίηση, επιφέροντας σημαντική έκπτωση στην αυτοαναφερόμενη HRQoL του ηλικιωμένου ασθενή (Salaffi F. et al, 2005, Cedraschi C. et al, 2016).

Η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων της στεφανιαίας νόσου οδηγεί σε ελάττωση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών (προκειμένου να αποφευχθούν τα ενοχλητικά της συμπτώματα - στηθάγχη, δύσπνοια, κόπωση και αδυναμία-), με αποτέλεσμα τη μείωση της σωματικής και της πνευματικής λειτουργικότητας, τον περιορισμό της κοινωνικής ζωής, τη δυσμενέστερη αντίληψη για την υγεία και γενικότερα την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων (Κωσταρέλλου Γ. & Κυρίτση-Κουκουλάρη Ε., 2015).

Όσον αφορά τα ψυχικά νοσήματα που συνιστούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου της HRQoL, οι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά παρουσιάζουν έλλειψη ευχαρίστησης από οτιδήποτε, τάση για απομόνωση, ευερεθιστότητα, άγχος, έλλειψη ενεργητικότητας, απώλεια των ενδιαφερόντων, καθώς και ψυχοσωματικά ενοχλήματα, με αποτέλεσμα τη σημαντικά μειωμένη αυτοαναφερόμενη ποιότητα της ζωής τους (Akyol Y. et al, 2010, Στυλιανοπούλου Χ. κ.ά., 2010). Παρόμοια, η παθολογική διάσταση του άγχους περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο από την ψυχική όσο και από τη σωματική σφαίρα, ενώ οι ηλικιωμένοι ασθενείς με συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης είναι πιθανό να παρουσιάζουν πιο σοβαρή συνολική ψυχοπαθολογία απ' ότι εμφανίζεται μόνο στην κατάθλιψη, υποβαθμίζοντας ακόμα περισσότερο την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των συγκεκριμένων ηλικιωμένων ασθενών (Οικονόμου Μ. κ.ά., 2001, Sarma S.I. & Byrne G.J. et al, 2013).

Η μικρότερη επίδραση της αρτηριακής υπέρτασης και του σακχαρώδη διαβήτη στην HROoL -όπως προέκυψε σε πολλές έρευνες-, μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι υπάρχουν πιο δομημένα προγράμματα για την παρακολούθηση αυτών των

ασθενειών, διευκολύνοντας έτσι την έγκαιρη διάγνωση, προτού οι συγκεκριμένες νόσοι προκαλέσουν μεγαλύτερες συνέπειες στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων (Lima M.G. et al, 2009:317-319).

### 3.15 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Σύμφωνα με τους Forjaz M.J. et al (2015:178-179) οι ηλικιωμένοι με συννοσηρή κατάσταση ψυχικής υγείας είχαν δύομισι φορές υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης χαμηλής ποιότητας ζωής από τους ηλικιωμένους χωρίς διαταραχές ψυχικής υγείας, ενώ οι οστεοαρθρικές συννοσηρές διαταραχές παρουσίαζαν κίνδυνο εξασθενημένης ποιότητας ζωής διπλάσιο από άλλα χρόνια νοσήματα.

Παρόμοια, η μελέτη των Cwirlej–Sozanska A.B. et al (2018:540-544) έδειξε πως η ποιότητα ζωής στο σωματικό, ψυχολογικό, περιβαλλοντικό τομέα και τις κοινωνικές σχέσεις, καθώς και η υποκειμενική συνολική ποιότητα ζωής και η υποκειμενική γενική υγεία –όπως αξιολογήθηκαν με το WHOQoL-BREF-, μειώνονται σημαντικά με την αύξηση του αριθμού των χρόνιων παθήσεων του ηλικιωμένου ασθενούς.

Οι Renne I. & Gobbens R.J.J. (2018:328-329) υπογραμμίζουν ότι στην έρευνά τους η συννοσηρότητα συσχετίστηκε σημαντικά με τις πέντε από τις έξι πτυχές της ποιότητας ζωής καθώς και τη συνολική ποιότητα ζωής –χρησιμοποιώντας το WHOQoL-OLD-, εμφανίζοντας τον ισχυρότερο συσχετισμό με την κοινωνική συμμετοχή, ενώ δεν συσχετίστηκε μόνο με την πτυχή του θανάτου (Death and Dying) της ποιότητας ζωής.

Η μελέτη των Patinan S. et al (2017:3-4) ανέδειξε μία γραμμική σχέση με αρνητικό συντελεστή συσχέτισης μεταξύ αριθμού χρόνιων ασθενειών και ποιότητας ζωής. Η αύξηση του αριθμού των χρόνιων ασθενειών μειώνει την ποιότητα της ζωής και των δύο συνολικά διαστάσεων –σωματικής και ψυχικής υγείας-.

Οι Lima M.G. et al (2009:316-319) σημειώνουν πως οι μέσες βαθμολογίες της ποιότητας ζωής μειώνονται προοδευτικά και ουσιαστικά με την αύξηση του αριθμού των ασθενειών, σε σύγκριση με τις βαθμολογίες των ατόμων χωρίς νοσηρότητα. Για συννοσηρότητα δύο, τριών ή περισσότερων χρόνιων καταστάσεων, οι μέσες βαθμολογίες ήταν σημαντικά χαμηλότερες σε όλες σχεδόν τις κλίμακες (εκτός του συναισθηματικού ρόλου στη συνύπαρξη δύο χρόνιων ασθενειών).

Σύμφωνα με τους Jindai K. et al (2016:4) κάθε επιπρόσθετη χρόνια πάθηση συσχετίστηκε με αύξηση του αριθμού των λειτουργικών περιορισμών και η σχέση αυτή ήταν ισχυρότερη μεταξύ των ατόμων ηλικίας 75 ετών και άνω απ' ότι μεταξύ ατόμων ηλικίας 65 έως 74 ετών.

Κατά τους Gu J. et al (2018:11-12) το μοντέλο πολυνοσηρότητας με τον μεγαλύτερο επιπολασμό (33%) ήταν οι καρδιαγγειακές και μεταβολικές διαταραχές (υπέρταση, διαβήτης, στεφανιαία νόσος, εγκεφαλικό επεισόδιο, νεφροπάθειες, δυσλιπιδαιμία), ακολουθούμενο από τα μοντέλα των εκφυλιστικών διαταραχών (14,6%) και των πεπτικών / αναπνευστικών διαταραχών (4%). Και τα τρία μοντέλα παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την HRQoL, με τις βαθμολογίες των συμμετεχόντων σε οποιοδήποτε μοντέλο να είναι χαμηλές σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (εκτός της λειτουργίας της μνήμης).

Αντίθετα με τις προηγούμενες μελέτες, οι Somrongthong R. et al (2016:4-5) αναφέρουν πως όσον αφορά τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής και ο λόγος γι' αυτό μπορεί να είναι ότι η ποιότητα της ζωής δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την παρουσία κάποιας χρόνιας ασθένειας, άλλα και άλλοι παράγοντες μπορεί να εμπλέκονται, όπως είναι η αποδοχή της ασθένειας και η προετοιμασία για το θάνατο, την οποία ενισχύουν οι βουδιστικές πεποιθήσεις στην Ταϊλάνδη. Το υψηλό επίπεδο αποδοχής της ασθένειας ενισχύει την αυτονομία και την αυτοεκτίμηση, προάγοντας την ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης της χρόνιας νόσου και της θεραπείας της. Η αποδοχή της χρόνιας ασθένειας ως μέρος του κύκλου της ζωής, παρέχει γαλήνη και ηρεμία, στοιχεία που συνιστούν τα θεμέλια της ευτυχίας και της ποιότητας ζωής.

Η ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων με την HRQoL σε πολλές έρευνες, οφείλεται στο ότι η συννοσηρότητα εμπεριέχει μεγαλύτερο βαθμό λειτουργικής παρακμής λόγω της δυσμενούς επίδρασης στη σωματική κυρίως διάσταση, αλλά και στην κοινωνική και ψυχολογική, όταν συνυπάρχουν  $\geq 4$  νόσοι στο ίδιο άτομο. Παράλληλα, ο αυξημένος αριθμός των νόσων στο ίδιο άτομο, σχετίζεται με τη αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (με συχνές επανεισαγωγές στο νοσοκομείο), αλλά και του κόστους τους (με συχνές και τις 'out of pocket' πληρωμές) καθώς και τον αυξημένο αριθμό λαμβανομένων



φαρμάκων, με αποτέλεσμα την έκπτωση της HRQoL των ηλικιωμένων ασθενών (Xu X. et al, 2017:14-15).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο αυξημένος επιπολασμός της πολυνοσηρότητας οδηγεί σε πολυφαρμακία με επακόλουθο τον υψηλότερο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση των πολλών φαρμάκων. Ο αριθμός των χρησιμοποιούμενων φαρμάκων επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ασθενών στο σωματικό τομέα και αυτό ενδέχεται να σχετίζεται με τον υψηλότερο επιπολασμό της σωματικής αδράνειας στον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων (Costa V. et al, 2015:7, Xu X. et al, 2017:18).

### **3.16 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗΣ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΩΝ ΕΠΙΣΚΟΠΗΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ SF-36 ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ**

Είναι φανερό από τα προαναφερθέντα, ότι οι χρόνιες ασθένειες είναι συχνές στους ηλικιωμένους και μπορούν να επηρεάσουν τόσο τις σωματικές όσο και τις συναισθηματικές διαστάσεις της ζωής τους, που με τη σειρά τους διαμορφώνουν τη συνολική HRQoL (Liu N. et al, 2020:7-9).

Η δυσμενής επίδραση της χρόνιας νόσου στη σωματική διάσταση είναι πολύ πιθανό να προκαλείται κυρίως λόγω των συμπτωμάτων της νόσου και του επακόλουθου περιορισμού των δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων με χρόνιες ασθένειες (Kumar D. & Shankar H., 2018:G2-G4).

Ο σωματικός ρόλος και η σωματική λειτουργικότητα μπορεί να μειώνονται σημαντικά με την ηλικία στους χρόνια πάσχοντες και αυτά τα αποτελέσματα συνάδουν με τις βιολογικές αλλαγές στις σωματικές διαστάσεις των ηλικιωμένων (Irani A.D. et al, 2018:1092-1094).

Η χαμηλότερη μέση βαθμολογία για το σωματικό πόνο μπορεί να οφείλεται στις βιολογικές αλλαγές στις σωματικές διαστάσεις των ηλικιωμένων και τον υψηλότερο κίνδυνο για χρόνιες ασθένειες και σύνδρομα σε σύγκριση με τους νεότερους ενήλικες (Irani A.D. et al, 2018:1092-1094). Ο σωματικός πόνος δε φαίνεται να επηρεάζεται σαν άλλα πεδία, ίσως γιατί οι ηλικιωμένοι ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή, που

περιορίζει τον πόνο που βιώνουν, ή διανύουν περίοδο ύφεσης των συμπτωμάτων (Medhi G. et al, 2020:1762-1763).

Οι ίδιοι αναφέρουν πως η ζωτικότητα ίσως επηρεάζεται περισσότερο καθώς τα άτομα με λειτουργική ανικανότητα υποφέρουν από αυξημένα επίπεδα κόπωσης και μειωμένα επίπεδα ενεργητικότητας.

Η χαμηλή ψυχική υγεία σε ασθενείς με χρόνια νόσο μπορεί να προκαλείται από διάφορους παράγοντες, όπως αρνητικά συναισθήματα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εικόνα σώματος, εμφάνιση, πνευματικότητα, χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή, κατάθλιψη και άγχος (Medhi G. et al, 2020:1762-1763). Επίσης, ένας λόγος για τη χαμηλότερη ψυχική υγεία της ΗQoL μπορεί να είναι ο περιορισμός της σωματικής δραστηριότητας σε ηλικιωμένους, καθώς μελέτες έχουν δείξει θετική συσχέτιση μεταξύ σωματικής δραστηριότητας και ψυχικής υγείας. Η καλύτερη κατάσταση ψυχικής υγείας στους άνδρες μπορεί να οφείλεται σε περισσότερες κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητές τους (Irani A.D. et al, 2018:1092-1094).

Η μειωμένη επίδραση των χρόνιων νοσημάτων στο συναισθηματικό ρόλο και την κοινωνική λειτουργικότητα μπορεί να εξηγηθεί από την προσαρμογή στις καταστάσεις της νόσου ή / και την υιοθέτηση νέων συμπεριφορών τρόπου ζωής. (Lima M.G. et al, 2009:316).

Ο χαμηλότερος συναισθηματικός ρόλος της ΗQoL σε ηλικιωμένους ασθενείς μπορεί να σχετίζεται και με άλλες κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας, όπως σωματικός ρόλος, σωματική λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και κοινωνική λειτουργικότητα (Irani A.D. et al, 2018:1092-1094).

Σύμφωνα με τους ίδιους, η υψηλότερη μέση βαθμολογία για την κλίμακα κοινωνικής λειτουργικότητας μπορεί να οφείλεται στις καλύτερες σχέσεις με μέλη της κοινότητας και τις οικογένειές τους. Αντίθετα, μια πιθανή χαμηλότερη μέση βαθμολογία για την ΗQoL στην κλίμακα της κοινωνικής λειτουργικότητας σε ηλικιωμένους με χρόνια νοσήματα μπορεί να σχετίζεται με μεγαλύτερη κοινωνική ευπάθεια.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΣΕ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Οι Chara D. et al (2014:555,558,560-561) μελέτησαν την HRQoL σε συνδυασμό με κλινικά στοιχεία, ως προβλεπτικούς παράγοντες θνησιμότητας και εισαγωγής στο νοσοκομείο σε ασθενείς > 65 ετών και των δύο φύλων, που έπασχαν από την πιο κοινή καρδιακή αρρυθμία, την κοιλιακή μαρμαρυγή. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Ουάσινγκτον (Η.Π.Α). Για την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής σχετιζόμενης με τη υγεία χρησιμοποιήθηκε η Επισκόπηση Υγείας SF-36 καθώς και ο Δείκτης Ποιότητας Ζωής για Καρδιακή Νόσο (QLI-CV).

Σύμφωνα με τους ίδιους, καμία από τις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές ή τις μεταβλητές της HRQoL δεν φάνηκε να προβλέπει τη θνησιμότητα μεταξύ των γυναικών με κοιλιακή μαρμαρυγή. Ωστόσο, η PCS (Physical Component Summary) ήταν σημαντικός προγνωστικός παράγοντας της θνησιμότητας μεταξύ των ανδρών. Επιπλέον προβλεπτικοί παράγοντες της θνησιμότητας των ανδρών ήταν η μοναχική διαβίωση, η συνολική βαθμολογία των ψυχικών συστατικών της SF-36 (MCS – Mental Component Summary), η βαθμολογία της κοινωνικοοικονομικής και ψυχολογικής - πνευματικής υποκλίμακας της QLI-CV.

Όσον αφορά την εισαγωγή των γυναικών στο νοσοκομείο, ο σακχαρώδης διαβήτης και η PCS ήταν σημαντικοί ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες νοσηλείας εντός ενός έτους. Σχετικά με τους άνδρες, η PCS και η μοναχική διαβίωση ήταν σημαντικοί ανεξάρτητοι προβλεπτικοί παράγοντες νοσηλείας εντός του έτους. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι άνδρες ασθενείς που διαβιούσαν μόνοι, είχαν 91% μεγαλύτερες πιθανότητες να νοσηλευτούν ή να πεθάνουν εντός ενός έτους, σε σύγκριση με εκείνους που διέμεναν μαζί με άλλα άτομα (Chara D. et al, 2014:555,558,560-561).

Σε παρόμοια αποτελέσματα οδηγήθηκαν και οι Tsai S.Y. et al (2007:18,20,22), οι οποίοι πραγματοποίησαν μία μελέτη κοορτής για περίοδο 3 ετών –έναρξη μελέτης το 2001-, σε ηλικιωμένα άτομα > 65 ετών, που διαβιούσαν ανεξάρτητα στην κοινότητα, σε τρεις περιοχές (αστική, αγροτική και νησιωτική κοινότητα) στην Ταϊβάν, χρησιμοποιώντας την Επισκόπηση Υγείας SF-36, καθώς και αυτοαναφερόμενες πληροφορίες για δημογραφικά χαρακτηριστικά και ιατρικό

ιστορικό. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης τους, η θνησιμότητα ήταν σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες (5,57% έναντι 4,27%) και η αθροιστική θνησιμότητα αυξανόταν με την ηλικία. Οι βαθμολογίες της SF-36 των συμμετεχόντων έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι που απεβίωσαν είχαν χαμηλότερα σκορ στις κλίμακες της Επισκόπησης Υγείας SF-36, συγκριτικά με εκείνους που επέζησαν το 2003. Για όλες τις κλίμακες εκτός από το σωματικό πόνο, υπήρχε μια σημαντική σχέση μεταξύ της χαμηλότερης βαθμολογίας –κατά 10 πόντους- και της θνησιμότητας. Τόσο η PCS όσο και η MCS ήταν στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες τριετούς θνησιμότητας. Άλλες στατιστικά σημαντικές προγνωστικές μεταβλητές ήταν το φύλο, η ηλικία, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και η χρήση των υπηρεσιών υγείας εσωτερικών ασθενών.

Παράλληλα, οι Liira H. et al (2018:228,232), στο Ελσίνκι (Φινλανδία), μελέτησαν 8 δείγματα ηλικιωμένων ατόμων για να διερευνήσουν τη σχέση της HRQoL με τη θνησιμότητα, χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία 15D και διαπίστωσαν πως χαμηλή HRQoL προέβλεπε τη θνησιμότητα -από κάθε αιτία-, κατά τη διάρκεια της διετούς παρακολούθησης, στο συνδυασμένο δείγμα των 3.000 ηλικιωμένων ατόμων. Η συσχέτιση αυτή ήταν ανεξάρτητη από την ηλικία, το φύλο και τις συννοσηρότητες. Επίσης, η HRQoL συνδεόταν ανεξάρτητα με τη θνησιμότητα στα 2 χρόνια, στα περισσότερα δείγματα ηλικιωμένων, συμπεριλαμβανομένων των ατόμων με άνοια, τους διαμένοντες σε γηροκομεία και τους ηλικιωμένους με παραλήρημα. Από την άλλη, η έλλειψη συσχέτισης μεταξύ του 15D και της θνησιμότητας, παρατηρήθηκε σε ηλικιωμένους στους οποίους υπήρχαν συγκεκριμένες ψυχοκοινωνικές διαταραχές, δηλαδή στα μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, και στους φροντιστές των συζύγων τους, οι οποίοι υπέφεραν από το βάρος και την πίεση της φροντίδας. Καθώς τα χαρακτηριστικά και στα δύο δείγματα περιελάμβαναν ανεξαρτησία στην καθημερινή λειτουργία και αρκετά χαμηλό βαθμό συννοσηρότητας, φαίνεται πως η HRQoL που δίνει έμφαση στη λειτουργικότητα μπορεί να μην καταγράφει σημαντικούς κινδύνους για την υγεία των προαναφερόμενων δειγμάτων.

Οι Fan V. et al (2002:429) διεξήγαγαν διαχρονική μελέτη σε ασθενείς εγγεγραμμένους στις Κλινικές Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης που συμμετείχαν στο 'Πρόγραμμα βελτίωσης της Ποιότητας της Περιπατητικής φροντίδας' στην πόλη Σιάτλ (Ουάσινγκτον). Από τους 24.458 ασθενείς που ολοκλήρωσαν την απογραφή

υγείας, 5.503 ανέφεραν ότι είχαν κάποια χρόνια πνευμονική νόσο. Οι 3.282 ασθενείς που ολοκλήρωσαν το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής SOLDQ (ειδικό εργαλείο μέτρησης ποιότητας ζωής ασθενών με Χ.Α.Π.), είχαν μέση ηλικία τα 65,6 έτη και παρακολουθήθηκαν για 12 μήνες. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, 601 ασθενείς (18,3%) νοσηλεύτηκαν, 141 αυτών (4,3%) για επιδεινούμενη Χ.Α.Π., ενώ 167 ασθενείς (5,1%) απεβίωσαν. Μετά την προσαρμογή για την ηλικία, την τοποθεσία του νοσοκομείου, την απόσταση από το νοσοκομείο, την κατάσταση απασχόλησης και καπνίσματος, ο σχετικός κίνδυνος τυχόν νοσηλείας σε ασθενείς με βαθμολογίες στις ψυχικές και σωματικές κλίμακες καθώς στην κλίμακα ανάπτυξης δεξιοτήτων του SOLDQ που βρίσκονταν στο χαμηλότερο τεταρτημόριο, σε σύγκριση με το υψηλότερο τεταρτημόριο, ήταν 2,0 - 2,5 και 1,9 αντίστοιχα. Ομοίως, οι ασθενείς στο χαμηλότερο τεταρτημόριο της σωματικής λειτουργίας είχαν αυξημένο κίνδυνο θανάτου. Όταν έγινε η κατάλληλη προσαρμογή για συννοσηρότητα, μακροχρόνια χρήση στεροειδών και προηγούμενη νοσηλεία για Χ.Α.Π., ασθενείς με βαθμολογία σωματικής λειτουργίας SOLDQ στο χαμηλότερο τεταρτημόριο, είχαν πιθανότητες νοσηλείας για Χ.Α.Π. που ήταν πενταπλάσιες από εκείνους με βαθμολογίες στο υψηλότερο τεταρτημόριο.

Οι Kleefstra N. et al (2008:932) διεξήγαγαν μελέτη σε ασθενείς Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης ηλικίας  $68,2 \pm 11,5$  έτη με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στο πλαίσιο της έρευνας ‘Zwolle Outpatient Diabetes Integrating Available Care’ (ZODIAC) στην πόλη Ζβόλλε της Ολλανδίας. Η HRQoL μετρήθηκε με το RAND-36 (υπολογίζοντας τα δύο συνοπτικά μέτρα: τη σωματική –PCS- και την ψυχική –MCS- βαθμολογία). Η PCS συσχετίστηκε αντίστροφα με τη θνησιμότητα. Συγκεκριμένα, μείωση ενός βαθμού στη βαθμολογία PCS οδήγησε σε αύξηση του κινδύνου θνησιμότητας κατά 2,1%. Συνολικά 145 (32,4%) από 448 ασθενείς με βαθμολογίες PCS κάτω από το μέσο όρο απεβίωσαν, έναντι 69 από 449 (15,4%), με βαθμολογίες PCS πάνω από τη μέση τιμή (αναλογία 2:1). Η βαθμολογία της MCS δεν συσχετίστηκε με τη θνησιμότητα. Για τις ξεχωριστές διαστάσεις RAND-36, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές σχέσεις για τη σωματική λειτουργικότητα και γενική αντίληψη για την υγεία. Ειδικά για την καρδιαγγειακή θνησιμότητα στους διαβητικούς ασθενείς, τα αποτελέσματα παρέμειναν σημαντικά για τη σωματική λειτουργικότητα.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί στα προηγούμενα κεφάλαια, οι χρόνιες ασθένειες έχουν προκαλέσει τεράστια και συνεχώς αυξανόμενη επιβάρυνση σε άτομα, οικογένειες, την ευρύτερη κοινωνία, καθώς και στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, το οποίο ιστορικά έχει επικεντρωθεί στη διαχείριση μιας συγκεκριμένης πάθησης, σε αντίθεση με τη διαχείριση του ασθενούς, έχει αποδειχθεί τόσο ακριβό όσο και αναποτελεσματικό στη θεραπεία χρόνιων παθήσεων. Η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που μπορούν να εκπαιδεύσουν και να βοηθήσουν τους ανθρώπους να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν μια μακροπρόθεσμη αλλαγή συμπεριφοράς στην υγεία, στο πλαίσιο αποτροπής περαιτέρω εξέλιξης της νόσου και βελτίωσης της ποιότητας ζωής, είναι μία διαρκής και επιτακτική ανάγκη (Allegrante J.P. et al, 2019:127-128).

#### 5.1 Προληπτικές παρεμβάσεις – Συμπεριφορές τρόπου ζωής

Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη διαδικασία, την εξέλιξη ή τις επιπλοκές της χρόνιας νόσου. Ακόμα και όταν μια συγκεκριμένη συμπεριφορά υγείας δεν σχετίζεται άμεσα με τη χρόνια ασθένεια ενός ατόμου (π.χ. κάπνισμα και αρθρίτιδα), η υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής από άτομα με χρόνιες ασθένειες μπορεί να χρησιμεύσει για την καλύτερη έκβαση της νόσου, καθώς προασπίζει την υγεία από επιπλέον απειλές και κινδύνους για την υγεία τους. Η αλλαγή συμπεριφοράς στον τρόπο ζωής δεν μπορεί γενικά να υποκαταστήσει την αποτελεσματική ιατρική αντιμετώπιση χρόνιων παθήσεων, αλλά συχνά υποστηρίζει την «καλή ζωή» και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (V Fineberg H., 2012:151-155).

##### 5.1.1 Η σημασία της σωματικής άσκησης

Η σωματική δραστηριότητα αναφέρεται σε «κάθε κίνηση του σώματος που παράγεται από τους σκελετικούς μύς και έχει ως αποτέλεσμα τη δαπάνη θερμίδων», ενώ η άσκηση είναι μια μορφή σωματικής δραστηριότητας που ορίζεται ως «προγραμματισμένη, δομημένη, επαναλαμβανόμενη και έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση μιας ή περισσότερων παραμέτρων της φυσικής κατάστασης» (Caspersen C.J. et al., 1985:126).

Πολλά είναι τα στοιχεία που καταδεικνύουν τη θετική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων (Blair S.N. et al., 1995:1093).

Η άσκηση μαζί με την διατροφή και την φροντίδα της συναισθηματικής υγείας των ηλικιωμένων, προάγουν την κατάσταση της υγείας, ενώ οι δραστήριοι ηλικιωμένοι νιώθουν πιο δυνατοί, υγιείς και ευτυχισμένοι (Belza B. et al., 2004).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. το 6% της παγκόσμιας θνησιμότητας -από κάθε αιτία- αποδίδεται στην απουσία σωματικής δραστηριότητας, συνιστώντας τον τέταρτο παράγοντα κινδύνου θνησιμότητας παγκοσμίως μέχρι σήμερα (WHO, 2008, WHO, 2010). Παράλληλα, η καθιστική ζωή, με κυρίαρχη συμπεριφορά την παρακολούθηση τηλεόρασης, συσχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο παχυσαρκίας, ασθένειας και θνησιμότητας (Jakes R. et al., 2003:1089).

Η σωματική άσκηση βελτιώνει τη μυϊκή λειτουργία και δύναμη, με αποτέλεσμα ο ηλικιωμένος να είναι σε θέση να εκτελεί με λιγότερη κόπωση τις καθημερινές του δραστηριότητες, παραμένοντας ανεξάρτητος και αποτελεσματικός (Myers J., 2003). Σύμφωνα με τους Casas - Herrero A. et al. (2012:69), οι ασκήσεις αντίστασης συνιστούν σημαντικές παρεμβάσεις για τον περιορισμό της σαρκοπενίας (εξασθένηση μυών) στα ηλικιωμένα άτομα. Παράλληλα, η σωματική άσκηση βελτιώνει τη στάση του σώματος, καθώς και την ευλυγισία του θώρακα, του ισχίου και της σπονδυλικής στήλης του ηλικιωμένου, συμβάλλοντας και στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καταγμάτων, λόγω της επιβράδυνσης της οστικής απώλειας (Moayyeri A. et al., 2008:827).

Επιπλέον, η συστηματική άσκηση περιορίζει τους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου (υπέρταση, παχυσαρκία, χαμηλή HDL - χοληστερόλη), καθώς και τη θνησιμότητα από στεφανιαία νόσο (Myers J., 2003, Kelley G.A. et al., 2005:206), ενώ συγχρόνως μειώνει τον κίνδυνο για μεταβολικό σύνδρομο και στα δύο φύλα (Hahn V. et al., 2009:511), ενώ ενδέχεται να συμβάλλει και στον περιορισμό της εξασθένησης των γνωσιακών λειτουργιών στα ηλικιωμένα άτομα (Jedrziwski M.K. et al., 2007:98).

Ενώ η άσκηση αναμένεται να βελτιώσει την καλή φυσική κατάσταση στα περισσότερα άτομα, για εκείνους με χρόνιες ασθένειες, αυτό που είναι κρίσιμο είναι ο περιορισμός των επιπτώσεων της νόσου στην ποιότητα ζωής, τη λειτουργικότητα και την εξέλιξη της ασθένειάς τους. Μια συστηματική ανασκόπηση των παρεμβάσεων σωματικής δραστηριότητας σε επιζώντες από καρκίνο αναφέρει βελτιώσεις που σχετίζονται με την κόπωση, τις λειτουργικές πτυχές της ποιότητας ζωής, το άγχος

και την αυτοεκτίμηση στους συγκεκριμένους ασθενείς. Παράλληλα, για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δομημένα προγράμματα άσκησης, σωματική δραστηριότητα και διατροφικές συμβουλές από γιατρό επηρεάζουν την πορεία της νόσου, μειώνοντας σημαντικά τα επίπεδα της HbA1c (γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης). Επιπλέον, η έρευνα της οστεοαρθρίτιδας δείχνει ότι η επίγεια και υδρόβια άσκηση μειώνει τον πόνο, την κόπωση και την ακαμψία, βελτιώνοντας την απόδοση στις λειτουργικές αξιολογήσεις των συγκεκριμένων ασθενών (V Fineberg H., 2012:151-155).

### **5.1.2 Η σημασία της διατροφής**

Όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και η Ελλάδα, ακολουθούν τις επίσημες Ευρωπαϊκές Οδηγίες σχετικά με τη διαθρεπτική επισήμανση των τροφίμων και ποτών (Cheftel J.C., 2005). Το 2011 η διαθρεπτική επισήμανση έγινε υποχρεωτική και πρέπει να παρέχει πληροφορίες για την ενέργεια και συνολικά έξι θρεπτικά συστατικά (ολικό λίπος, κορεσμένο, υδατάνθρακες, σάκχαρα, πρωτεΐνη και αλάτι, εκφρασμένα σε 100 γραμμάρια ή ανά 100 γραμμάρια προϊόντος) (REGULATION EU No 1169/2011).

Οι συστάσεις προς τον πληθυσμό των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα σχετικά με την υγιεινή διατροφή εναρμονίζονται με τις βασικές αρχές της ελληνικής παραλλαγής της Μεσογειακής διατροφής (Ζαμπέλας Α., 2003). Η παραδοσιακή Μεσογειακή διατροφή χαρακτηρίζεται από υψηλή κατανάλωση ακόρεστων λιπαρών οξέων (κυρίως ελαιόλαδου), οσπρίων, ανεπεξέργαστων κυρίως δημητριακών, φρούτων και λαχανικών, χαμηλή κατανάλωση κορεσμένων λιπαρών οξέων, κρέατος και προϊόντων κρέατος και πουλερικών, χαμηλή προς μέτρια κατανάλωση γαλακτοκομικών προϊόντων (κυρίως τυρί και γιαούρτι), μέτρια προς υψηλή κατανάλωση ψαριού, καθώς και μέτρια ποσότητα αιθανόλης με τη μορφή κρασιού (Trihopoulou A. et al., 2003:2599).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η Μεσογειακή διατροφή είναι ένα διατροφικό πρότυπο που έχει συσχετισθεί με μειωμένο κίνδυνο για διάφορες μορφές καρκίνου (Verberne L. et al., 2010:860), παχυσαρκίας (Tyrovolas S. et al., 2009:137), δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου και γενικά θνησιμότητας από κάθε αιτία (Trihopoulou A. et al., 2005:5-7). Επιπλέον, ευεργετική είναι η επίδραση της Μεσογειακής διατροφής στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Shah R.V. et al., 2016:185), τη γνωστική και σωματική λειτουργία στους ηλικιωμένους (Zbeida M. et



al., 2014:411), καθώς και τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης και θνησιμότητας από τη νόσο Alzheimer και Parkinson (Scarmeas N. et al., 2006:912, Sofi F. et al., 2008:1189).

Άτομα με χρόνιες ασθένειες μπορεί να αντιμετωπίζουν κοινωνικοοικονομικά ζητήματα που συμβάλλουν στην επισιτιστική ανασφάλεια, μια κατάσταση στην οποία τα άτομα πρέπει να κάνουν επιλογές για το πώς να ξοδέψουν το περιορισμένο εισόδημά τους. Τα φρέσκα φρούτα και λαχανικά μπορεί να είναι ακριβά, ενώ το ρύζι και οι πατάτες δεν είναι. Η επισιτιστική ανασφάλεια μπορεί επίσης να περιλαμβάνει δυσκολίες στην προμήθεια ή την προετοιμασία επαρκούς τροφής. Τα άτομα με αναπηρίες μπορεί να έχουν περισσότερα προβλήματα με το να μπορούν να ψωνίζουν ή να μαγειρεύουν, με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν παρασκευασμένα ή μεταποιημένα προϊόντα, τα οποία συχνά έχουν υψηλή περιεκτικότητα σε αλάτι και λίπος (V Fineberg H., 2012:151-155) (Εικόνα 10).

Εικόνα 10: Ο δεκάλογος της υγιεινής διατροφής.



Πηγή: 'Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω' (2014).

<http://www.diatrofikoioidigoi.gr/?page=diatrofikoi-odigoi-elders>.

## 5.2 Το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας (Chronic Care Model)

Το μοντέλο χρόνιας φροντίδας αναπτύχθηκε το 1998 από τον Dr Ed Wagner και την ομάδα του στις Η.Π.Α. Στο μοντέλο αυτό η αποτελεσματική περίθαλψη χρόνιας ασθένειας χαρακτηρίζεται από τις παραγωγικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ενεργοποιημένων ασθενών, οικογένειας και φροντιστών, από τη μία, και μιας κατάλληλα προετοιμασμένης ομάδας επαγγελματιών, από την άλλη. Σε επίπεδο κλινικής πρακτικής, τέσσερις τομείς (στοιχεία του μοντέλου φροντίδας) επηρεάζουν την ικανότητα παροχής αποτελεσματικής φροντίδας χρόνιας ασθένειας: η υποστήριξη της αυτοδιαχείριση, ο σχεδιασμός συστήματος παράδοσης, η υποστήριξη των αποφάσεων και τα κλινικά συστήματα πληροφοριών. Στο πλαίσιο του συγκεκριμένου μοντέλου, βασικός στόχος είναι η παροχή ασφαλούς, αποτελεσματικής, έγκαιρης και δίκαιης φροντίδας, με επίκεντρο τον ασθενή (<https://www.gvpcp.org.au/wp-content/uploads/2016/11/2014-Hume-Expanded-Chronic-Care-Model.pdf>) (Εικόνα 11).

**Εικόνα 11:** Το Διευρυμένο Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας.



**Πηγή:** <https://www.gvpcp.org.au/wp-content/uploads/2016/11/2014-Hume-Expanded-Chronic-Care-Model.pdf>.

Σύστημα υγείας: Βασικά στοιχεία του συστήματος υγείας στο πλαίσιο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι:

- Η δημιουργία κουλτούρας, οργάνωσης και μηχανισμών που προωθούν μία ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα.
- Η υποστήριξη της βελτίωσης σε όλα τα επίπεδα του υγειονομικού οργανισμού, ξεκινώντας από τον ανώτερο ηγέτη.
- Η προώθηση αποτελεσματικών στρατηγικών βελτίωσης με στόχο την ολοκληρωμένη αλλαγή του συστήματος.
- Η ενθάρρυνση ενός ανοιχτού και συστηματικού χειρισμού λαθών και προβλημάτων ποιότητας για τη βελτίωση της φροντίδας.
- Η παροχή κινήτρων με βάση την ποιότητα της περίθαλψης.
- Η ανάπτυξη συμφωνιών που διευκολύνουν τον συντονισμό της φροντίδας εντός και μεταξύ των υγειονομικών οργανισμών.

Κοινότητα: Βασικά στοιχεία της κοινότητας στο πλαίσιο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι:

- Η κινητοποίηση των κοινοτικών πόρων που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών.
- Η ενθάρρυνση των ασθενών να συμμετέχουν σε αποτελεσματικά κοινοτικά προγράμματα
- Η δημιουργία συνεργασιών με κοινοτικούς οργανισμούς για την υποστήριξη κατάλληλων παρεμβάσεων.
- Η υπεράσπιση πολιτικών για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού.
- Η δημιουργία συνθηκών διαβίωσης και απασχόλησης που να είναι ασφαλείς, ικανοποιητικές και ευχάριστες.

Υποστήριξη αυτοδιαχείρισης: Βασικά στοιχεία της υποστήριξης αυτοδιαχείρισης στο πλαίσιο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι:

- Η ενδυνάμωση και προετοιμασία των ασθενών για τη διαχείριση της υγείας τους και της υγειονομικής τους περίθαλψης.
- Η έμφαση στον κεντρικό ρόλο του ασθενούς στην αυτοδιαχείριση της υγείας του.

- Η χρησιμοποίηση αποτελεσματικών στρατηγικών υποστήριξης της αυτοδιαχείρισης που περιλαμβάνουν αξιολόγηση, καθορισμό στόχων, σχεδιασμό δράσης, επίλυση προβλημάτων και επανέλεγχο (follow-up).
- Η οργάνωση εσωτερικών και κοινοτικών πόρων για την επίτευξη συνεχούς υποστήριξης αυτοδιαχείρισης των ασθενών.
- Η βελτίωση δεξιοτήτων για προσωπική υγεία και ευεξία.

Υποστήριξη λήψης απόφασης: Βασικά στοιχεία της υποστήριξης λήψης απόφασης στο πλαίσιο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι:

- Η προώθηση κλινικής φροντίδας που να είναι σύμφωνη με τα επιστημονικά στοιχεία και τις προτιμήσεις των ασθενών.
- Η ενσωμάτωση τεκμηριωμένων οδηγιών στην καθημερινή κλινική πρακτική καθώς και στρατηγικές που βοηθούν τις κοινότητες να μείνουν υγιείς.
- Η παροχή τεκμηριωμένων οδηγιών και πληροφοριών στους ασθενείς με τρόπο που να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους.
- Η χρησιμοποίηση επικαιροποιημένων μεθόδων εκπαίδευσης.
- Η ενσωμάτωση εξειδικευμένης εμπειρογνομosύνης και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Σχεδιασμός συστήματος παράδοσης: Βασικά στοιχεία του σχεδιασμού συστήματος παράδοσης στο πλαίσιο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι:

- Η εξασφάλιση της παροχής αποτελεσματικής και αποδοτικής κλινικής φροντίδας και υποστήριξης της αυτοδιαχείρισης.
- Ο προσδιορισμός ρόλων και η διανομή καθηκόντων μεταξύ των μελών της ομάδας.
- Η χρησιμοποίηση προγραμματισμένης αλληλεπίδρασης για την υποστήριξη τεκμηριωμένης φροντίδας.
- Η παροχή υπηρεσιών διαχείρισης κλινικών περιπτώσεων για ασθενείς με πολύπλοκες συννοσηρότητες.
- Η εξασφάλιση τακτικής επαναπαρακολούθησης από την ομάδα φροντίδας.
- Η έμφαση στην κατανόηση εκ μέρους των ασθενών με κατάλληλες προσαρμογές στο πολιτιστικό τους υπόβαθρο.
- Υποστήριξη ατόμων και κοινοτήτων με πιο ολιστικό τρόπο (σημασία τόσο σε υγειονομικές όσο και σε κοινωνικές ανάγκες).

Κλινικά Πληροφοριακά Συστήματα: Βασικά στοιχεία των κλινικών πληροφοριακών συστημάτων στο πλαίσιο του μοντέλου χρόνιας φροντίδας είναι:

- Η οργάνωση δεδομένων των ασθενών και του πληθυσμού για την διευκόλυνση μιας αποτελεσματικής και αποδοτικής φροντίδας.
- Η παροχή έγκαιρων υπενθυμίσεων για παρόχους και ασθενείς.
- Ο προσδιορισμός υποπληθυσμών για παροχή προληπτικής φροντίδας.
- Η διευκόλυνση του σχεδιασμού εξατομικευμένης φροντίδας ασθενών.
- Η παροχή κοινών και ενιαίων πληροφοριών μεταξύ ασθενών και παρόχων για τον καλύτερο συντονισμό της φροντίδας.
- Η παρακολούθηση της απόδοσης της υγειονομικής ομάδας και του συστήματος φροντίδας.
- Η συμπερίληψη κοινοτικών δεδομένων για την κατανόηση του κοινωνικού και οικονομικού πλαισίου εντός του οποίου διαμορφώνονται και παρέχονται οι υπηρεσίες (<https://www.gvpcp.org.au/wp-content/uploads/2016/11/2014-Hume-Expanded-Chronic-Care-Model.pdf>).

Σύμφωνα με τους Flanagan S. et al. (2017:7), οι παρεμβάσεις που στηρίζονται στο μοντέλο χρόνιας φροντίδας δείχνουν θετικά αποτελέσματα, ενώ είναι πιο πιθανό να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, όταν περιλαμβάνουν μεγαλύτερο αριθμό επιμέρους συστατικών (σωματική άσκηση, αυτοδιαχείριση, παρακολούθηση από γιατρό και / ή νοσηλεύτρια, εκπαιδευτικές συνεδρίες).

### **5.3 Η αυτοδιαχείριση των χρόνιων νόσων (self – management)**

#### **5.3.1 Τα κύρια χαρακτηριστικά της αυτοδιαχείρισης**

Η έρευνα για την ανάπτυξη και αξιολόγηση προγραμμάτων αυτοδιαχείρισης ασθενειών χρονολογείται πάνω από 40 χρόνια. Καθώς τα πρόωρα προγράμματα διαχείρισης χρόνιων ασθενειών προσανατολίστηκαν σε μεγάλο βαθμό στο ρόλο του παρόχου υγείας, οι αρχικές προσπάθειες για την ανάπτυξη αυτοδιαχείρισης ασθενειών σχεδιάστηκαν για να παρέχουν πληροφορίες για συγκεκριμένες νόσους και να βελτιώσουν τη συμμόρφωση με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα. Από τότε, η αυτοδιαχείριση της χρόνιας νόσου έχει ωριμάσει και εξελιχθεί, για να υποστηρίξει και να επιτρέψει στους ασθενείς να αναπτύξουν ένα ευρύ φάσμα δεξιοτήτων

συμπεριφοράς και άλλων ικανοτήτων απαραίτητων στην αποτελεσματική διαχείριση πολλών χρόνιων ασθενειών (Allegrante J.P. et al, 2019:127-128, Garnett A. et al, 2018).

Σύμφωνα με τους ίδιους, η αυτοδιαχείριση ορίζεται ευρέως ως μια «διαδικασία κατά την οποία οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται για να τους βοηθήσουν να αναλάβουν τον έλεγχο της διαχείρισης της φροντίδας τους, και αυτό μπορεί να είναι σημαντικό για την αλλαγή των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου και των συνηθειών υγείας». Η αυτοδιαχείριση ορίζεται επίσης ως «η διαδικασία ενός ατόμου που αναλαμβάνει την ευθύνη για τη συμπεριφορά και την ευημερία του» (Oxford Dictionary, 2014). Τα προγράμματα αυτοδιαχείρισης μπορεί να οδηγήσουν σε βελτιώσεις της υγείας σε ηλικιωμένους ενήλικες με συννοσηρότητα, βελτιώνοντας, για παράδειγμα, τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, μειώνοντας την αρτηριακή πίεση, περιορίζοντας τον πόνο και διατηρώντας τα επίπεδα σωματικής λειτουργικότητας.

Τα κοινά χαρακτηριστικά των ειδικών -για την ασθένεια- ορισμών της αυτοδιαχείρισης περιλαμβάνουν την επίγνωση των συμπτωμάτων και τη γνώση της νόσου, αλλαγές στον τρόπο ζωής και διαχείριση συμπεριφοράς, καθώς και στοιχεία της ψυχολογίας και διαχείρισης του άγχους.

Από την άλλη, οι ορισμοί της αυτοδιαχείρισης που είναι λιγότερο οριοθετημένοι για συγκεκριμένες ασθένειες, και μπορούν να εφαρμοστούν σε μια ποικιλία ασθενειών ή χρόνιων παθήσεων, συνήθως περιλαμβάνουν κοινά στοιχεία όπως: α) την ανάπτυξη ενός σχεδίου διαχείρισης της υγείας με τη βοήθεια ενός παρόχου ή μίας ομάδας υγειονομικής περίθαλψης, β) τη χρήση γενικών στρατηγικών συμπεριφοράς για τη διαχείριση ασθενειών όπως είναι η άσκηση, η υγιεινή διατροφή και η διαχείριση των συναισθημάτων, γ) την τήρηση της θεραπευτικής αγωγής, δ) τη συμμετοχή σε εκπαιδευτικά προγράμματα, ε) τον καθορισμό στόχων του ασθενή και συμμετοχή στο σχεδιασμό φροντίδας, και στ) την αυτοαποτελεσματικότητα του ασθενή.

Οι πρώτες χρήσεις της αυτοδιαχείρισης βασίζονται στη θεωρία της κοινωνικής μάθησης, που αναπτύχθηκε από τον Albert Bandura στη δεκαετία του 1960, και στην έννοια του αυτοέλεγχου, η οποία προέρχεται από την ιδέα ότι τα άτομα έχουν τη δυνατότητα να αλλάξουν την άμεση συμπεριφορά τους προκειμένου να επηρεάσουν τις μακροπρόθεσμες συνέπειες αυτής της συμπεριφοράς. Σύμφωνα με τη θεωρία της

κοινωνικής μάθησης, η διαδικασία αυτοδιαχείρισης βασίζεται στην επίτευξη ενός επιθυμητού στόχου και επηρεάζεται από εσωτερικές (υπό τον έλεγχο του ατόμου) και εξωτερικές (πέρα υπό τον έλεγχο του ατόμου) επιρροές. Οι εσωτερικές επιρροές αφορούν τη φυσική και γνωστική ικανότητα του ατόμου να εκτελεί συγκεκριμένες ενέργειες, καθώς και την επιθυμία του να παραμείνει ανεξάρτητο, ενώ οι εξωτερικές επιρροές περιλαμβάνουν την πρόσβαση σε ενσωματωμένες δομές (π.χ. δίκτυα μεταφορών, τηλέφωνο, διαδίκτυο) και την ύπαρξη κοινωνικών δικτύων για τη δημιουργία θετικών και αξιόπιστων σχέσεων (Allegrante J.P. et al, 2019:127-128, Garnett A. et al, 2018).

Τα καθοριστικά χαρακτηριστικά της αυτοδιαχείρισης συνίστανται στα ακόλουθα:

- χρήση οικονομικών πόρων για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων,
- απόκτηση εκπαίδευσης που σχετίζεται με την υγεία και τις ασθένειες από επαγγελματίες υγείας,
- χρήση διαφόρων συνεχιζόμενων κοινωνικών υποστηρίξεων,
- απάντηση με ψυχολογικά και συναισθηματικά θετικούς τρόπους σε αλλαγές στην κατάσταση της υγείας,
- συνεχής δέσμευση με το σύστημα υγείας, και
- ενεργός συμμετοχή στη συνεχή παρακολούθηση και διαχείριση των ασθενειών.

Η χρησιμοποίηση οικονομικών πόρων για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων αποτελεί ένα σταθερό σημείο εκκίνησης για την αυτοδιαχείριση χρόνιων ασθενειών από έναν ηλικιωμένο ενήλικο. Ορισμένοι ηλικιωμένοι δίνουν προτεραιότητα στη διαχείριση των ασθενειών τους με βάση οικονομικούς περιορισμούς, προσδιορίζοντας συγχρόνως την έλλειψη ασφάλισης ως εμπόδιο στην ικανότητά τους να αυτοδιαχειρίζονται τα προβλήματα της υγείας τους. Τα χαμηλά εισοδήματα ενδέχεται επίσης να περιορίσουν την πρόσβαση σε προμήθειες, φάρμακα, υγιεινά τρόφιμα και υποστηρικτικό εξοπλισμό όπως βοηθητικές συσκευές ή εξοπλισμό άσκησης και αθλητικές εγκαταστάσεις. Από την άλλη, αρκετοί γιατροί συνταγογραφούν φάρμακα χωρίς να λαμβάνουν υπόψη το σχετικό κόστος για τον ασθενή, κάτι που μπορεί να αυξήσει άσκοπα το οικονομικό άγχος του τελευταίου, ενώ ένα ακόμα πρόβλημα μπορεί να προκύψει από δημόσιες και ιδιωτικές ασφαλιστικές πληρωμές με χρέωση.



Η απόκτησης εκπαίδευσης που σχετίζεται με την υγεία και τις ασθένειες από επαγγελματίες υγείας, μπορεί να έχει πολλές μορφές, αλλά η μεγαλύτερη επιτυχία επιτυγχάνεται όταν η εκπαίδευση συνδυάζεται με ισχυρά στοιχεία δέσμευσης των ασθενών, συνεχή υποστήριξη, προσιτές επιλογές, ανατροφοδότηση, διευκόλυνση και ατομική προσαρμογή. Είναι σημαντικό ότι η παροχή εκπαίδευσης στον πληθυσμό των ηλικιωμένων θα πρέπει να περιλαμβάνει ευκαιρίες για αποσαφήνιση πληροφοριών, διόρθωση λανθασμένων αντιλήψεων και έμφαση στην αλλαγή συμπεριφοράς, ώστε να διασφαλιστεί ότι οι ηλικιωμένοι με χρόνια νοσήματα λαμβάνουν ενημερωμένες αποφάσεις και είναι σε θέση να επιτύχουν την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. Παράλληλα, η έρευνα καταδεικνύει ότι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να αναγνωρίσουν την ανάγκη να συμπεριληφθούν οι φροντιστές σε εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες για τη βελτιστοποίηση των αποτελεσμάτων των ασθενών.

Η χρήση μιας ποικίλης συνεχούς κοινωνικής υποστήριξης μπορεί να έχει πολλές μορφές και να είναι είτε ανεπίσημη, όπως η υποστήριξη που παρέχεται από φίλους, οικογένεια, φροντιστές, και πνευματικές ή θρησκευτικές ομάδες ή να έχει επίσημο χαρακτήρα, όπως μια οργανωμένη ομάδα υποστήριξης. Η χρήση ισχυρών δικτύων κοινωνικής υποστήριξης επιτρέπει στους ηλικιωμένους ενήλικες με χρόνιες παθήσεις να ζουν ‘ικανοποιημένες’ και ‘ενεργές’ ζωές, ενώ τα μειωμένα επίπεδα κοινωνικής δραστηριότητας σχετίζονται και με χαμηλότερη αντιληπτή κατάσταση υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων.

Η απόκριση με ψυχολογικά και συναισθηματικά θετικούς τρόπους σε αλλαγές στην κατάσταση της υγείας αναφέρεται στην ικανότητα των ηλικιωμένων να διαχειρίζονται τις διακυμάνσεις της υγείας τους -που είναι συχνές σε πολλά χρόνια νοσήματα- ενώ συγχρόνως τους βοηθούν να αντιμετωπίζουν τα συναισθήματα γύρω από την εξέλιξη της νόσου ή την επιδείνωση των συμπτωμάτων τους. Η λήψη προληπτικών μέτρων, όπως η αναζήτηση συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια, τους φίλους ή τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, όταν είναι απαραίτητο, αποδεικνύει επίσης την ψυχολογική και συναισθηματική ικανότητα των ηλικιωμένων να ανταποκρίνονται κατάλληλα και θετικά στην μεταβαλλόμενη κατάσταση της υγείας τους. Όταν οι ηλικιωμένοι με χρόνιες παθήσεις είναι πρόθυμοι να συμμετάσχουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς τους -το οποίο συνιστά ένα θεμελιώδες μέρος της επιτυχούς αυτοδιαχείρισης- προκύπτουν σαφή οφέλη για τον

ηλικιωμένο, όπως μειωμένες επισκέψεις σε ιατρεία έκτακτων περιστατικών, βελτιωμένος έλεγχος συμπτωμάτων και διατήρηση της ανεξαρτησίας του. Άλλα παραδείγματα θετικών ψυχολογικών απαντήσεων στις αλλαγές της υγείας περιλαμβάνουν τον καθορισμό στόχων, την αίσθηση αυξημένης ασφάλειας και την ανταλλαγή προσωπικών εμπειριών και συναισθημάτων σε μια ομάδα παρόμοιων συνομηλίκων.

Η συνεχής δέσμευση των ασθενών με το σύστημα υγείας θεωρείται θεμελιώδης για την αυτοδιαχείριση των χρόνιων παθήσεων σε ηλικιωμένα άτομα. Οι τακτικές αλληλεπιδράσεις με τους επαγγελματίες υγείας διευκολύνουν: α) τη συνεχή παρακολούθηση των χρόνιων νοσημάτων, β) την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε διάλογο γύρω από τη διαχείριση των ασθενειών, γ) την τεκμηρίωση νέων συμπτωμάτων και δ) τις ευκαιρίες να αντιμετωπισθούν αλλαγές προτού γίνει κρίσιμο ένα ζήτημα υγείας. Παράλληλα, τα επίσημα προγράμματα υγείας μπορούν να προάγουν την υποστήριξη και την αλληλεπίδραση από ομότιμους, τη λήψη εκπαίδευσης που σχετίζεται με την υγεία ή τη νόσο, την ανάπτυξη ατομικών στόχων ή τη συμμετοχή σε σωματική δραστηριότητα υπό την καθοδήγηση επαγγελματιών. Σε αυτό το πλαίσιο, ο «εαυτός» στην αυτοδιαχείριση της χρόνιας νόσου μπορεί να είναι ‘παραπλανητικός’, επειδή οι ασθενείς που είναι αποτελεσματικοί στην αυτοδιαχείριση δεν χειρίζονται ‘μόνοι τους’ ή ‘μόνο’ την υγεία τους. Στην πραγματικότητα, η καλή αυτοδιαχείριση απαιτεί ομαδική προσέγγιση μεταξύ του ατόμου, του κοινωνικού τους δικτύου και των συνδεδεμένων παρόχων υγειονομικής περίθαλψης με συνεχή ανατροφοδότηση και προσαρμογή σχεδίων φροντίδας για την κάλυψη των ατομικών αναγκών.

Τέλος, η ενεργός συμμετοχή στη διαχείριση και παρακολούθηση χρόνιων νοσημάτων περιλαμβάνει την προσωπική παρακολούθηση της υγείας και συμπεριφορές υποστήριξης όπως: α) τη συμμετοχή σε τακτική σωματική δραστηριότητα, β) την παρακολούθηση των συνθηκών υγείας, όπως παρακολούθηση γλυκόζης αίματος και έλεγχος διαβητικού ποδιού, γ) τη λήψη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, δ) την υιοθέτηση διαιτητικών τροποποιήσεων, όπως μείωση της πρόσληψης νατρίου ή κορεσμένων λιπών, ε) την ανάπαυση, στ) την προτεραιότητα συνθηκών υγείας για να αποφευχθεί η καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η ενεργός συμμετοχή στη διαχείριση χρόνιων ασθενειών επιτρέπει στους ηλικιωμένους να συμβουλευτούν έναν επαγγελματία υγείας μόλις βιώσουν μια σημαντική αλλαγή στην κατάσταση της

υγείας ή αν εκδηλώσουν μία ανεπιθύμητη αντίδραση σε ένα φάρμακο, μειώνοντας έτσι την πιθανότητα μίας απροσδόκητης περιπέτειας επιδείνωσης της κατάστασης της υγείας τους (Allegrante J.P. et al, 2019:127-128, Garnett A. et al, 2018).

Σύμφωνα με τους Flanagan S. et al (2017:7), οι παρεμβάσεις που στηρίζονται στην αυτοδιαχείριση, δείχνουν μεικτή εικόνα. Ωστόσο, οι Zwerink M. et al (2014) σε Flanagan S. et al (2017:7), περιέγραψαν μια πολυπλοκότερη παρέμβαση αυτοδιαχείρισης με κοινωνική υποστήριξη, εκπαίδευση και αυτοδιαχείριση συμπτωμάτων ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που έδειξε σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών.

### **5.3.2 Περιγραφή παρέμβασης αυτοδιαχείρισης χρόνιων νόσων**

Οι Kim S.H. & Youn C.H. (2014:42-45) πραγματοποίησαν μελέτη για να εκτιμήσουν την αποτελεσματικότητα του προγράμματος αυτοδιαχείρισης χρόνιας νόσου (Chronic Disease Self-management Program - CDSMP) σε ηλικιωμένους ενήλικες της Κορέας, που έπασχαν από χρόνια νοσήματα. Το πρόγραμμα αυτοδιαχείρισης χρόνιων νόσων, βασισμένο σε ομάδες, συνιστά μία παρέμβαση για χρήση σε οποιαδήποτε μακροχρόνια νοσηρή κατάσταση, εστιάζοντας στη βελτίωση της αυτοαποτελεσματικότητας και στην ενσωμάτωση πληροφοριών σχετικά με τη διαχείριση κοινών καθημερινών προβλημάτων που σχετίζονται με τη χρόνια ασθένεια. Οι συμμετέχοντες προήλθαν από δύο κοινοτικά κέντρα ηλικιωμένων στην ίδια τοπική συνοικία που βρίσκεται σε αστικές περιοχές χαμηλού εισοδήματος. Οι ηλικιωμένοι από το ένα κέντρο (23 άτομα) αποτέλεσαν την ομάδα παρέμβασης και οι συμμετέχοντες από το άλλο (31 άτομα) ήταν η ομάδα ελέγχου. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων πριν από την έναρξη του εργαστηρίου (βασική γραμμή), αμέσως μετά το τέλος του προγράμματος (6<sup>η</sup> εβδομάδα), και την 18<sup>η</sup> εβδομάδα της παρακολούθησης. Το Κορεατικό Τεστ Λειτουργικού Γραμματισμού για την υγεία χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της παιδείας για την υγεία, η αυτοαποτελεσματικότητα μετρήθηκε χρησιμοποιώντας το όργανο που αναπτύχθηκε από τους Lorig et al., ενώ οι καταστάσεις σωματικής και ψυχικής υγείας μετρήθηκαν χρησιμοποιώντας την Επισκόπηση Υγείας SF-12.

Το εργαστήριο του προγράμματος αυτοδιαχείρισης χρόνιας νόσου πραγματοποιήθηκε σε έξι εβδομαδιαίες συνεδρίες, καθεμία από τις οποίες διεξήχθη για 2,5 ώρες από τον

κύριο ερευνητή και έναν ομότιμο (εκπαιδευμένο άτομο από τους ηλικιωμένους) από τις 26 Μαΐου έως τις 30 Ιουνίου 2012. Κάθε συνεδρία γινόταν σε ομάδες των 10-12 συμμετεχόντων. Το περιεχόμενο του μαθήματος περιελάμβανε διαχείριση συμπτωμάτων, επίλυση προβλημάτων, διαχείριση των συναισθημάτων που σχετίζονται με την χρόνια ασθένεια, άσκηση, διατροφή, φάρμακα και επικοινωνιακές δεξιότητες. Το πρόγραμμα, βασισμένο στη θεωρία της αυτοαποτελεσματικότητας, χρησιμοποίησε τις στρατηγικές του εβδομαδιαίου σχεδιασμού δράσης με κύρια χαρακτηριστικά την ανατροφοδότηση, την επίλυση προβλημάτων, την επανερμηνεία των συμπτωμάτων και τεχνικές διαχείρισής τους, την επίλυση προβλημάτων ομάδας και την ατομική λήψη αποφάσεων. Για να επιτευχθεί η εφαρμογή των κύριων στρατηγικών του προγράμματος, κάθε συνεδρία περιελάμβανε σχεδιασμό δράσης και ανατροφοδότηση. Τα σχέδια δράσης είναι συγκεκριμένες δραστηριότητες που οι συμμετέχοντες συμφωνούν να κάνουν, ώστε να τους βοηθήσουν να επιτύχουν τους στόχους τους πριν από την επόμενη εβδομαδιαία συνεδρία, όπως το περπάτημα γύρω από το οικοδομικό τετράγωνο δύο φορές την ημέρα ή η αύξηση του προσλαμβανόμενων υγρών από τα τρία στα πέντε ποτήρια την ημέρα. Για να βελτιωθεί η πιθανότητα επιτυχίας, κάθε συμμετέχων κλήθηκε να διαμορφώσει ένα προσωπικό σχέδιο δράσης, ενώ η ανατροφοδότηση γινόταν σε συνεδρίες επίλυσης προβλημάτων σε μικρές ομάδες, που αφορούσαν τα εμπόδια στην επιτυχία της εφαρμογής των σχεδίων δράσης τους. Τέλος, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης έλαβαν την κορεατική έκδοση 'Ζώντας μια Υγιή Ζωή με Χρόνιες Καταστάσεις'. Από την άλλη, η ομάδα ελέγχου συνέχισε τη συνηθισμένη θεραπεία που ακολουθούσε, χωρίς καμία επιπλέον παρέμβαση.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, οι συμμετέχοντες στην ομάδα παρέμβασης σημείωσαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία στα μέτρα της αυτοαποτελεσματικότητας και τη φυσική δραστηριότητα μετά την ολοκλήρωση της παρέμβασης. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της ομάδας παρέμβασης με βάση το SF-36 δεν ήταν σημαντικά για το PCS (Physical Component Summary – Περίληψη Σωματικών Συστατικών) και το MCS (Mental Component Summary – Περίληψη Ψυχικών Συστατικών). Επιπλέον, οι συμμετέχοντες με χαμηλό αλφαριθμητικό για την υγεία ξόδεψαν σημαντικά περισσότερο χρόνο για σωματικές δραστηριότητες μετά την παρέμβαση και έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη βελτίωση στη βαθμολογία MCS απ' ό,τι εκείνοι με υψηλότερη παιδεία για την υγεία. Αν και οι συμμετέχοντες με

χαμηλό γραμματισμό έδειξαν μία τάση περισσότερης βελτίωσης της αυτοαποτελεσματικότητας και του PCS, συγκριτικά με εκείνους με υψηλότερο γραμματισμό για την υγεία, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές ούτε στην αυτοαποτελεσματικότητα ούτε στα αποτελέσματα PCS (Kim S.H. & Youn C.H., 2014:42-45).

#### **5.4 Περιγραφή παρέμβασης διαχείρισης περίπτωσης (case - management)**

Οι παρεμβάσεις διαχείρισης περιπτώσεων βασίζονται στην εφαρμογή μιας διαδικασίας συνεργασίας μεταξύ ενός ή περισσότερων διαχειριστών περιπτώσεων και του ασθενούς, για την αξιολόγηση, τον προγραμματισμό και τη διευκόλυνση της παροχής υπηρεσιών για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις, σε όλα τα περιβάλλοντα υγείας και / ή κοινωνικής φροντίδας.

Οι Tortajada S. et al (2017:2-3) πραγματοποίησαν μία αναδρομική μελέτη κοορτής χρησιμοποιώντας ως δείγμα 714 ενήλικες με πολύπλοκη συννοσηρότητα (έπασχαν από 3 ή περισσότερες χρόνιες νόσους), οι οποίοι ήταν εξωτερικοί ασθενείς σε κλινική νοσοκομείου και εντάχθηκαν σε πρόγραμμα κοινοτικής φροντίδας από τον Ιανουάριο του 2012 έως τον Ιανουάριο του 2015.

Η αρχική φάση της παρέμβασης περιελάμβανε μία ολοκληρωμένη αξιολόγηση από γιατρό και νοσηλεύτρια. Η διεπιστημονική ομάδα εξέτασε το ιστορικό, την τρέχουσα κλινική και ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενούς, την ικανότητα εκτέλεσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, τη γνωστική λειτουργία, τα συνταγογραφούμενα φάρμακα και την ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος. Η έναρξη της παρέμβασης αναπτύχθηκε κατά τη διάρκεια τριών διαδοχικών ημερών μέσω επισκέψεων στο σπίτι και προσωπικών συναντήσεων για περίπου 60 λεπτά.

Η ομάδα πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (Primary Health Care Team - PHCT), που συγκροτήθηκε από έναν γενικό γιατρό και μία νοσηλεύτρια της κοινότητας, μαζί με την νοσηλεύτρια του τμήματος τηλεϊατρικής του νοσοκομείου, ήταν υπεύθυνοι για την προγραμματισμένη περίοδο παρακολούθησης και την αναφορά για τους εγγεγραμμένους ασθενείς. Το προγραμματισμένο πρόγραμμα φροντίδας βασίστηκε σε προσωπικές συναντήσεις μέσω επισκέψεων στο σπίτι ή σε συμβουλές ανάλογα με τη λειτουργική κατάσταση και τις ανάγκες των ασθενών. Οι ασθενείς έλαβαν μία επαφή κάθε δύο μήνες από κάθε μέλος της ομάδας εναλλάξ.

Οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις προσανατολίστηκαν στην ενδυνάμωση του ασθενούς και την προώθηση της αυτοφροντίδας του, ενώ το εκπαιδευτικό περιεχόμενο περιελάμβανε μια ξεχωριστή περιγραφή κάθε διαδικασίας ασθένειας, κοινά σημεία και συμπτώματα επιδείνωσης και πώς να τα αναφέρει ο ασθενής στον επαγγελματία υγείας. Επίσης, αναπτύχθηκαν και κοινοποιήθηκαν ενημερωτικά φυλλάδια με συστάσεις και σύστημα φωτεινού σηματοδότη με εύρος συναγερμού για τις κύριες ασθένειες (καρδιακή ανεπάρκεια, Χ.Α.Π. και σακχαρώδη διαβήτη). Η εκπαίδευση που σχετίζεται με τα συνταγογραφούμενα φάρμακα αφορούσε τη δοσολογία, την οδό λήψης, τη διάρκεια της θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Τέλος, οι ασθενείς ενθαρρύνθηκαν να ακολουθήσουν διατροφικές και σωματικές συνήθειες κατάλληλες για κάθε πάθηση.

Επιπλέον, οι νοσηλεύτριες του νοσοκομείου ήταν υπεύθυνες για την απομακρυσμένη παρακολούθηση μέσω δομημένων τηλεφωνικών κλήσεων που πραγματοποιούνταν κάθε 15 ημέρες, διαδοχικά. Οι συνεντεύξεις επικεντρώνονταν κυρίως σε λειτουργικά και κλινικά αποτελέσματα, στην παρακολούθηση σημείων και συμπτωμάτων επιδείνωσης κάθε ασθένειας και στην ενίσχυση των συστάσεων για την υγεία των ασθενών. Τα ραντεβού με την κλινική εξωτερικών ασθενών συνεχίστηκαν όπως αναμενόταν και είχαν προγραμματιστεί από κάθε ειδικό.

Παράλληλα, οι νοσηλεύτριες υπεύθυνες περίπτωσης ήταν αρμόδιες για το συντονισμό των ασθενών με πόρους της κοινότητας και του νοσοκομείου, ειδικά κατά τη μετάβαση από το νοσοκομείο στο σπίτι μετά την έξοδο ή όταν εντοπίζονταν πιθανές καταστάσεις κινδύνου.

Ένας από τους βασικούς στόχους, κατά την αντιμετώπιση πιθανής επιδείνωσης της νόσου, ήταν να μειωθεί ο κίνδυνος μη προγραμματισμένης εισαγωγής στο νοσοκομείο. Όταν ήταν δυνατόν, η αρχική αντιμετώπιση γινόταν από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό της ομάδας πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης (PHCT). Εάν η κλινική κατάσταση απαιτούσε πιο εντατική προσοχή στο περιβάλλον της κοινότητας, τότε συμμετείχε στη φροντίδα του η Μονάδα Νοσοκομείου στο Σπίτι (Hospital at Home - HaH). Οι πολυεπιστημονικές ομάδες της Μονάδας Νοσοκομείου στο Σπίτι επισκέπτονταν τους ασθενείς σε καθημερινή βάση, πραγματοποιώντας προηγμένες διαγνωστικές και θεραπευτικές τεχνικές. Αν η επιδείνωση της νόσου δεν

μπορούσε να αντιμετωπιστεί στο σπίτι, τότε μόνο οι ασθενείς εισάγονταν στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, η συγκεκριμένη παρέμβαση διαχείρισης περίπτωσης, οδήγησε σε σημαντική μείωση των μη προγραμματισμένων εισαγωγών των ασθενών στο νοσοκομείο, καθώς και στον περιορισμό της διάρκειας της νοσοκομειακής παραμονής (Tortajada S. et al, 2017:2-3). Οι Flanagan S. et al. (2017:7) σε μία ανασκόπηση συστηματικών ανασκοπήσεων υποστηρίζουν πως οι παρεμβάσεις διαχείρισης περιπτώσεων έδειξαν κάποια θετικά ευρήματα σχετικά με την ποιότητα ζωής των χρόνια πασχόντων, ιδιαίτερα εκείνων με καρδιακή ανεπάρκεια.

### **5.5 Περιγραφή παρέμβασης με αξιοποίηση της τηλεϊατρικής**

Σύμφωνα με τους Bohingamu S.B. et al (2018:1-8), ενώ η αξιοποίηση της τεχνολογίας έχει προχωρήσει σε σημαντικό βαθμό στο πλαίσιο της κοινότητας, ωστόσο, η υγειονομική περίθαλψη αργεί να υιοθετήσει νέες τεχνολογίες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν από άτομα στο δικό τους οικιακό περιβάλλον για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία τους. Με την πάροδο του χρόνου και τη βελτιωμένη τεχνολογία, το κόστος των εφαρμογών τηλεϊατρικής μειώνεται, και αυτό, σε συνδυασμό με την πρόοδο στις τηλεπικοινωνίες, συνιστά μια πρόκληση για τη μελλοντική επιτυχία των ιατρικών παρεμβάσεων από απόσταση, που να συμβάλλουν στη βελτίωση της υγείας και ευεξίας των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας.

Η Barwon Health είναι μία παρέμβαση εξατομικευμένης τηλεϊατρικής απομακρυσμένης παρακολούθησης ασθενών με χρόνια νοσήματα στην Αυστραλία. Άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ή / και χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια που έγιναν δεκτοί στη Barwon Health για οποιονδήποτε λόγο, μεταξύ Νοεμβρίου 2012 και Νοεμβρίου του 2013, κλήθηκαν να συμμετάσχουν σε μία τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή διάρκειας 12 μηνών, με στόχο την εκτίμηση του αντίκτυπου της τηλε-υγείας στο σπίτι στην πορεία της νόσου, στην ποιότητα ζωής, καθώς και στο κόστος για τους συγκεκριμένους ασθενείς, οι οποίοι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο επανεισδοχής στο νοσοκομείο.

Η παρέμβαση έλαβε χώρα κατά την περίοδο από το Δεκέμβριο του 2013 έως τον Ιούνιο του 2015. Στους ασθενείς που τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα παρέμβασης (86

άτομα), δόθηκε ένα tablet Android και περιφερειακός εξοπλισμός -για παράδειγμα, ένα σφυγμομανόμετρο- που τους επέτρεπε να συλλέγουν βιομετρικά στοιχεία και να εισάγουν καθημερινές απαντήσεις σε ερωτηματολόγια υγείας. Μια πλατφόρμα που ονομάζεται Απομακρυσμένη Παρακολούθηση Ασθενών (Remote Patient Monitoring) χρησιμοποιήθηκε για τη διευκόλυνση της υπηρεσίας παρακολούθησης ασθενών. Επιπλέον, δόθηκε στους συμμετέχοντες ένα εξατομικευμένο σχέδιο φροντίδας από τον ειδικό σύμβουλο και την νοσηλεύτρια παρακολούθησης ασθενών από απόσταση, για καθοδήγηση ειδικά σχεδιασμένων πρωτοκόλλων διαχείρισης προσαρμοσμένων στην κατάστασή τους, ενώ μετά την αξιολόγηση του ασθενούς, το σχέδιο παρακολούθησης ολοκληρώθηκε και με κλινικές παραμέτρους (κατώφλια προειδοποίησης – alert thresholds). Αυτές οι μεμονωμένες παράμετροι περιείχαν ανώτερα και κατώτερα όρια για την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό, τις μετρήσεις γλυκόζης στο αίμα και τα επίπεδα κορεσμού του οξυγόνου. Η υπηρεσία απομακρυσμένης παρακολούθησης επέτρεπε στα εισερχόμενα δεδομένα να αναγνωρίζονται ως εκτός των συνηθισμένων παραμέτρων για τον συγκεκριμένο ασθενή. Το πρόγραμμα παρακολούθησης στελεχώθηκε, για τις επτά ημέρες της εβδομάδας και ώρες γραφείου, από νοσηλευτές με δεξιότητες στη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη, των αναπνευστικών παθήσεων και της κοινοτικής νοσηλευτικής. Εκτός αυτών των ωρών, ένα SMS αποστέλλοταν στο προσωπικό εφημερίας, εφόσον ήταν απαραίτητο. Η νοσηλεύτρια ως απάντηση στην ειδοποίηση, επικοινωνούσε με τον ασθενή, τον οποίο υποστήριζε με στρατηγικές αυτοδιαχείρισης, ώστε να ανταποκριθεί καλύτερα στην κλινική ανάγκη που είχε προκύψει. Επιπρόσθετα, οι συμμετέχοντες λάμβαναν κάθε δεκαπενθήμερο συνεδρίες υποστήριξης της υγείας, συνήθως μέσω τηλεδιάσκεψης, οι οποίες επέτρεπαν περαιτέρω προγραμματισμό και συνεργασία με τον ασθενή για τους ατομικούς του στόχους και οποιαδήποτε άλλη υποστήριξη χρειαζόταν. Οι συμμετέχοντες των οποίων η μείωση της υγείας τους αναγνωριζόταν ως οξεία απευθύνονταν στο τμήμα έκτακτων περιστατικών του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Geelong ή στον γιατρό τους στην κοινότητα. Όπου προέκυπτε πολυπλοκότητα στο σχέδιο της φροντίδας του ασθενούς, οι επικεφαλής γιατροί ασχολούνταν με τη διαχείριση της περίθαλψης των ασθενών και αυτό, κατά καιρούς, περιελάμβανε την αξιολογήσή τους ως εξωτερικών ασθενών στην κλινική. Από την άλλη, οι συμμετέχοντες που τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ελέγχου (85 άτομα) διαχειρίζονταν την κατάστασή τους ως συνήθως, σε συνδυασμό με τον γενικό γιατρό της κοινότητάς τους, τα ραντεβού κλινικής ως



εξωτερικοί ασθενείς της Barwon Health, και το τμήμα έκτακτης ανάγκης εφόσον ήταν απαραίτητο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, σημειώθηκαν συνολικά 232 εισαγωγές κατά τη διάρκεια της συγκεκριμένης περιόδου και υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση διάρκεια νοσηλείας, καθώς και το μέσο κόστος της οξείας νοσηλείας υπέρ της ομάδας παρέμβασης. Όσον αφορά την ποιότητα ζωής, υπήρχαν 16 (19%) άτομα στην ομάδα παρέμβασης και 25 (29%) άτομα στην ομάδα ελέγχου που είχαν μείωση για το AQoL-8D (Assessment of Quality of Life-8D) στη διάρκεια των 12 μηνών. Ενώ δεν υπήρχε διαφορά στη μέση βαθμολογία του AQoL-8D μεταξύ των ομάδων μελέτης κατά την έναρξη, σε 12 μήνες η βαθμολογία της ποιότητας ζωής στην ομάδα παρέμβασης είχε αυξηθεί και στην ομάδα ελέγχου είχε μειωθεί και η διαφορά αυτή ήταν στατιστικά σημαντική. Σχετικά με το άγχος και την κατάθλιψη δεν υπήρχε στατιστική διαφορά στις μέσες βαθμολογίες των GAD-7 (Generalised Anxiety and Depression Scale) και PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9-item scale for Depression) μεταξύ της ομάδας παρέμβασης και της ομάδας ελέγχου κατά την έναρξη, ενώ σε 12 μήνες, τόσο οι βαθμολογίες του GAD-7 όσο και του PHQ-9 είχαν βελτιωθεί στην ομάδα παρέμβασης, ενώ η μέση βαθμολογία και για τα δύο όργανα στην ομάδα ελέγχου επιδεινώθηκε. Τέλος, ενώ δεν υπήρχε διαφορά στη μέση Εκπαίδευση Υγείας στο σκορ του ερωτηματολογίου αντίκτυπου HeiQ για την εγγραματοσύνη υγείας (Health Education Impact Questionnaire) μεταξύ των δύο ομάδων κατά την έναρξη, ωστόσο, σε 12 μήνες, υπήρχαν έξι τομείς (συμπεριφορά με γνώμονα την υγεία, θετική και ενεργή εμπλοκή στη ζωή, αυτοπαρακολούθηση και διορατικότητα, εποικοδομητικές στάσεις και προσεγγίσεις; κοινωνική ένταξη και υποστήριξη και συναισθηματική δυσφορία) στους οποίους σημειώθηκε βελτίωση στην ομάδα παρέμβαση, ενώ στην ομάδα ελέγχου υπήρξε βελτίωση σε έναν μόνο τομέα (χρήση υπηρεσιών υγείας) (Bohingamu S.B. et al, 2018:1-8).

### **5.6 Περιγραφή παρέμβασης με αξιοποίηση της τέχνης**

Οι Yuen H.K. et al (2011:201-205) περιέγραψαν την επίδραση της συμμετοχής στο πρόγραμμα «Εποχιακές Τέχνες στο Samford για εσένα» («Seasoned Arts At Samford for You» - SAASY), στο πλαίσιο βελτίωσης της ψυχολογικής ευημερίας και ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία των ηλικιωμένων ατόμων. Ιστορικά, η υποκριτική, έχει χρησιμοποιηθεί από εργοθεραπευτές στη ψυχοκοινωνική πρακτική ως θεραπευτική μέθοδος ασθενών με ψυχική νόσο. Κατά την τελευταία δεκαετία, η

χρήση της υποκριτικής, για την προαγωγή της υγείας και ευεξίας μεταξύ των ηλικιωμένων ενηλίκων, έχει αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό.

Το «Seasoned Arts At Samford for You» είναι ένα θεατρικό κοινοτικό πρόγραμμα που αναπτύχθηκε στο Μπέρμιγγαμ, Αλαμπάμα, στις Ηνωμένες Πολιτείες, το οποίο ξεκίνησε μέσω συνεργασίας μεταξύ της ‘Episcopal Place’, ενός μη κερδοσκοπικού οργανισμού που παρέχει προσιτές τιμές στέγασης και υποστηρικτικές υπηρεσίες σε ηλικιωμένους χαμηλού εισοδήματος, το θέατρο της Βιρτζίνια ‘Samford’ και την ‘The Seasoned Performers’, μια ομάδα ηθοποιών για ηλικιωμένους.

Από τους 12 συμμετέχοντες στην έρευνα, 9 προέρχονταν από μία πολυκατοικία χαμηλού εισοδήματος και 3 ήταν από μια κοντινή κοινότητα σε μια αστική περιοχή των Νοτίων Ηνωμένων Πολιτειών. Η μέση και τυπική απόκλιση της ηλικίας των συμμετεχόντων ήταν  $75,3 \pm ,5$  έτη και η διάρκεια παραμονής στην εγκατάσταση ήταν  $3,7 \pm 3,1$  χρόνια. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν περιπατητικοί. Δύο από αυτούς είχαν υποστεί χειρουργικές επεμβάσεις ισχίου και σπονδυλικής στήλης, κάποιος έπασχε από αρθρίτιδα και στα δύο γόνατα, ένας άλλος είχε χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και ένας ακόμα συμμετέχων παρουσίαζε δεξιά ημιπάρεση, ως αποτέλεσμα δύο αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Επιπλέον, όλοι οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι ήταν ικανοί να διαχειρίζονται ανεξάρτητα τις δραστηριότητες της καθημερινής τους ζωής και κανένας δεν είχε προηγούμενη εμπειρία υποκριτικής.

Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το ‘Πρόγραμμα Γενικής Ευεξίας’ (General Well-being Schedule - GWBS), καθώς και την Επισκόπηση Υγείας SF-36 για τη μέτρηση της ψυχολογικής ευεξίας και της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία, αντίστοιχα. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε στην αρχή και ένα μήνα μετά τη λήξη του προγράμματος, ενώ πραγματοποιήθηκαν και μεμονωμένες ημιδομημένες συνεντεύξεις των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά την εφαρμογή του προγράμματος, δύο επαγγελματίες δάσκαλοι υποκριτικής έκαναν μαθήματα στους ηλικιωμένους. Η τάξη συναντιόταν μία φορά την εβδομάδα για έξι εβδομάδες, για περίπου δύο ώρες σε κάθε συνεδρία, στο θέατρο της Βιρτζίνια ‘Samford’. Εκτός από τα έξι μαθήματα υποκριτικής, οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν επίσης πέντε τοπικές θεατρικές παραστάσεις κατά τη διάρκεια της περιόδου των 6 εβδομάδων των μαθημάτων και παρουσίασαν και οι ίδιοι τέσσερις

δημόσιες παραστάσεις, μία μεταξύ της 5ης και της 6ης εβδομάδας της περιόδου των μαθημάτων και τις υπόλοιπες τρεις εντός των δύο μηνών μετά τη λήξη των μαθημάτων.

Κάθε συνεδρία της τάξης ξεκινούσε με σωματική προθέρμανση και κίνηση χορού, ακολουθούμενη από ασκήσεις υποκριτικής με σκετς, και ολοκληρωνόταν με τραγούδια όλης της ομάδα. Η σωματική άσκηση προθέρμανσης αφορούσε διάφορες κινήσεις του σώματος, ενώ η άσκηση χορευτικής κίνησης περιείχε τέσσερα βασικά μουσικά θεατρικά βήματα -αμπέλι, βήμα αφής, ταλάντωση και βήμα κουτιού-. Οι ασκήσεις υποκριτικής περιελάμβαναν αντιγραφή κινήσεων, προσποίηση, παντομίμα και αυτοσχεδιασμό, που επελέγησαν για να αυξήσουν την ευαισθητοποίηση της ισορροπίας και της σωματικής κίνησης διαφορετικών μερών του σώματος, αλλά και για να τονώσουν γνωστικές δεξιότητες όπως, προσανατολισμό, προσοχή / συγκέντρωση, ακολουθία οδηγιών, μνήμη, λογική και συλλογιστική, επίλυση προβλημάτων, λήψη αποφάσεων και αφηρημένη σκέψη. Άλλες δραστηριότητες είχαν σχέση με την επαφή με τα μάτια και την εξερεύνηση του προσωπικού τους χώρου, συμβάλλοντας στην ενίσχυση της επικοινωνίας και της κοινωνικοποίησης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, υπήρξε μια σημαντική βελτίωση στην ευημερία, όπως μετρήθηκε από το 'Πρόγραμμα Γενικής Ευεξίας' (GWBS). Ομοίως, παρατηρήθηκε μια σημαντική καλύτερευση στη σωματική υγεία, όπως προέκυψε από το SF-36 PCS (Physical Component Summary – Περίληψη σωματικών συστατικών), ενώ δεν προέκυψε σημαντική βελτίωση στο MCS (Mental Component Summary – Περίληψη ψυχικών συστατικών).

Όσον αφορά τα ευρήματα της ποιοτικής έρευνας, οι συμμετέχοντες ήταν εξαιρετικά θετικοί, ήθελαν να συνεχίσουν τα μαθήματα, ενώ λέξεις και φράσεις που χρησιμοποίησαν για να περιγράψουν τις εμπειρίες τους ήταν οι εξής: «διασκεδαστική, υπέροχη, είχα μια καλή στιγμή, πολύ ενδιαφέρον, τονωτικό, ενημερωτικό, το διασκέδασα και το αγάπησα». Παράλληλα, πολλοί μίλησαν και για την ευκαιρία για κοινωνική αλληλεπίδραση, τη συντροφικότητα και τις φιλίες που ανέπτυξαν κατά τη διάρκεια των μαθημάτων. Επίσης, αρκετοί συμμετέχοντες ενθουσιάστηκαν καθώς διαπίστωσαν πως μπορούσαν να κάνουν κάτι εντελώς νέο για αυτούς, που δεν πίστευαν πριν ότι μπορούσαν, με αποτέλεσμα την αύξηση της αυτοεκτίμησής τους. Κατάφεραν ακόμα να ξεπεράσουν αυτοπεριορισμούς που οι ίδιοι είχαν θέσει στον

εαυτό τους. Χαρακτηριστικά κάποιος ανέφερε: «Είχα επικεντρωθεί περισσότερο στο πρόβλημα της υγείας μου στο παρελθόν απ' ό τι κάνω τώρα. Νομίζω ότι έβαζα περιττούς περιορισμούς στον εαυτό μου πριν. Τώρα ο κόσμος άνοιξε για εμένα!» (Yuen H.K. et al, 2011:201-205).

### **5.7 Η αντιμετώπιση του άγχους στη διαχείριση των χρόνιων νόσων**

Οι Ζαρταλούδη Α. & Κουτελέκος Ι. (2017:310-311) αναφέρουν ότι όταν το άγχος είναι αρκετά έντονο και βασανιστικό, μπορεί να οδηγήσει σε μη φυσιολογικές συμπεριφορές και σε αυτή την περίπτωση απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση, που επιτελείται με φαρμακευτική αγωγή ή/και με ψυχολογικές θεραπείες. Η αύξηση της κατανόησης της διαδικασίας της νόσου από τους ασθενείς τους βοηθά να αποκτήσουν ένα αίσθημα ελέγχου, ανακουφίζοντας σε ένα βαθμό την ευαλωτότητα που αισθάνονται για το απρόβλεπτο της πορείας της χρόνιας νόσου. Οι σωστά ενημερωμένοι ασθενείς, που συμμετέχουν ενεργά στη ρύθμιση της πορείας της πάθησής τους, αντιμετωπίζουν λιγότερα ψυχολογικά και σωματικά προβλήματα.

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων όπως συμβουλευτική και υποστηρικτικές παρεμβάσεις και παρέχονται μεμονωμένα ή σε ομάδες, ενώ μπορεί να περιλαμβάνουν και τη συμμετοχή της οικογένειας. Εκτός από την παροχή πληροφοριών στους ασθενείς σχετικά με την ασθένεια και τη θεραπεία, παρέχουν εκπαίδευση στην απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων που προκύπτουν από τη νόσο καθώς και δεξιοτήτων αναγνώρισης και διαχείρισης του άγχους. Γενικότερα, τα προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης βοηθούν τους ασθενείς να κατανοήσουν τη νόσο, να μειώσουν τον πόνο σε περιόδους εξάρσεων της χρόνιας πάθησης, προσφέροντας σωματική, συναισθηματική, ψυχολογική και πνευματική υποστήριξη, ενώ παράλληλα βοηθούν τους ασθενείς να ελέγχουν τη νόσο και προάγουν την ικανότητά τους να σχεδιάζουν και να διάγουν μία ζωή ανεξάρτητη και γεμάτη ενέργεια.

Επιπλέον, η ατομική ή ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να παρέμβει ευνοϊκά στον τρόπο που οι ασθενείς προσλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν τα στρεσογόνα ερεθίσματα, στη βελτίωση των δεξιοτήτων προσαρμογής και στη διαχείριση των αρνητικών συναισθημάτων. Στην υποστηρικτική ψυχοθεραπεία ο θεραπευτής διευκολύνει τον ασθενή να προβεί στις αλλαγές που θα του επιτρέψουν να γίνει πιο λειτουργικός, με λιγότερο άγχος, και να επανέλθει με αυτό τον τρόπο στην

ομαλότητα ή τουλάχιστον να παραμείνει σε σταθερή κατάσταση. Από την άλλη, η ψυχαναλυτικά προσανατολισμένη ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη -σε επιλεγμένες περιπτώσεις- όσον αφορά την κατανόηση συγκεκριμένων ενδοψυχικών συγκρούσεων. Τέλος, η γνωσιακή συμπεριφορική θεραπεία είναι αποτελεσματική στην ελάττωση των συμπεριφορών πόνου και στην υποκειμενική αντίληψη της έντασης του πόνου. Βελτιώσεις που παρατηρήθηκαν διαχρονικά σε διάστημα έξι μηνών στη σωματική και ψυχική υγεία ασθενών που συμμετείχαν σε θεραπευτικά προγράμματα γνωστικών - συμπεριφορικών παρεμβάσεων έχουν αποδοθεί στο γεγονός ότι αυτές οι παρεμβάσεις διδάσκουν τους ασθενείς πώς να συνδυάζουν τη φυσιολογική λειτουργικότητα με τη λήψη προφυλάξεων, π.χ. πώς να συνδυάζουν την ανάπαυση με την άσκηση και επίσης πώς να αναγνωρίζουν την αποφευκτική αντιμετώπιση του πόνου, εξισορροπώντας την με τη σταδιακή προσέγγιση των δραστηριοτήτων τους (Ζαρταλούδη Α. & Κουτελέκος Ι., 2017:310-311).

### **5.8 Η κοινωνική υποστήριξη στη διαχείριση των χρόνιων νόσων**

Σύμφωνα με τον Mattson (2011) σε Ποντισίδη Γ. & Μπελλάλη Θ. (2015:8-13) η κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως «μία συναλλακτική, επικοινωνιακή διεργασία που περιλαμβάνει την λεκτική και μη λεκτική επικοινωνία, με στόχο τη βελτίωση της αίσθησης του ατόμου αναφορικά με την ικανότητα διαχείρισης του προβλήματός του, της αυτοεκτίμησης καθώς και της αίσθησης του ανήκειν».

Όσον αφορά τις μορφές της κοινωνικής υποστήριξης, οι Schaefer C. et al (1981) σε Ποντισίδη Γ.& Μπελλάλη Θ. (2015:8-13) αναφέρονται σε πέντε τύπους: α) τη συναισθηματική υποστήριξη (emotional support - αφορά στη στήριξη που παρέχεται για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών του ατόμου), β) την υποστήριξη σε επίπεδο εκτίμησης (esteem support - αφορά σε όλες τις ενέργειες που γίνονται προκειμένου να ενισχυθεί η αυτοεκτίμηση και η πεποίθηση του ατόμου ότι είναι ικανό να διαχειριστεί τις δύσκολες καταστάσεις που βιώνει), γ) την υποστήριξη από το κοινωνικό δίκτυο (network support - αφορά στην πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη διαθεσιμότητα αυτού του δικτύου, δηλαδή αν και πόσοι σημαντικοί άλλοι υπάρχουν που μπορούν να τον στηρίξουν με διάφορους τρόπους), δ) την υποστήριξη σε επίπεδο πληροφόρησης (informational support - αφορά στη διαθεσιμότητα και την παροχή πληροφοριών από την πλευρά των σημαντικών άλλων, έτσι ώστε το άτομο να μπορεί να λάβει αποφάσεις σε θέματα που το αφορούν π.χ. διάγνωση, θεραπεία μιας

νόσου κ.λ.π.) και δ) την έμπρακτη / υλική / πρακτική υποστήριξη (tangible or instrumental support - δηλαδή τη βοήθεια που παρέχεται στο άτομο, προκειμένου να διαχειριστεί πρακτικά ζητήματα της καθημερινότητάς του π.χ. αγορά τροφίμων ή φαρμάκων, μετακινήσεις κ.λ.π.).

Οι χρόνια ασθενείς βιώνουν σε μεγάλο βαθμό στρες, ανασφάλεια και άγχος για την πορεία της νόσου και το μέλλον της ζωής τους. Η διαχείριση του στρες και των διαταραχών που προκαλεί η ασθένεια, μέσω της κοινωνικής υποστήριξης, φαίνεται ότι μπορεί να συμβάλει στην καλύτερη προσαρμογή σε αυτήν, συνιστώντας επίσης καθοριστικό παράγοντα για τη μετέπειτα πορεία της νόσου και την ποιότητα της ζωής των ασθενών (Ποντισίδης Γ.& Μπελλάλη Θ., 2015:8-13).

Στην ανασκόπηση των Graven L. & Grant J. (2014:320) σχετικά με τη σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και συμπεριφορών αυτοφροντίδας σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική σχέση με τις συμπεριφορές αυτοφροντίδας της καρδιακής ανεπάρκειας, με την οικογένεια να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο. Η κοινωνική υποστήριξη φάνηκε να επηρεάζει τη διατήρηση των θεραπευτικών σχημάτων και της διαιτητικής αγωγής, καθώς και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων που σχετίζονται με τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την επιδιωκόμενη θεραπεία. Σχετικά με τις νεοπλασματικές νόσους, βρέθηκε ότι τα άτομα με χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, ανέφεραν σημαντικά υψηλά επίπεδα κατάθλιψης, χαμηλή λειτουργικότητα σε όλα τα επίπεδα και χαμηλότερη συνολική υγεία και ποιότητα ζωής σε σχέση με τα άτομα που είχαν υψηλή κοινωνική υποστήριξη (Eom C.S. et al, 2013:1283). Οι Marino P. et al (2008:713) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης, της αυτο-αποτελεσματικότητας και της λειτουργικότητας μεταξύ ενός δείγματος 156 καταθλιπτικών ηλικιωμένων ενηλίκων με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο έλεγχος της κατάθλιψης, η υποκειμενική κοινωνική υποστήριξη, η αυτοαποτελεσματικότητα, η σοβαρότητα της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και η ηλικία σχετίζονται με την συνολική λειτουργικότητα αυτών των ασθενών. Επιπλέον, σε βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε από τους Strom, J.L., & Egede, L.E. (2012:769), διαπιστώθηκε ότι η κοινωνική υποστήριξη έχει θετική επίδραση στην κλινική και ψυχολογική έκβαση των διαβητικών ασθενών, καθώς αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα, την

αυτοδιαχείριση, ενώ βελτιώνει και την ποιότητα ζωής μέσω της τροποποίησης των συμπεριφορών (υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών, τήρηση θεραπευτικής και διαιτητικής αγωγής και άσκηση).

Στο πλαίσιο της παροχής κοινωνικής υποστήριξης στους χρόνια ασθενείς, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, εφαρμόζονται διάφορες ψυχολογικές παρεμβάσεις, συμπεριφοριστικού τύπου (τροποποίηση δραστηριοτήτων), γνωσιακού τύπου (πιο λειτουργικές σκέψεις και ερμηνείες ή διεργασίες σκέψης) και συνδυασμός παρεμβάσεων συμπεριφοριστικού - γνωσιακού τύπου. Οι ψυχοκοινωνικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις δύναται να βελτιώσουν την ψυχολογική και σωματική ευεξία των χρόνιων ασθενών μέσω της διαχείρισης του τρόπου ζωής και του άγχους, της κοινωνικής υποστήριξης και της εκπαίδευσης σε επίπεδο δεξιοτήτων (Di Matteo R. & Martin L., 2011).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι οι ομαδικές συναντήσεις ασθενών με την ίδια χρόνια νόσο, στις οποίες συμμετέχουν και μέλη της οικογένειας μαζί με τους επαγγελματίες υγείας, φαίνεται να έχουν θετική επίδραση στην ευεξία και στην αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη, τόσο σε συναισθηματικό επίπεδο, όσο και σε επίπεδο πληροφόρησης. Για παράδειγμα, ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που συμμετείχαν σε ομάδα υποστήριξης 9-10 ατόμων, εμφάνισαν καλύτερο έλεγχο της γλυκόζης, διεύρυναν τις γνώσεις τους για τη νόσο, βελτίωσαν τις συμπεριφορές υγείας τους και την ποιότητα της ζωής τους (Van Dam H.A. et al, 2005:5-7). Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν και σε μελέτη αξιολόγησης παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο του προστάτη, οι οποίοι συμμετείχαν σε ομαδική θεραπεία και ανέφεραν καλύτερη κατανόηση της νόσου τους και μείωση του στρες που βίωναν (Gregoire I. et al, 1997:58).

### **5.9 Δομές φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα**

Στο πλαίσιο της κοινωνικής υποστήριξης που προαναφέρθηκε, πολύ σημαντικός είναι ο ρόλος των δομών για ηλικιωμένα άτομα. Στην Ελλάδα, οι σημαντικότερες δομές κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.), οι Λέσχες Φιλίας, τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.), καθώς και το Πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (Κρεμαστινού - Κουρέα Τ., 2007:580-583).

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένα άτομα σε τοπικό επίπεδο, παρέχοντας ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Γίνονται δεκτά άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί το Κ.Α.Π.Η. Το προσωπικό αποτελείται από ιατρό μερικής απασχόλησης, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια υγείας ή νοσηλεύτρια, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή και οικογενειακό βοηθό. (Πουλοπούλου - Έμκε Ή., 1999:120-130). Ο βασικός σκοπός των Κ.Α.Π.Η. αφορά την πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου (Αμηρά Α. κ.ά., 1986).

Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι», παρέχουν πρακτικές υπηρεσίες σε ανήμπορα και μοναχικά μέλη των Κ.Α.Π.Η. στο χώρο του σπιτιού τους. Συγκεκριμένα, προσφέρουν ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια των ηλικιωμένων, νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία, κοινωνική εργασία, καθώς και υποστήριξη του ηλικιωμένου σε πρακτικά θέματα, όπως εξόφληση λογαριασμών, συνοδεία σε γιατρούς ή δημόσιες υπηρεσίες, βασική καθαριότητα του σπιτιού, βοήθεια σε αγορές και μαγείρεμα (Πουλοπούλου - Έμκε Ή., 1999:120-130).

### **5.10 Υγιής γήρανση**

Η «Υγιής Γήρανση» είναι μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η Ευρώπη, καθώς ο πληθυσμός συνεχώς γερνά, επηρεάζοντας την οικονομία, την υγειονομική φροντίδα και την κοινωνική πρόνοια (<http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/>).

Στο Σχέδιο «Υγιής Γήρανση» συμμετέχουν δέκα ευρωπαϊκές χώρες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO), η Ευρωπαϊκή Πλατφόρμα για τους Ηλικιωμένους (AGE) και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Φορέων για την Προαγωγή της Υγείας (EuroHealthNet) με στόχο την ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών μεταξύ των πολιτικών, των επαγγελματιών υγείας, καθώς και των μη κυβερνητικών οργανώσεων (<http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/>).

Σύμφωνα με την ίδια πηγή, η «Υγιής Γήρανση» περιλαμβάνει τη δια βίου μάθηση, την παραμονή στην εργασία για περισσότερο χρόνο, τη διατήρηση της δραστηριότητας των ηλικιωμένων μετά τη συνταξιοδότηση, καθώς και την απασχόληση με δραστηριότητες που αυξάνουν τις δυνατότητες των ατόμων, συμβάλλοντας στη διατήρηση της υγείας τους. Οι ικανότητες του ηλικιωμένου, οι στόχοι που θέτει, παράλληλα με την επίδραση του περιβάλλοντος, είναι οι τρεις



αλληλένδετες παράμετροι που θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την προώθηση της «Υγιούς Γήρανσης».

Βασικά ζητήματα για την υλοποίηση των αρχών της «Υγιούς Γήρανσης» είναι το κοινωνικό κεφάλαιο, η ψυχική υγεία, το περιβάλλον, η διατροφή, η σωματική δραστηριότητα, η πρόληψη των τραυματισμών, η χρήση/κατάχρηση ουσιών, η χρήση φαρμάκων, καθώς και η κατάλληλη διαμόρφωση των υγειονομικών υπηρεσιών, με κύριο προσανατολισμό την προάσπιση της ευημερίας και αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων ατόμων (<http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/>) (Εικόνα 12).

**Εικόνα 12:** Βασικά ζητήματα για την υλοποίηση των αρχών της «Υγιούς Γήρανσης».



**Πηγή:** 'Υγιής Γήρανση Μία πρόκληση για την Ευρώπη'. Συνοπτική Έκδοση (2007)

The Swedish National Institute of Public Health. p.11

(<http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/>).

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το γήρας επέρχεται με διαφορετικούς ρυθμούς, είναι ευμετάβλητο και δυναμικό, εξαρτώμενο από ποικίλους παράγοντες, που επιδρούν στη βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική σφαίρα του ατόμου. Μέχρι πριν από έναν αιώνα, πολλοί λίγοι άνθρωποι έφταναν σε ηλικία μεγαλύτερη των 50 ετών και ενώ αυτή η κατάσταση εξακολουθεί να υπάρχει σε κάποιες αναπτυσσόμενες χώρες, στις περισσότερες βιομηχανοποιημένες κοινωνίες παρατηρείται μία προοδευτική αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ατόμων (Dziechciaz M. & Filip R., 2014; Buckley B., 2001).

Η χρόνια νόσος συνιστά μία κατάσταση υγείας που διαρκεί ένα έτος ή περισσότερο και απαιτεί συνεχή ιατρική φροντίδα ή / και περιορίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Οι επιβλαβείς -για την υγεία- συμπεριφορές (όπως είναι η χρήση καπνού και αλκοόλ, η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες), συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση των χρόνιων παθήσεων (<http://cdc.gov/chronicdisease/>, Κρεμαστινού-Κουρέα Τ., 2010). Σχεδόν το 80% των ηλικιωμένων πάσχει τουλάχιστον από μία χρόνια νόσο και το 68% παρουσιάζει δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες (συννοσηρότητα), οι οποίες μπορούν να έχουν σοβαρό αντίκτυπο στην υγεία και την ποιότητα της ζωής τους (Forjaz M.J. et al, 2015; Cwirlez – Sozanska A.B. et al, 2018; Renne I. & Cobbens R.J.J., 2018; Patinan S. et al, 2017; Jindai K. et al, 2016). Σύμφωνα με τις περισσότερες μελέτες σε ηλικιωμένους ασθενείς που διαβιούν στην κοινότητα, οι συχνότερες χρόνιες παθήσεις που πλήττουν την Τρίτη ηλικία είναι οι οστεοαρθρικές διαταραχές, η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, ο σακχαρώδης διαβήτης και τα προβλήματα της όρασης (με συχνότερο τον καταρράκτη), από τη σωματική σφαίρα, ενώ η κατάθλιψη και το άγχος υπερισχύουν στο ψυχικό πεδίο της νοσηρότητας των ηλικιωμένων ατόμων. Μία διαφοροποίηση παρατηρείται επίσης στο επιπολασμό των χρόνιων νοσημάτων ανάλογα του φύλου των συμμετεχόντων, με τους άνδρες να πάσχουν συχνότερα από καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ το ποσοστό των γυναικών με αρθρίτιδα να είναι σαφώς υψηλότερο από το αντίστοιχο των ανδρών (Kumar D. & Sahnkar H., 2018; Somrngthong R. et al, 2016; Wikman A. et al, 2011; Lima M.G. et al, 2009; Jindai K. et al, 2016; Yu T. et al, 2018).

Η ποιότητα ζωής (Quality of Life - QoL), ως όρος, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά μετά το 2<sup>ο</sup> Παγκόσμιο πόλεμο, καθώς με την επακόλουθη –του πολέμου- οικονομική

ανάπτυξη, έγινε εμφανής η δυνατότητα της ‘καλής ζωής’ και της προσδοκίας της ‘ποιότητας ζωής’. Αποτελεί μία σύνθετη έννοια με πολλαπλές αιτίες, που περιλαμβάνει ολόκληρο το φάσμα της ανθρώπινης εμπειρίας, των καταστάσεων, των αντιλήψεων και των σφαιρών σκέψης σχετικά με τη ζωή ενός ατόμου ή μιας κοινότητας. Η QoL μπορεί θεωρητικά να εμπεριέχει ένα ευρύ φάσμα τομέων και στοιχείων, όπως τη λειτουργική ικανότητα (συμπεριλαμβανομένης της λειτουργίας ρόλων), τον βαθμό και την ποιότητα της κοινωνικής αλληλεπίδρασης, την ψυχολογική ευεξία, τις σωματικές αισθήσεις, την ευτυχία, τις καταστάσεις της ζωής, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ανάγκη για ικανοποίηση (Σαρρής Μ., 2001; Σαρρής Μ. κ.ά., 2001; Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001; Megari K., 2013).

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality of Life - HRQoL) αναφέρεται στην αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής, όπως τροποποιείται από τις διαταραχές, τις λειτουργικές καταστάσεις, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες, που επηρεάζονται από ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπευτικές παρεμβάσεις ή πολιτικές αποφάσεις. Είναι γενικά αποδεκτό ότι η HRQoL είναι μία πολυδιάστατη δομή, που αποτελείται από τουλάχιστον τρεις ευρείες περιοχές - σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργία -, οι οποίες επηρεάζονται από τη νόσο ή / και τη θεραπεία της (Megari K., 2013; Post M., 2014). Η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών (Social Production Functions Theory) των Lindenberg και Frey, προτείνει ένα θεωρητικό πλαίσιο που προσεγγίζει τους μηχανισμούς επίδρασης της αρρώστιας στην ποιότητα ζωής, στηριζόμενο στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι παράγουν τη δική τους ευεξία στην προσπάθειά τους να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες, μέσα από αντιξοότητες και περιορισμούς της καθημερινότητάς τους (Σαρρής Μ. κ.ά., 2001).

Τα τελευταία 20 χρόνια έχουν σημειωθεί πολλές προσπάθειες για να σχεδιαστούν και να σταθμιστούν ερωτηματολόγια, δείκτες και βαθμολογήσεις, στοχεύοντας στη αποτύπωση διαφόρων διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Τα ποικίλα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής εκφράζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και θεωρητικές απόψεις, ενώ είναι σημαντικό να πληρούν ορισμένες προϋποθέσεις (αξιοπιστία, εγκυρότητα, ειδικότητα, ευαισθησία), ώστε τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να είναι δυνατή η ερμηνεία τους (Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ., 2001; Gong J.B., 2018; Αδαμακίδου Θ. & Καλοκαιρινού Α., 2012).

Η χρόνια ασθένεια διαταράσσει τη ζωή του ηλικιωμένου ατόμου και αυτή η διαταραχή μπορεί να ερμηνευθεί ως προς τον αντίκτυπό της στην ποιότητα της ζωής του. Σημαντικοί περιορισμοί όπως η μείωση της συμμετοχής σε δραστηριότητες, η αλλαγή στον τρόπο ζωής που απαιτεί η συμμόρφωση σε μία θεραπευτική αγωγή, καθώς και η αναστολή βίωσης συναισθημάτων προσωπικού ελέγχου, διακυβεύουν την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου ατόμου. Οι χρόνιες ασθένειες μπορούν να επηρεάσουν τόσο τις σωματικές όσο και τις ψυχικές και κοινωνικές διαστάσεις της ζωής –με το βαθμό και το είδος επίδρασης να ποικίλει ανάλογα των ιδιαίτερων στοιχείων της κάθε νόσου- (Xiao M. et al, 2019; Saccomann I.C., 2010; Φωτοπούλου Π. κ.ά., 2016; Γαλάνης Π. κ.ά., 2018; Namiki S. et al, 2010; Tomazou C. et al, 2015; Aghamolaei T. et al, 2010), ενώ σημαντικοί και ισχυροί παράγοντες κινδύνου χαμηλότερης HRQoL είναι το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, οι οστεοαρθρικές διαταραχές και η στεφανιαία νόσος, αλλά και οι ψυχικές παθήσεις (κυρίως η κατάθλιψη και το άγχος) (Forjaz M.J. et al, 2015; Parker L. et al, 2014; Wikman A. et al, 2011; Lima M.G. et al, 2009; Yu T. et al, 2018; Akyol Y. et al, 2010; Sarma S.I. & Byrne G.J., 2013).

Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (A.E.E.) συνιστά την κυριότερη αιτία μακρόχρονης αναπηρίας στους ενήλικες, καθώς ανάλογα με τη σοβαρότητά του, μπορεί να αφήσει το άτομο με σημαντική εξασθένηση της σωματικής, ψυχολογικής, κοινωνικής και γνωστικής του λειτουργίας (Sayed S.A. et al, 2015; Γαλάνης Π. κ.ά., 2018). Από την άλλη, η δύσπνοια στην χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, μειώνει σταδιακά τη λειτουργική ικανότητα του ασθενή με Χ.Α.Π., όπως π.χ. την ικανότητα βάδισης και άσκησης, καθώς και εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, ενώ η αποφρακτική υπνική άπνοια και οι διαταραχές του αερισμού, επηρεάζουν περαιτέρω την ποιότητα ζωής των συγκεκριμένων ασθενών (Παπαγεωργίου Δ., 2017; Ζαμπέλας Α., 2003). Παράλληλα, οι οστεοαρθρικές διαταραχές συνιστούν την κύρια αιτία μυοσκελετικού πόνου, θέτοντας σε κίνδυνο καθημερινές δραστηριότητες όπως το περπάτημα, το ανέβασμα σε σκάλες καθώς και την ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης, επιφέροντας σημαντική έκπτωση στην αυτοαναφερόμενη HRQoL του ηλικιωμένου ασθενή (Salaffi F. et al, 2005; Cedraschi C. et al, 2016). Επιπλέον, η προοδευτική αύξηση των συμπτωμάτων της στεφανιαίας νόσου οδηγεί σε ελάττωση των καθημερινών δραστηριοτήτων των ασθενών (προκειμένου να αποφευχθούν τα ενοχλητικά της συμπτώματα - στηθάγχη, δύσπνοια, κόπωση και αδυναμία-), με

αποτέλεσμα τη μείωση της σωματικής και της πνευματικής λειτουργικότητας, τον περιορισμό της κοινωνικής ζωής, τη δυσμενέστερη αντίληψη για την υγεία και γενικότερα την υποβάθμιση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ασθενών (Κωσταρέλλου Γ. & Κυρίτση-Κουκουλάρη Ε., 2015).

Όσον αφορά τα ψυχικά νοσήματα που συνιστούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου της HRQoL, οι ασθενείς με κατάθλιψη συχνά παρουσιάζουν έλλειψη ευχαρίστησης από οτιδήποτε, τάση για απομόνωση, ευερεθιστότητα, άγχος, έλλειψη ενεργητικότητας, απώλεια των ενδιαφερόντων, καθώς και ψυχοσωματικά ενοχλήματα, με αποτέλεσμα τη σημαντικά μειωμένη αυτοαναφερόμενη ποιότητα της ζωής τους (Akyol Y. et al, 2010; Στυλιανοπούλου Χ. κ.ά., 2010). Παρόμοια, η παθολογική διάσταση του άγχους περιλαμβάνει συμπτώματα τόσο από την ψυχική όσο και από τη σωματική σφαίρα, ενώ οι ηλικιωμένοι ασθενείς με συννοσηρότητα άγχους και κατάθλιψης είναι πιθανό να παρουσιάζουν πιο σοβαρή συνολική ψυχοπαθολογία απ' ότι εμφανίζεται μόνο στην κατάθλιψη, υποβαθμίζοντας ακόμα περισσότερο την ποιότητα ζωής και την ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα των συγκεκριμένων ηλικιωμένων ασθενών (Οικονόμου Μ. κ.ά., 2001; Sarma S.I. & Byrne G.J. et al, 2013).

Οι περισσότερες μελέτες έδειξαν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων με την HRQoL και αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η συννοσηρότητα εμπεριέχει μεγαλύτερο βαθμό λειτουργικής παρακμής λόγω της δυσμενούς επίδρασης στη σωματική κυρίως διάσταση, αλλά και στην κοινωνική και ψυχολογική, όταν συνυπάρχουν  $\geq 4$  νόσοι στο ίδιο άτομο. Αξίζει να αναφερθεί πως οι ηλικιωμένοι με συννοσηρή κατάσταση ψυχικής υγείας, αλλά και εκείνοι με οστεοαρθρικές συννοσηρές διαταραχές, παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο εξασθενημένης ποιότητας ζωής συγκριτικά με τους ομότιμους τους που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα. Παράλληλα, ο αυξημένος αριθμός νόσων στο ίδιο άτομο, σχετίζεται με την αύξηση της χρήσης των υπηρεσιών υγείας (με συχνές τις επανεισαγωγές στο νοσοκομείο), αλλά και του κόστους τους (με συχνές και τις 'out of pocket' πληρωμές) καθώς και τον αυξημένο αριθμό λαμβανομένων φαρμάκων (πολυφαρμακία), με αποτέλεσμα την έκπτωση της HRQoL των ηλικιωμένων (Xu X. et al, 2017; Forjaz M.J. et al, 2015; Cwirlez – Sozanska A.B. et al, 2018; Renne I. & Gobbens R.J.J., 2018; Patinan S. et al, 2017; Lima M.G. et al, 2009; Peters M. et al, 2018; Gu J. et al, 2017).

Η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που διαβιούν στην κοινότητα μειώνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της (σωματική, ψυχολογική και κοινωνική), καθώς τα προβλήματα υγείας γίνονται όλο και πιο σοβαρά με την πάροδο των χρόνων (Kumar D. & Shankar H., 2018; Aguamolaei T. et al, 2008; Kosilov K. et al, 2019). Στην πλειονότητα των ερευνών οι άνδρες έχουν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες σχεδόν τις κλίμακες της HRQoL, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι απολαμβάνουν καλύτερες παροχές και οφέλη της κοινωνίας, ενώ οι ηλικιωμένες γυναίκες τείνουν να εξαρτώνται από άλλους οικονομικά και συχνά στερούνται ανεξάρτητης πηγής εισοδήματος, θέτοντας έτσι σε κίνδυνο την κατάστασή τους, σε σύγκριση με τους άνδρες (Aguamolaei T. et al, 2009; Fanziarour F. et al, 2016; Zin et al, 2015). Παράλληλα, η σχέση μεταξύ έγγαμου βίου και ευεξίας, έχει μελετηθεί ευρέως, ειδικά στις δυτικές κοινωνίες, αναδεικνύοντας τη συντροφική διαβίωση ως βασικό παράγοντα βελτιωμένης ποιότητας ζωής. Η συναισθηματική και σωματική υποστήριξη από την οικογένεια, βελτιώνει την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων, ενισχύει την αντοχή τους στα ενοχλητικά συμπτώματα της νόσου, αυξάνοντας με τον τρόπο αυτό την ικανοποίησή τους από τη ζωή. Επιπλέον, η κοινωνική δικτύωση μεταξύ των ηλικιωμένων είναι υποστηρικτικός παράγοντας για την καλύτερη ποιότητα της ζωής τους (Kosilov K. et al, 2019; Xing H. et al, 2015; Liu N. et al, 2020).

Αρκετές έρευνες έχουν βρει πως ηλικιωμένοι άνθρωποι με χρόνια νοσήματα που διαβιούν σε αγροτικές περιοχές, έχουν καλύτερη ψυχική και σωματική HRQoL από τους ομότιμους τους σε αστικό περιβάλλον, καθώς στις περιοχές αυτές οι σχέσεις είναι πιο ανθρώπινες και ζωντανές, χαρακτηρίζουν την καθημερινότητά τους και διέπονται από πράξεις συμπαράστασης και αλληλεγγύης, αλλά αξίζει να σημειωθεί ότι ίσως η ηλικία των ανθρώπων που διαβιούν σε διαφορετικές περιοχές, αποτελεί παράγοντα που επηρεάζει σημαντικά την ποιότητα της ζωής τους (Lin N. et al, 2020; Crouchley K. & Daly A., 2007; Preto O. et al, 2016). Από την άλλη, μία βελτιωμένη εκπαίδευση αυξάνει την ευαισθητοποίηση των ατόμων, επιτρέποντας έτσι στους εκπαιδευμένους ηλικιωμένους να έχουν καλύτερο έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία, με αποτέλεσμα μία καλύτερη ποιότητα ζωής (Aguamolaei T. et al, 2010; Pati S. et al, 2019; Lasheras C. et al, 2001).

Παρόμοια, σύμφωνα με μελέτες, η απασχόληση διατηρεί τους ηλικιωμένους ασθενείς σε σωματική και πνευματική δραστηριοποίηση, ενώ η ενεργή συναναστροφή και η συντροφικότητα με τους συναδέλφους, βελτιώνει και την ψυχική τους κατάσταση, περιορίζοντας συγχρόνως το άγχος και την ανασφάλειά τους (Kumar D. & Sahnkar H., 2018; Liu N. et al, 2020; Peters M. et al, 2018). Επίσης, η οικονομική κατάσταση είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας στις περισσότερες πτυχές της ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου με χρόνια νοσήματα, ικανός να επηρεάσει την ποιότητα ζωής αυτή καθεαυτή, καθώς και να τροποποιεί άλλους σημαντικούς παράγοντες, συμβάλλοντας στην εκπλήρωση ή μη προσδοκιών και ικανοποίηση αναγκών (Parker L. et al, 2014; Kosilov K. et al, 2019; Crouchley K. & Daly A., 2007).

Αξίζει να σημειωθεί πως το κάπνισμα σε χρόνια ασθενείς επιφέρει χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλους σχεδόν τους τομείς της αυτοαντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής, καθώς συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους (Akyol Y. et al, 2010; Crouchley K. & Daly A., 2007), ενώ κατά άλλους ερευνητές, τα οφέλη του αλκοόλ ή και του καπνίσματος στην HRQoL μπορεί να είναι τα μειωμένα επίπεδα άγχους ή η αυξημένη εμπλοκή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες και διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα (Somrongthong R. et al, 2016).

Επιπλέον, έρευνες βρήκαν πως υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του αριθμού εβδομαδιαίας σωματικής άσκησης με την ποιότητα ζωής, τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική διάσταση, αφού η τακτική σωματική δραστηριότητα μπορεί να ελαχιστοποιήσει τις φυσιολογικές επιπτώσεις ενός κατά τα άλλα καθιστικού τρόπου ζωής και να αυξήσει το ενεργό προσδόκιμο επιβίωσης, περιορίζοντας την ανάπτυξη και την εξέλιξη των χρόνιων νοσημάτων και άλλων καταστάσεων αναπηρίας (Cwirlej – Sozanska A.B. et al, 2018; Lira C.A.B. et al, 2018; Xing H. et al, 2015). Παράλληλα, το επιπλέον σωματικό βάρος συνδέεται με πολλά προβλήματα υγείας και σχετίζεται σημαντικά με την έλλειψη σωματικής δραστηριότητας, οδηγώντας με αυτό τον τρόπο στην έκπτωση της HRQoL (Crouchley K. & Daly A., 2007).

Είναι σημαντικό πως ο καλός ποιοτικά ύπνος συμβάλλει στην ανάκαμψη από σωματικές και ψυχικές επιβαρύνσεις, βελτιώνει τη διάθεση, τη μνήμη, την προσοχή και περιορίζει τον κίνδυνο ατυχημάτων, προάγοντας με αυτό τον τρόπο την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων ατόμων με χρόνια νοσήματα (Walker V. et al, 2016; Lima

M.G. et al, 2012). Από την άλλη, οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας και αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να κινητοποιήσουν συναισθηματικούς και ψυχολογικούς πόρους για να αντιμετωπίσουν τα αγχωτικά στοιχεία της ζωής τους, και ως εκ τούτου, να εκφράσουν και να αισθανθούν περισσότερη ικανοποίηση όσον αφορά την HRQoL (Xing H. et al, 2015; Gerino E. et al, 2017).

Αξίζει να αναφερθεί πως η ικανοποίηση από τη ζωή αποτελεί έναν ακόμα προβλεπτικό παράγοντα της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, με τη σχέση μεταξύ της ποιότητας ζωής και ικανοποίησης από τη ζωή να είναι σημαντικά θετική τόσο για τις χαμηλού επιπέδου όσο και για τις υψηλότερου επιπέδου δραστηριότητες της ζωής. Από πολλές έρευνες αναδεικνύεται πως η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες υγείας είναι κλινικά σημαντική, καθώς οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να ακολουθήσουν την κατάλληλη γι' αυτούς θεραπευτική αγωγή, να αναλάβουν ενεργό ρόλο στη φροντίδα της υγείας τους, να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας, παραμένοντας στον ίδιο πάροχο υγειονομικής περίθαλψη (Aydiner Boylu A. & Gunay G., 2017:61-68; Asadi-Lari M. et al, 2004).

Γενικά οι ηλικιωμένοι με χρόνια νοσήματα θεωρούν την ποιότητα της ζωής τους αρκετά καλή, χωρίς σημαντικά παράπονα και συχνά αναφέρουν λιγότερα προβλήματα υγείας, ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα των προβλημάτων τους και υποτιμούν τα επίπεδα της εξάρτησής τους. Αντίθετα, οι γιατροί χαρακτηρίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών σημαντικά χειρότερη, με αποτέλεσμα οι αξιολογήσεις των επαγγελματιών υγείας ελάχιστα να σχετίζονται με αυτές των ασθενών τους (Hao X. et al, 2019; Pearlman R. & Uhlmann R., 1988).

Το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, το οποίο ιστορικά έχει επικεντρωθεί στη διαχείριση μίας συγκεκριμένης πάθησης, σε αντίθεση με τη διαχείριση του ασθενούς (patient-centered medicine και case-management) και την ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης της νόσου (self-management) από τον ίδιο τον ασθενή, έχει αποδειχθεί τόσο ακριβό όσο και αναποτελεσματικό στη θεραπεία χρόνιων παθήσεων. Η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που μπορούν να εκπαιδεύσουν και να βοηθήσουν τους ανθρώπους να υιοθετήσουν και να διατηρήσουν μία μακροπρόθεσμη αλλαγή συμπεριφοράς στην υγεία, στο πλαίσιο αποτροπής περαιτέρω εξέλιξης της νόσου και βελτίωσης της ποιότητας ζωής, συνιστά μία διαρκή και επιτακτική ανάγκη



- προϋπόθεση αποτελεσματικότερης διαχείρισης των ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα στην κοινότητα (Allegrante J.P. et al, 2019; Kim S.H. & Youn C.H., 2014; Tortagada S. et al, 2017).

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επιπολασμός των χρόνιων νοσημάτων είναι ιδιαίτερα υψηλός στα ηλικιωμένα άτομα, επηρεάζοντας σε σημαντικό βαθμό όλες τις διαστάσεις της ποιότητας της ζωής τους –σωματική, ψυχική, κοινωνική-, με μεγαλύτερη την επιβάρυνση που επιφέρουν στους περισσότερο ηλικιωμένους, στις γυναίκες, στα μοναχικά άτομα, στους διαμένοντες σε αστικό περιβάλλον, στους ανθρώπους με χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, στους μη απασχολούμενους, στους οικονομικά ασθενέστερους, στα άτομα με ανθυγιεινές συνήθειες του τρόπου ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ, απουσία σωματικής άσκησης, αυξημένο σωματικό βάρος), σε εκείνους με συνυπάρχουσες χρόνιες νόσους, καθώς και στους ηλικιωμένους με χαμηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας και ικανοποίησης από τη ζωή, τις υπηρεσίες υγείας και την κατάσταση της υγείας. Η χαμηλότερη ποιότητα ζωής, όπως διαμορφώνεται από την παρουσία των χρόνιων ασθενειών στους ηλικιωμένους, οδηγεί σε περαιτέρω επιδείνωση όσον αφορά την έκβαση της νόσου, αυξάνοντας τις πιθανότητες εισαγωγών και επανεισαγωγών στα νοσοκομεία, με αρνητικές επιπτώσεις στη σωματική και ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων, απειλώντας πολλές φορές και την ίδια τους την επιβίωση.

Είναι γεγονός πως χρειάζεται περισσότερη μελέτη για την καλύτερη διερεύνηση επιπλέον πτυχών της HRQoL των ηλικιωμένων στην κοινότητα, καθώς κάθε ξεχωριστή ομάδα έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορούν να συμβάλλουν στην προσέγγιση μιας πιο ολοκληρωμένης εικόνας του πολυδιάστατου αυτού θέματος. Στηριζόμενη στην επιστημονική αυτή τεκμηρίωση, η διεθνής κοινότητα πρέπει να δώσει μεγαλύτερη προσοχή στην αντιμετώπιση των δυσμενών αποτελεσμάτων της γήρανσης, μέσω της προσαρμογής κατάλληλων πολιτικών προκειμένου να βελτιωθεί η σωματική, ψυχική και κοινωνική κατάσταση του ηλικιωμένου πληθυσμού και ενώ η κύρια πρόκληση του εικοστού αιώνα ήταν «η επιμήκυνση της επιβίωσης», η βασική αναγκαιότητα του τρέχοντος αιώνα είναι «η ζωή με βελτιωμένη ποιότητα».

Όσον αφορά τις έρευνες που αναφέρθηκαν στην παρούσα διπλωματική εργασία είναι σημαντικό να σημειωθεί πως τα εξαγόμενα αποτελέσματα πολλών από αυτές μπορεί να περιορίζονται από το σχετικά μικρό μέγεθος του δείγματος, με συνέπεια την μη ανάδειξη επιπρόσθετων στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων μεταξύ της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και των κοινωνικοοικονομικών μεταβλητών και δεικτών της υγείας τους. Οι μελέτες σε αυτόν τον τομέα θα πρέπει ιδανικά να χαρακτηρίζονται

από τη χρήση μεγάλων σχετικά δειγμάτων που να είναι αντιπροσωπευτικά του πλήρους φάσματος των χρόνιων παθήσεων.

Άλλος περιορισμός της συνήθους ερευνητικής προσέγγισης είναι ότι ο υπολογισμός της διάρκειας των χρόνιων νόσων γινόταν συνολικά και όχι ξεχωριστά για κάθε μία νόσο. Είναι γεγονός ότι η διάρκεια ή η έναρξη της ασθένειας μπορεί να έχει ιδιαίτερο αντίκτυπο στις αναφορές της ποιότητας ζωής, καθώς φαίνεται ότι οι άνθρωποι συνεχώς προσαρμόζονται στην ασθένειά τους.

Παράλληλα, η απουσία αξιολόγησης της σοβαρότητας των χρόνιων παθήσεων και της αντιλαμβανόμενης βελτίωσης ή επιδείνωσης της νόσου πρέπει να ληφθεί υπόψη μεταξύ των περιορισμών των περισσότερων ερευνών. Για παράδειγμα, οι Fortin M. et al. (2005) χρησιμοποίησαν ως μέτρο την αθροιστική κλίμακα βαθμολογίας ασθένειας (CIRS-G, Cumulative Illness Rating Scale for Geriatric) για τη σοβαρότητα της νόσου σε ένα πλαίσιο πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αποκαλύπτοντας ισχυρή σχέση με την ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία.

Αξίζει να αναφερθεί πως μια σειρά ασθενειών μέσα σε ένα σύμπλεγμα ή μια ομάδα ασθενειών μπορεί να μην εκπροσωπείται. Επιπλέον, μπορεί πολλές χρόνιες παθήσεις να υποεκπροσωπούνται σε σχέση με τα επίπεδα σοβαρότητάς τους, ενώ ενδέχεται και να έχει εμφανιστεί υποεκπροσώπηση στο φάσμα σοβαρών επιπέδων ασθένειας λόγω μη ανταπόκρισης.

Είναι γεγονός ότι η χρήση ποσοτικής και συγχρονικής διερευνητικής προσέγγισης, που εφαρμόστηκε στην πλειονότητα των ερευνών, δεν επέτρεψε την ουσιαστική και βαθύτερη διερεύνηση σημαντικών πτυχών και παραμέτρων του σοβαρού και σύνθετου αυτού προβλήματος. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από μία συγκεκριμένη χρονική στιγμή και έτσι μόνο η συσχέτιση και όχι η αιτιότητα μπορεί να αναχθεί από αυτά τα αποτελέσματα.

Επίσης, ο προσδιορισμός των χρόνιων καταστάσεων βασίστηκε κατά κύριο λόγο στην αυτοαναφορά, η οποία μπορεί να μην είναι τόσο ακριβής όσο οι ιατρικές διαγνώσεις. Στα ερωτηματολόγια αυτοαναφοράς μπορεί να υπάρχουν αυξημένες πιθανότητες εσφαλμένης αναφοράς ή μεροληψίας ανάκλησης, καθώς η μελέτη περιλαμβάνει πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων. Οι ασθενείς μπορεί να συγχέουν συμπτώματα και όχι τόσο σημαντικές ασθένειες με πιο σοβαρές νοσηρές καταστάσεις

ή μπορεί να ξεχάσουν να αναφέρουν σημαντικές διαγνώσεις που είναι ακόμη ενεργές. Η αυτοαναφορά μπορεί ακόμη και να είναι εντελώς ανακριβής, παρουσία ψυχοσωματικών διαταραχών. Ωστόσο, το υψηλό επίπεδο συμφωνίας μεταξύ των αυτοαναφερόμενων διαγνώσεων και των διαγνώσεων των γιατρών υποδηλώνει τη χρησιμότητα της αυτοαναφοράς του ασθενούς ως έγκυρο μέτρο μεσολάβησης για αυτές τις συνθήκες.

Είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι η καλύτερη κατανόηση της σχετικής επιβάρυνσης των κοινών χρόνιων καταστάσεων μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας να επικεντρωθούν σε εκείνες τις ασθένειες που έχουν την μεγαλύτερη επίδραση στην ποιότητα ζωής, καθορίζοντας προτεραιότητες κατά τη διαχείριση ατόμων με ιστορικό χρόνιων νόσων και συννοσηρότητας. Η επιβάρυνση του συνδυασμού επιλεγμένων χρόνιων νόσων στην ποιότητα ζωής είναι περισσότερο σημαντική για την αποκάλυψη του πραγματικού τους αντίκτυπου στην ποιότητα ζωής απ' ό,τι είναι ο αριθμός των χρόνιων καταστάσεων που συνυπάρχουν στο ίδιο άτομο. Επιπλέον, η διερεύνηση της ποιότητας ζωής σχετιζόμενης με την υγεία κατά την έναρξη της αποκατάστασης από τη νόσο έχει επιπτώσεις στην τήρηση και την αποτελεσματικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπευτικής αγωγής στο πλαίσιο δομών της κοινότητας, όπου συχνά παρέχονται συμβουλές σε ασθενείς για την αυτοδιαχείριση της θεραπείας τους στο σπίτι.

Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να γίνεται διάκριση μεταξύ απλών και πολύπλοκων χρόνιων παθήσεων. Για παράδειγμα, ο θεραπευόμενος υποθυρεοειδισμός (απλή νοσηρή κατάσταση) και η ισχαιμική καρδιακή νόσος (σύνθετη νοσηρή κατάσταση) προφανώς δεν έχουν τον ίδιο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, ενώ η επίδραση των ασθενειών ενός οργάνου έναντι των πολυοργανικών ασθενειών πρέπει να σταθμίζεται κατάλληλα.

Η σχέση μεταξύ χρόνιων ασθενειών και ποιότητας ζωής χρειάζεται περισσότερες διαχρονικές (προοπτικές) μελέτες, καθώς και ποιοτικές, για την αποσαφήνιση της συσχέτισης χρόνιων νοσημάτων και ποιότητας ζωής και την αποκάλυψη αιτιωδών συσχετίσεων. Συγκεκριμένα, για να κατανοήσουμε την πραγματική επίδραση των προγνωστικών παραγόντων της ποιότητας ζωής απαιτούνται προοπτικές έρευνες, καθώς τόσο η ποιότητα ζωής όσο και οι παράγοντες που την επηρεάζουν μπορεί να αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου. Έτσι, η ποιότητα ζωής μπορεί να επιδεινωθεί με

την πάροδο του χρόνου για ορισμένα άτομα με σύνθετη πολυνοσηρότητα, αλλά για άλλους, μπορεί να βελτιωθεί και αυτές οι αλλαγές ενδέχεται να συμπίπτουν με αλλαγές στην ψυχολογική κατάσταση ή τον αντίκτυπο των ασθενειών στις καθημερινές δραστηριότητες των ηλικιωμένων ατόμων. Τα διαχρονικά σχέδια των μελετών επιτρέπουν να εξετάζονται ξεχωριστά οι αλλαγές στην ποιότητα ζωής από τις διαφορές που υπάρχουν μεταξύ των ατόμων, ενώ οι συγχρονικές μελέτες μπορούν να εξετάσουν μόνο τις διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων σε αυτές.

Από την άλλη, απαιτούνται μελλοντικές ερευνητικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση και άλλων αποτελεσμάτων - όπως εμπειρίες ασθενών, εμπόδια για την υγειονομική περίθαλψη, ποιότητα φροντίδας, παροχή προληπτικών υπηρεσιών, χρήση και κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, εκτίμηση του αντίκτυπου των πιθανών παρεμβάσεων σε ηλικιωμένους ενήλικες με πολυνοσηρότητα. Καθώς η χρήση και το κόστος των υπηρεσιών υγείας αυξάνεται με την πολυνοσηρότητα, απαιτούνται περαιτέρω έρευνες για την αξιολόγηση της συσχέτισης κατάλληλων δεικτών με τα αποτελέσματα για την υγεία, ενώ η κατανόηση και αξιοποίηση των μεμονωμένων εμπειριών των ασθενών μέσω ποιοτικών μελετών πρέπει επίσης να ενθαρρύνεται.

Αξίζει να τονιστεί ότι ενώ η Παγκόσμια Μελέτη Επιβάρυνσης Νοσημάτων 2010 τόνισε την υψηλή επιβάρυνση από προβλήματα ψυχικής υγείας, η ψυχική υγεία παραμένει παραμελημένη και στιγματισμένη σε όλες τις κοινωνίες. Σε πολλές έρευνες αναγνωρίζεται ότι η αποσύνδεση μεταξύ ψυχικής και σωματικής υγείας είναι ένα πρόβλημα στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ενώ μία περισσότερο ολοκληρωμένη προσέγγιση των ασθενών απαιτεί παράλληλη κάλυψη και των δύο αλληλένδετων διαστάσεων της. Παράλληλα, τα εργαλεία αυτοαξιολόγησης του ασθενή που προσδιορίζουν το φορτίο πολυνοσηρότητας τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική πτυχή μπορούν να βοηθήσουν να γεφυρωθεί η υπάρχουσα αποσύνδεση στις υπηρεσίες υγείας, επιτρέποντας στους επαγγελματίες υγείας να παρέχουν μια πιο ολιστική προσέγγιση με επίκεντρο τον ηλικιωμένο ασθενή με συνυπάρχουσες χρόνιες νόσους.

Είναι ακόμα σημαντικό να εδραιωθούν προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου (screening programs) για την έγκαιρη διάγνωση των χρόνιων νοσηρών καταστάσεων, ενώ απαραίτητος είναι και ο τακτικός έλεγχος των ηλικιωμένων για το βαθμό συμμόρφωσής τους στη θεραπευτική αγωγή που ακολουθεί τη διάγνωση. Για την

επίτευξη των ανωτέρω στόχων οι πολιτικές υγείας θα πρέπει να αναθεωρούνται ανά τακτά χρονικά διαστήματα, σύμφωνα με τις επιστημονικά τεκμηριωμένες (evidence-based) ανάγκες του πληθυσμού των ηλικιωμένων ασθενών, ενώ γηριατρικές δομές υγείας είναι σημαντικό να ιδρυθούν και να επεκταθούν, καθώς και να επανδρωθούν με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό (νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, γηρίατρος, ψυχολόγους, εργοθεραπευτές, φυσικοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς).

Εκπαιδευτικές παρεμβάσεις με συμβουλευτική ή ομάδες εργασίας μπορούν να έχουν θετικές επιδράσεις στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα στην κοινότητα. Στο πλαίσιο αυτών των παρεμβάσεων, θα μπορούσαν να γίνουν παρουσιάσεις και βιωματικές δράσεις για θέματα υγιεινού και ισορροπημένου τρόπου ζωής (π.χ. υγιεινή διατροφή, σωματική δραστηριότητα, έλεγχος σωματικού βάρους), καθώς και να εκδοθεί και να διανεμηθεί σε δομές όπως τα Κ.Α.Π.Η. ενημερωτικό υλικό με τις κατάλληλες προσαρμογές για τα ηλικιωμένα άτομα (μεγαλύτερη γραμματοσειρά, έντονος τύπος γραφής, αποφυγή γυαλιστερού χαρτιού, κείμενο απλό και κατανοητό και από απόφοιτους χαμηλής εκπαιδευτικής βαθμίδας).

Παράλληλα, τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» των Δήμων, μπορούν να συμβάλλουν στην παροχή υποστηρικτικών παρεμβάσεων σε μοναχικά ηλικιωμένα άτομα, μέσω της συνοδείας σε υπηρεσίες υγείας αλλά και τη συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και την αγορά των απαραίτητων για την διατροφή τους, ή και την παροχή βοήθειας στην αυτοφροντίδα και την καθαριότητα του σπιτιού, αλλά και στην προετοιμασία των γευμάτων τους, με την ενθάρρυνση της συμμετοχής και του ηλικιωμένου ατόμου, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του, η οποία συνιστά βασική παράμετρο της καλής αυτοαναφερόμενης ποιότητας της ζωής του.

Όπως έδειξαν οι περισσότερες έρευνες, καθοριστικής σημασίας είναι και η υποστήριξη που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τις κοινωνικές τους σχέσεις. Η μείωση της μοναξιάς μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας στην πρωτογενή πρόληψη ή τη διαδικασία της ανάρρωσης. Η ενεργός συμμετοχή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες στις τοπικές τους κοινωνίες, θα μπορούσαν να αυξηθούν μέσω συγκεκριμένων πρωτοβουλιών που απευθύνονται στους ηλικιωμένους. Μέσω της μείωσης της ψυχικής δυσφορίας, θα ενισχυθεί η ικανότητα αντιμετώπισης

αντιξοοτήτων, απωλειών και αγχωτικών καταστάσεων, προάγοντας με αυτό τον τρόπο την ποιότητα της ζωής της ιδιαίτερα ευαίσθητης αυτής πληθυσμιακής ομάδας.

Εν κατακλείδι μπορεί να αναφερθεί ότι καθώς η γήρανση συνιστά μία αναπόφευκτη φυσιολογική κατάσταση, ο καθορισμός και η προσπάθεια κατάλληλης διαχείρισης των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι με χρόνια νοσήματα, μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται:

-Οι χρόνιες ασθένειες που παρατηρούνται συχνά σε ηλικιωμένους ασθενείς θα πρέπει να προσδιορίζονται με σαφήνεια και να διερευνούνται από όσο δυνατόν περισσότερες επιστημονικές μελέτες -κατάλληλα προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων, με έμφαση στην ποιοτική και διαχρονική μεθοδολογία-.

-Οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να οργανώνουν και να σχεδιάζουν τη δράση τους στηριζόμενες στα ευρήματα και τις κατευθυντήριες οδηγίες της τρέχουσας αυτής επιστημονικής γνώσης.

-Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να εκπαιδεύονται σε θέματα ενός υγιεινού τρόπου ζωής, με κατάλληλα σχεδιασμένες, επικαιροποιημένες και βιωματικές δράσεις, για την πρόληψη των σωματικών ασθενειών και αναπηριών και την προαγωγή με αυτό τον τρόπο της ποιότητας της ζωής τους.

-Τέλος, με την ίδρυση διαφόρων δομών για τη στήριξη των ηλικιωμένων στο πλαίσιο της τοπικής κοινωνίας, καθώς και την παροχή υπηρεσιών κατάλληλης πληροφόρησής τους σε θέματα -υγείας, κοινωνικοοικονομικά- που τους απασχολούν, η μοναξιά και η απομόνωση των ηλικιωμένων θα πρέπει με κάθε τρόπο να αποτρέπονται, με παράλληλη στόχευση στη βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων χρόνια ασθενών που ζουν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### 1. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- 1) Αδαμακίδου, Θ., Καλοκαιρινού, Α. (2012) *‘Ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο (Μέρος II): Εργαλεία αξιολόγησης’*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5(4):4-13. [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/10/poriotita\\_asthenon\\_karkinou\\_ii.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2013/10/poriotita_asthenon_karkinou_ii.pdf).
- 2) Αμηρά, Α., Γεωργιάδη, Ε. & Τεπέρογλου Α. (1986) *‘Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας στην Ελλάδα’*. Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- 3) Αναστασιάδου, Β. (2015) *‘Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της Γηριατρικής Οδοντιατρικής’*. Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών, Αθήνα. σελ.24,25. <https://repository.kallipos.gr/handle/11419/3358>.
- 4) Ανδριοπούλου, Μ., Χάρος, Δ., & Στεργιάδη, Ε. (2018) *‘Ο αντίκτυπος του καρκίνου στον ασθενή και στους φροντιστές και η σπουδαιότητα της ενδυνάμωσης’*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 35(5):601-611. <https://www.mednet.gr/archives/2018-5/pdf/601.pdf>.
- 5) Βαλάσση – Αδάμ Ε. (2001) *‘Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής’*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):216-217. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/216.pdf>.
- 6) Γαλάνης, Π., Πολίτη, Β., Κωνσταντακοπούλου, Ο. Μπιλάλη, Α., Βράκα, Ε., Χαραλάμπους, Γ. (2018) *‘Ποιότητα ζωής ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο’*. Vima του Asklipiou, 17(2):128-141. <http://ejournals.teiath.gr/index.php/tonvima/article/viewFile/4262/3952>.
- 7) Γαλάνης, Π. (2017) *‘Μεθοδολογία σχεδιασμού των μελετών’*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 34(4):559-566. <https://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/559.pdf>
- 8) Γείτονα, Μ. & Μπούκουρα, Ε. (2004) *‘Τρίτη Ηλικία: Πολιτικές αντιμετώπισης των σύγχρονων προκλήσεων στην Ελλάδα’*. Τετράδια Ψυχιατρικής, Νο 85. σελ.114-124.
- 9) Γιαβασόπουλος, Ε. Κ., & Γουρνή, Π. Γ. (2008) *‘Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια’*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 7(1):12-39. [http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2001\\_08/VA\\_REV\\_1\\_07\\_01\\_08.pdf](http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2008/VOLUME%2001_08/VA_REV_1_07_01_08.pdf).



- 10) Γκαράνη – Παπαδάτου, Τ. (2018) *‘Δίκαιο Υγείας, Βιοηθική και Δημόσια Υγεία – Διδακτικές σημειώσεις’*. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (ΕΣΔΥ) – Τομέας Δημόσιας Υγείας. Κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>, σελ:13-14.
- 11) Γούλα Α. (2019) *‘Εισηγήσεις στο πλαίσιο του μαθήματος Έρευνα πεδίου - Μεθοδολογικές Τεχνικές Ανάπτυξης της Κοινωνικής Έρευνας’*. ΠΑΔΑ, ΠΜΣ Διοίκηση και Διαχείριση Μονάδων Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας.
- 12) Γουργουλιάννη, Σ. (2017) *‘Τα ανθρώπινα δικαιώματα των χρονίως πασχόντων ασθενών και η πρακτική εφαρμογή του νόμου’*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 34(4):553-558. <https://www.mednet.gr/archives/2017-4/pdf/553.pdf>.
- 13) Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου, Μ., & Αλεξιάς, Γ. (2008) *‘Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής - Από τη Θεωρία στην Πράξη’*. Info Respir Intern Med, 49:31-41. [https://www.iatrikionline.gr/Respiratory\\_49/5.pdf](https://www.iatrikionline.gr/Respiratory_49/5.pdf).
- 14) Διονυσιώτης, Ι., Καψοκούλου, Α., Σαμλίδη, Ε., & Παπαθανασίου, Ι. (2019) *‘Αναθεωρήσεις στην αποκατάσταση του ηλικιωμένου ασθενούς με κάταγμα ισχίου’*. Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 36(2):254-263. <http://mail.mednet.gr/archives/2019-2/pdf/254.pdf>.
- 15) *‘Εθνικός Διατροφικός Οδηγός για άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω’* (2014) Ινστιτούτο Προληπτικής Περιβαλλοντικής & Εργασιακής Ιατρικής, Prolepsis. <http://www.diatrofikoiodigoi.gr/default.aspx?page=home>.
- 16) *‘Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα ατυχήματα 2008 – 2012’*. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. <https://www.google.gr/search?q=%CE%95%CE%B8%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CF%8C+%CF%83%CF%87%CE%B5%CE%B4%CE%B9%CE%BF+%CE%B4%CF%81%CE%B1%CF%83%CE%B7%CF%82+%CE%B3%CE%B9%CE%B1+%CE%B1%CF%84%CF%85%CF%87%CE%B7%CE%BC%CE%B1%CF%84%CE%B1&oq=%CE%95&aqs=chrome.0.69i59j69i57j69i60j35i39j69i6112.3800j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8>.
- 17) Ζαμπέλας, Α. (2003) *‘Η Διατροφή στα στάδια της ζωής’*. Ιατρικές Εκδόσεις Πασχαλίδης. σελ.: 325-380.
- 18) Ζαρταλούδη, Α., & Κουτελέκος, Ι. (2017) *‘Άγχος και Ποιότητα Ζωής σε Ασθενείς με Ρευματικά Νοσήματα’*. Nosileftiki, 56(4):305-314 [http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2018/07/56\\_4\\_598\\_Anaskopisi\\_Zartaloudi.pdf](http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2018/07/56_4_598_Anaskopisi_Zartaloudi.pdf).

- 19) Ζωγραφάκης-Σφακιανάκης, Μ., Σουσαμλής, Μ., Κουναλάκη, Ε., Σκουληκάρη, Κ., Ηλιάκη, Α., & Φραγκιαδάκη, Ε. (2010) *‘Αξιολόγηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ασθενών με οσφυαλγία που υποβλήθηκαν σε συντηρητική θεραπεία’*. Νοσηλευτική, 49(2):182-194. [https://www.researchgate.net/profile/Michail\\_Zografakis-Sfakianakis/publication/235683557\\_Health\\_Related\\_Quality\\_of\\_Life\\_of\\_Patients\\_with\\_Low\\_Back\\_Pain/links/5668301408aef42b578a8efe/Health-Related-Quality-of-Life-of-Patients-with-Low-Back-Pain.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Michail_Zografakis-Sfakianakis/publication/235683557_Health_Related_Quality_of_Life_of_Patients_with_Low_Back_Pain/links/5668301408aef42b578a8efe/Health-Related-Quality-of-Life-of-Patients-with-Low-Back-Pain.pdf).
- 20) Θεοφίλου, Π. (2009) *‘Ποιότητα ζωής, κατάθλιψη και άγχος σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο: ο ρόλος των αντιλήψεων για την υγεία’*. Περιοδικό Νοσηλευτική, 4:38-46. [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2011/07/TOMOS4\\_TEFXOS2-dragged4.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2011/07/TOMOS4_TEFXOS2-dragged4.pdf).
- 21) Θεοφίλου, Π., & Παναγιωτάκη, Ε. (2010). *‘Παράγοντες επίδρασης στην ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. Ζωή ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου’*. Νοσηλευτική, 49(2):174-181. [http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get\\_pdf-183.pdf](http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-183.pdf).
- 22) Θεοφίλου, Π., & Παναγιωτάκη, Ε. (2010) *‘Ποιότητα ζωής σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια: Διαφορές μεταξύ ασθενών με λιγότερα και περισσότερα χρόνια θεραπεία’*. Νοσηλευτική, 49(3):295-304. [http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get\\_pdf-103.pdf](http://hjn.gr/wp-content/uploads/2014/10/get_pdf-103.pdf).
- 23) Καραδήμας, Ε. *‘Ψυχολογία Υγείας – Χρόνια ασθένεια’*. Πανεπιστήμιο Κρήτης: Τμήμα Ψυχολογίας – Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. [https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/14119/mod\\_resource/content/1/6%29%CE%A7%CF%81%CF%8C%CE%BD%CE%B9%CE%B1%20%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1.pdf](https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/14119/mod_resource/content/1/6%29%CE%A7%CF%81%CF%8C%CE%BD%CE%B9%CE%B1%20%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1.pdf).
- 24) Κρεμαστινού - Κουρέα, Τ. (2010) *‘Δημόσια Υγεία Θεωρία-Πράξη-Πολιτικές’*, Β’ Έκδοση. Αθήνα: Τεχνόγραμμα. σελ.557-584.
- 25) Κυριακίδης, Δ. & Μπαμπάτσικος, Χ. (2007) *‘Μακροζωία: ένα βιοχημικό μυστήριο’*. Σε *‘Το αίνιγμα της μακροζωίας’*. Αθήνα: Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών. σελ:11-44. <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/handle/10442/8036>.
- 26) Κυρίτση, Ε. (1999α) *‘Διαταραχή της Ιδεατής Εικόνας του Σώματος’*. Νοσηλευτική, 38(3):238-243.

- 27) Κυρίτση, Ε. (1999β) *‘Νοσηλευτική Φροντίδα σε Ασθενείς με Διαταραχή Εικόνας Σώματος και Αυτοϊδέας’*. Νοσηλευτική, 38 (2):151-155.
- 28) Κωσταρέλλου, Γ. & Κυρίτση – Κουκουλάρη Ε. (2015) *‘Ποιότητα Ζωής των Ασθενών μετά από Αορτοστεφανιαία Παράκαμψη’*. Νοσηλευτική, 54(3):222-230. [http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2016/01/04\\_537\\_kostarellou.pdf](http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2016/01/04_537_kostarellou.pdf).
- 29) Μαθιουδάκης Γ.Α. *‘Η βιοπολιτική της γήρανσης’*. <http://respi-gam.net/node/5311>.
- 30) Μαλικιώση – Λοίζου Μ. (1980) *‘Ψυχολογία του γήρατος’*, Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 39(39-40):342-352. <https://ejournals.epublishing.ekt.gr/index.php/ekke/article/view/7159>.
- 31) Μανιός, Γ. (2006). *‘Διατροφική αξιολόγηση’*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδη Π.Χ. σελ. 4-11, 16-41, 98-105, 153, 199-200, 393-397, 539-543.
- 32) Μηνασίδου, Ε. (2005) *‘Ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νοσήματα και η θεωρία της Κοινωνικής Παραγωγής Λειτουργιών’*. Νοσηλευτική, 44(2):202-211. [https://www.researchgate.net/publication/319987811\\_Poioteta\\_zoes\\_atomon\\_me\\_chronia\\_nosemata\\_kai\\_e\\_theoria\\_tes\\_Koinonikes\\_Paragoges\\_leitourgion](https://www.researchgate.net/publication/319987811_Poioteta_zoes_atomon_me_chronia_nosemata_kai_e_theoria_tes_Koinonikes_Paragoges_leitourgion).
- 33) Νάκου, Σ. (2001) *‘Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας-Εφαρμογές στην Παιδιατρική’*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):254-266. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/254.pdf>.
- 34) Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001) *‘Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση’*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 239-253. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/239per.html>.
- 35) Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011) *‘Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες’*. Νοσηλευτική, 50(2):231-239. <https://eclass.pat.teiwest.gr/eclass/modules/document/file.php/766218/%CE%A0%CE%B1%CF%81%CE%AC%CE%BB%CE%BB%CE%B7%CE%BB%CE%B1%20%CE%BA%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B1/%CE%91%CE%BE%CE%B9%CE%BF%CF%80%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%AF%CE%B1%20%CE%BA%CE%B1%CE%B9%20%CE%95%CE%B3%CE%BA%CF%85%CF%81%CF%8C%CF%84%CE%B7%CF%84%CE%B1%20%CE%B5%CF%81%CF%89%CF%84%CE%B7%CE>

%BC%CE%B1%CF%84%CE%BF%CE%BB%CE%BF%CE%B3%CE%AF  
%CF%89%CE%BD.pdf

- 36) Παπαγεωργίου, Δ., Μήτσιου, Π., Σιδηροπούλου, Μ., Τσιάκου, Ο., Σαμπάνη, Χ.Α., Παυλάτου, Ν. (2017) *‘Ποιότητα ζωής ασθενών με Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια’*. Ελληνικό Περιοδικό Ελληνικής Επιστήμης, 11(2):51-62. <http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2018/07/roiotita-zohs-asthenwn.pdf>.
- 37) Πάσχος, Κ. (2018) *‘Η αποτελεσματική διαχείριση του στρες στους χρόνιους ασθενείς, η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης και η προσφορά των επαγγελματιών υγείας’*. Επιστημονικά Χρονικά, 23(2):175-188. [http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika\\_xronika/p18-2-6.pdf](http://www.tzaneio.gr/wp-content/uploads/epistimonika_xronika/p18-2-6.pdf).
- 38) Ποντισίδης, Γ., & Μπελλάλη, Θ. (2015) *‘Η Έννοια της Κοινωνικής Υποστήριξης και η Επίδρασή της στη Διαχείριση των Χρόνιων Νόσων’*. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 8(4):6-16. [http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2016/03/enoiia\\_koinwnikis\\_ipostirixsis.pdf](http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2016/03/enoiia_koinwnikis_ipostirixsis.pdf).
- 39) Πουλοπούλου - Έμκε, Ή. (1999) *‘Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον’*. Αθήνα: Έλλην. σελ:120-130.
- 40) Σαρρής Μ. (2001) *‘Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής’* Σειρά: Κοινωνικές επιστήμες & Υγεία. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση. σελ: 251-347.
- 41) Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ., & Υφαντόπουλος, Γ. Ν. (2001) *‘Θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών’*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):230-238). <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/230.pdf>.
- 42) Σαρρής Μ. (1999) *‘Διερεύνηση της ποιότητας ζωής μεταμοσχευθέντων ασθενών’*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής.
- 43) Σεϊτανίδης, Β. (2020) *‘Αναιμία των Ηλικιωμένων’*. [www.iatrikionline.gr/ellia-1312.pdf](http://www.iatrikionline.gr/ellia-1312.pdf).
- 44) Σηφάκη, Α. (2007) *‘Συμμετοχή των ηλικιωμένων στις δραστηριότητες των ΚΑΠΗ και οι λόγοι που δε συμμετέχουν’*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής - Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Ηράκλειο, σελ. 66-67.
- 45) Σιόντη, Β., Χαραλάμπους, Γ., Παπαγεωργίου, Γ., Πέσχος, Δ., Γαλάνης, Π., & Γουρνή, Μ. (2019) *‘Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας’*. Archives of

- Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 36(6):800-809.  
<https://www.mednet.gr/archives/2019-6/pdf/800.pdf>.
- 46) Σούλης Σ. (1998) *‘Οικονομικά της Υγείας’*. Εκδόσεις Παπαζήση. σελ.216-232.
- 47) Σταύρου, Β. & Ζυγά, Σ. (2014) *‘Η πρόκληση της υγιούς, ενεργού και επιτυχημένης γήρανσης’*. Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας, 6(4):160-166.  
<http://www.inhealthcare.gr/assets/uploads/manuscripts/9011c598b31b0dfefac00fcfa37f9bef.pdf>.
- 48) Στυλιανοπούλου, Χ., Κουλιεράκης, Γ., Καραγιάννη, Β. Ι., Μπαμπάτσικου, Φ. Π., & Κουτής, Χ. (2015) *‘Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)’*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4):490-504.  
<http://hypatia.lb.teiath.gr/bitstream/11400/3929/1/%28%CE%9A.%CE%91.%CE%A0.%CE%97.%29.pdf>.
- 49) Τεπέρογλου, Α. (1993) *‘Ο θεσμός Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων: στασιμότητα ή εξέλιξη’* στο: Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Σκουτέλης, Γ., (επιμ.), *‘Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία’*. Αθήνα: Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας. σελ. 293-300.
- 50) Τσακρακλίδης, Β. (2007) *‘Η βιολογία του γήρατος’*. Ιατρικά Ανάλεκτα, 2(15):376-379. <https://www.hygeia.gr/magazines/iatrika-analekta/>.
- 51) Τσιμισίου, Ζ., Κηπάρογλου, Ρ., Ασημακόπουλος, Α., Ευθυμιάδου, Ε., Δάντση, Φ. (2012) *‘Πολυφαρμακία και ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας’*. Archives of Hellenic Medicine, 29(6):731-733.  
<http://www.mednet.gr/archives/2012-6/pdf/731.pdf>.
- 52) *‘Υγιής Γήρανση Μία πρόκληση για την Ευρώπη’*. Συνοπτική Έκδοση (2007). The Swedish National Institute of Public Health. [http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/Greek\\_shortHealthAgeing\\_web.pdf](http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/Greek_shortHealthAgeing_web.pdf).
- 53) Υφαντής, Α. , Ίντας, Γ., Κοντός, Μ. (2017) *‘Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση’*. ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ, 10(2):7-14.  
<http://journal-ene.gr/wp-content/uploads/2017/05/sxetizoeni-igeia-poitita-zohs.pdf>
- 54) Υφαντόπουλος Ι. (2003) *‘Τα Οικονομικά της Υγείας - Θεωρία και Πολιτική’* Εκδόσεις Τυπωθήτω - Δαρδανός.

- 55) Υφαντόπουλος Γ. & Σαρρής Μ. (2001) ‘Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητας ζωής-Μεθοδολογία μέτρησης’. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3):218-229. <http://www.mednet.gr/archives/2001-3/pdf/218.pdf>.
- 56) Φραγκούλης, Γ. & Μουτσόπουλος, Χ. (2008) ‘Φλεγμονή και γήρανση. Μεταβολές του ανοσοποιητικού συστήματος κατά τη γήρανση’. Arch Hell Med., 25(1):24–32.
- 57) Φωτάκη, Ζ. (2011) ‘Προνοιακές δομές στην 3η ηλικία: το παράδειγμα του νομού Αιτωλοακαρνανίας’. Μεταπτυχιακή εργασία. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας. Σχολή: Διοίκησης Οικονομίας. Τμήμα: Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας. σελ.19-25. <http://nestor.teipel.gr/xmlui/handle/123456789/12895>.
- 58) Φωτοπούλου, Π., Καρρά, Β., Παπαφάνης, Θ., & Κουσκούνη, Ε. (2016) ‘Η Επίδραση των Μονίμων Τεχνητών Βηματοδοτών στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των Ασθενών’. Nosileftiki, 55(4):369-380. [http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2017/08/55\\_4\\_571\\_Ereynhtikh\\_Fotopoulou\\_kai\\_Synerg.pdf](http://www.hjn.gr/wp-content/uploads/2017/08/55_4_571_Ereynhtikh_Fotopoulou_kai_Synerg.pdf).
- 59) Χανιώτης, Φ., Χανιώτης, Δ. (2013). ‘Γηριατρική’. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας. σελ. 63-78.
- 60) Brown J. (2014), ‘Η Διατροφή στον Κύκλο Της Ζωής’, Πέμπτη έκδοση, Επιμέλεια: Κανέλλου, Α., Μαρκάκη, Α., Γραμματικοπούλου Μ. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Δ. σελ. 582-623, 621-666, 678-679.
- 61) Di Matteo R. & Martin L. (2011) ‘Εισαγωγή στην Ψυχολογία Υγείας’. Αθήνα: Πεδίο.
- 62) Nettleton S. (1995) ‘Κοινωνιολογία της Υγείας και της Ασθένειας’, Επιμέλεια: Αγραφιώτης Δ., Αθήνα: Εκδόσεις Τυποθήτω. σελ. 221-262.
- 63) Redfern, S. & Ross, F. (2011) ‘Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων’. Επιμέλεια: Ραφτόπουλος Β., Κύπρος: Εκδόσεις Πασχαλίδης και Broken Hill Publishers Ltd. σελ.49-89.

## 2. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- 64) Aghamolaei, T., Tavafian, S. S., & Zare, S. (2010) '*Health related quality of life in elderly people living in Bandar Abbas, Iran: a population-based study*'. *Acta Medica Iranica*, 2010: 48(3): 185-191. <http://acta.tums.ac.ir/index.php/acta/article/view/3675>.
- 65) Akyol, Y., Durmuş, D., Doğan, C., Bek, Y., & Cantürk, F. (2010) '*Quality of life and level of depressive symptoms in the geriatric population*'. *Archives of Rheumatology*, 25(4): 165-173. [https://www.researchgate.net/profile/Yueksel\\_Bek/publication/229028182\\_Quality\\_of\\_Life\\_and\\_Level\\_of\\_Depressive\\_Symptoms\\_in\\_the\\_Geriatric\\_Population/links/00463524194a3d92b9000000/Quality-of-Life-and-Level-of-Depressive-Symptoms-in-the-Geriatric-Population.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Yueksel_Bek/publication/229028182_Quality_of_Life_and_Level_of_Depressive_Symptoms_in_the_Geriatric_Population/links/00463524194a3d92b9000000/Quality-of-Life-and-Level-of-Depressive-Symptoms-in-the-Geriatric-Population.pdf).
- 66) Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019) '*Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases*'. *Annual review of public health*, 40: 127-146. <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>.
- 67) Amarya, S., Singh, K. & Sabharwal, M. (2015) '*Changes during aging and their association with malnutrition*'. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 6(3):78-84. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210833515000672>.
- 68) Andreoli, T.E., Fitz, J.G., Benjamin, I., Griggs, R.C., & Wing, E.J. (2010). '*Andreoli and Carpenter's Cecil Essentials of Medicine E-Book*'. Elsevier Health Sciences.
- 69) Anstey, K.J. & Low, L.F. (2004) '*Normal cognitive changes in aging*'. *Aust Fam Physician*, 33(10):783–787. <https://europepmc.org/article/med/15532151>.
- 70) Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003) '*Patients' satisfaction and quality of life in coronary artery disease*'. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1(1):1-7. <https://europepmc.org/article/PMC/280700>.
- 71) Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004) '*Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model*'. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC471563/>.

- 72) Asmundson, G. J., Norton, P. J., & Norton, G. R. (1999) '*Beyond pain: the role of fear and avoidance in chronicity*'. *Clinical psychology review*, 19(1): 97-119. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9987586/>.
- 73) Aydiner Boylu, A., & Günay, G. (2017) '*LIFE SATISFACTION AND QUALITY OF LIFE AMONG THE ELDERLY: MODERATING EFFECT OF ACTIVITIES OF DAILY LIVING*'. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*, 20(1): 61-69. <http://geriatri.dergisi.org/abstract.php?id=971>.
- 74) Balcombe, N. R., & Sinclair, A. (2001) '*Ageing: definitions, mechanisms and the magnitude of the problem*'. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 15(6):835-849. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691801902446>.
- 75) Barbe, C., Jolly, D., Morrone, I., Wolak-Thierry, A., Dramé, M., Novella, J. L., & Mahmoudi, R. (2018) '*Factors associated with quality of life in patients with Alzheimer's disease*'. *BMC geriatrics*, 18(1): 159. <https://bmgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-018-0855-7>.
- 76) Baum, A., & Posluszny, DM (1999) '*Health Psychology: Mapping Biosystem Behavioral Health and Illnesses*'. *Annual review of psychology*, 50 (1):137-163. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10074676/>.
- 77) Belza, B., Walwick, J., Shui-Thornton, S., Schwartz, S., Taylor, M. & LeGerfo, J. (2004) '*Older adult perspectives on physical activity and exercise: Voices from multiple cultures*'. *Prev Chronic Dis.*, 1(4):A09. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15670441/>.
- 78) Bernell, S., & Howard, S. W. (2016) '*Use your words carefully: what is a chronic disease?*'. *Frontiers in public health*, 4:159. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2016.00159/full>.
- 79) Bivona, P.L. (1998) '*Xerostomia. A common problem among the elderly*'. *NY State Dent J*, 64(6):46-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9707984/>.
- 80) Blair, S.N., Kohl, H.W., Barlow, C.E., Paffenbarger, R.S., Gibbons, L.W., & Macera, C.A. (1995) '*Changes in Physical Fitness and All-Cause Mortality*', *Journal of the American Medical Association*, 273(14):1093-1098. [https://scholarcommons.sc.edu/sph\\_epidemiology\\_biostatistics\\_facpub/500/](https://scholarcommons.sc.edu/sph_epidemiology_biostatistics_facpub/500/).
- 81) Bohingamu Mudiyansele, S., Stevens, J., Watts, J. J., Toscano, J., Kotowicz, M. A., Steinfort, C. L. & Hunter, C. (2019) '*Personalised telehealth*



- intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial*'. Journal of telemedicine and telecare, 25(6):343-352. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1357633X18775850>.
- 82) Brennan, P., Perola, M., Van Ommen, G. J., Riboli, E., & European Cohort Consortium (2017) '*Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts*'. European Journal of Epidemiology, 32(9):741-749. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5662668/>.
- 83) Brownie, S. (2006) '*Why are elderly individuals at risk of nutritional deficiency?*'. International journal of nursing practice, 12(2):110-118. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1440-172X.2006.00557.x>.
- 84) Buckley, B. (2001) '*Healthy Ageing: ageing safety*', European Heart Journal Supplements, 3(N):6-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11913487/>.
- 85) Canbaz, S., Sünter, A. T., Dabak, S., & Pekşen, Y. (2003) '*The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun*'. Turkish Journal of Medical Sciences, 33(5):335-340. [https://www.researchgate.net/publication/289383564\\_The\\_prevalence\\_of\\_chronic\\_diseases\\_and\\_quality\\_of\\_life\\_in\\_elderly\\_people\\_in\\_Samsun](https://www.researchgate.net/publication/289383564_The_prevalence_of_chronic_diseases_and_quality_of_life_in_elderly_people_in_Samsun).
- 86) Casas-Herrero, A., & Izquierdo, M. (2012). '*Physical exercise as an efficient intervention in frail elderly persons*'. Anales del sistema sanitario de Navarra, 35(1):69-85. [https://www.researchgate.net/publication/224887922\\_Physical\\_exercise\\_as\\_a\\_n\\_efficient\\_intervention\\_in\\_frail\\_elderly\\_persons](https://www.researchgate.net/publication/224887922_Physical_exercise_as_a_n_efficient_intervention_in_frail_elderly_persons).
- 87) Caspersen, C.J., Powell, K.E., Christenson, G.M.. (1985) '*Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research*'. Public Health, 100(2):126-131.
- 88) Cedraschi, C., Luthy, C., Allaz, A. F., Herrmann, F. R., & Ludwig, C. (2016) '*Low back pain and health-related quality of life in community-dwelling older adults*'. European Spine Journal, 25(9): 2822-2832. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00586-016-4483-7>.
- 89) Chapa, D. W., Akintade, B., Schron, E., Friedmann, E., & Thomas, S. A. (2014) '*Is health-related quality of life a predictor of hospitalization or mortality among women or men with atrial fibrillation?*'. Journal of Cardiovascular Nursing, 29(6):555-564. [https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/son\\_nurs\\_facpubs/59/](https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/son_nurs_facpubs/59/).

- 90) Chapman, I.M. (2006) '*Nutritional disorders in the elderly*'. *Medical Clinics*, 90(5):887-907.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025712506000484?via%3Dihub>.
- 91) Cheftel, J.C. (2005) '*Food and Nutrition Labelling in the European Union*'. *Food Chemistry*, 93(3):531-550. <http://www.innova-uay.info/docs/presentaciones/20050930/2005PPTJeanClaudeCheftel.pdf>.
- 92) Chen, C. (2001) '*Aging and life satisfaction*'. *Soc Indic Res*, 54(1):57-79.  
[https://www.researchgate.net/publication/226698656\\_Aging\\_and\\_Life\\_Satisfaction](https://www.researchgate.net/publication/226698656_Aging_and_Life_Satisfaction).
- 93) Cheung, J.C., Kwan A.Y., Chan S.S., et al (2005) '*Quality of life of older adults: benefits from caring services in Hong Kong*'. *Soc Indic Res*, 71:291-334. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11205-004-8021-3>.
- 94) Costa V.D.S.P. et al (2015) '*Evaluation factors for determining the quality of life of physically independent elderly*'. *Manual Therapy, Posturology & Rehabilitation Journal*, 13:1-9.  
[https://www.researchgate.net/publication/292675989\\_Evaluation\\_factors\\_for\\_determining\\_the\\_quality\\_of\\_life\\_of\\_physically\\_independent\\_elderly](https://www.researchgate.net/publication/292675989_Evaluation_factors_for_determining_the_quality_of_life_of_physically_independent_elderly).
- 95) Crouchley, K., & Daly, A. (2007) '*Chronic Disease and Quality of Life: In Western Australia June 2007*'. Department of Health.  
<https://ww2.health.wa.gov.au/~media/Files/Corporate/Reports%20and%20publications/Population%20surveys/2007-Chronic-Disease.ashx>.
- 96) Curtis, J. R., & Safford, M. M. (2012) '*Management of osteoporosis among the elderly with other chronic medical conditions*'. *Drugs & aging*, 29(7): 549-564. <https://link.springer.com/article/10.2165/11599620-000000000-00000>.
- 97) Ćwirlej-Sozańska, A., Wilmowska-Pietruszyńska, A., & Sozański, B. (2018) '*Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland*'. *Ann. Agricult. Envir. Med*, 25(3):539-545.  
<http://www.aaem.pl/Quality-of-life-and-related-factors-among-older-people-living-in-rural-areas-in-south,93847,0,2.html>.
- 98) De Melo, L. A. D., Braga, L. D. C., Leite, F. P. P., Bittar, B. F., Oséas, J. M. D. F., & Lima, K. C. D. (2019) '*Factors associated with multimorbidity in the elderly: an integrative literature review*'. *Revista Brasileira de Geriatria e*

- Gerontologia, 22(1):e180154. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232019000100302&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232019000100302&script=sci_arttext).
- 99) Deleidi, M., Jaggle, M., Rubino, G. (2015) '*Immune aging, dysmetabolism, and inflammation in neurological diseases*'. Front Neurosci, 9:172. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnins.2015.00172/full>.
- 100) Devins, G.M., Blinik, Y.M., Hutchinson, T.A., et al (1983) '*The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control*'. Int J Psychiatry Med, 13(4):327-343. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6671863/>.
- 101) Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999) '*Subjective well-being: Three decades of progress*'. Psychological bulletin, 125(2):276.-302. <https://media.rickhanson.net/Papers/SubjectiveWell-BeingDiener.pdf>.
- 102) Drozdowski, L. & Thomson, A.B.R. (2006) '*Aging and the intestine*', World J Gastroenterol, 12(47):7578–7584. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4088037/>.
- 103) Dziechciaz, M., & Filip, R. (2014) '*Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging*'. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 21(4):835-838. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25528930/>.
- 104) Eom CS., Shin DW., Kim SY., Yang HK., Jo HS., Kweon SS., Kang YS., Kim JH., Cho BL. & Park JH. (2013) '*Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea*'. Psycho-Oncology 22: 1283–1290. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22833521/>.
- 105) Evans, J.M., Fleming, K.C., Talley, N.J., Schleck, C.D., Zinsmeister, A.R. & Melton L.J. (1998) '*Relation of colonic transit to functional bowel disease in older people: a population-based study*'. J Am Geriatr Soc., 46(1):83-87. <https://europepmc.org/article/med/9434670>.
- 106) Fan, V. S., Curtis, J. R., Tu, S. P., McDonell, M. B., Fihn, S. D., & Ambulatory Care Quality Improvement Project Investigators (2002) '*Using quality of life to predict hospitalization and mortality in patients with obstructive lung diseases*'. Chest, 122(2):429-436.

- 107) Farzianpour, F., Arab, M., Foroushani, A. R., & Mehran, E. M. Z. (2016) '*Evaluation of the criteria for quality of life of elderly health care centers in Tehran province, Iran*'. *Global journal of health science*, 8(7):68. <http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/53093>.
- 108) Flatt, T. (2012) '*A new definition of aging?*'. *Frontiers in genetics*, 3:148. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgene.2012.00148/full>.
- 109) Flanagan, S., Damery, S., & Combes, G. (2017) '*The effectiveness of integrated care interventions in improving patient quality of life (QoL) for patients with chronic conditions. An overview of the systematic review evidence*'. *Health and quality of life outcomes*, 15(1):1-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28962570/>.
- 110) Forjaz, M. J., Rodriguez-Blazquez, C., Ayala, A., Rodriguez-Rodriguez, V., de Pedro-Cuesta, J., Garcia-Gutierrez, S., & Prados-Torres, A. (2015) '*Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain*'. *European journal of internal medicine*, 26(3):176-181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25724771/>.
- 111) Fortin, M., Lapointe, L., Hudon, C., Vanasse, A., Ntetu, A. L., & Maltais, D. (2004) '*Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review*'. *Health and Quality of life Outcomes*, 2(1):51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC526383/>.
- 112) Garcia L.M.R. & Navarro M.R. Rondón García, L. M., & Ramírez Navarro, J. M. (2018) '*The impact of quality of life on the health of older people from a multidimensional perspective*'. *Journal of aging research*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29888005/>.
- 113) Garnett, A., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Strachan, P. H. (2018) '*Self-management of multiple chronic conditions by community-dwelling older adults: A concept analysis*'. *SAGE Open Nursing*, 4, 2377960817752471. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2377960817752471>.
- 114) Gava, A.L., Freitas, F.P.S., Meyrelles, S.S., Silva, I.V., Graceli, J.B. (2011) '*Gender-dependent effects of aging on the kidney*'. *Brazilian J Med Biol Res.*, 44(9):905–913. <https://www.scielo.br/pdf/bjmbr/v44n9/1069.pdf>

- 115) Gerino, E., Rollè, L., Sechi, C., & Brustia, P. (2017) '*Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model*'. *Frontiers in psychology*, 8.
- 116) Gong, J. B., Yu, X. W., Yi, X. R., Wang, C. H., & Tuo, X. P. (2018) '*Epidemiology of chronic noncommunicable diseases and evaluation of life quality in elderly*'. *Aging Medicine*, 1(1):64-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31942482/>.
- 117) Gong, Z. & Muzumdar, R.H. (2017) '*Pancreatic function, type 2 diabetes, and metabolism in aging*'. *Int J Endocrinol.* 1-13. <http://downloads.hindawi.com/journals/ije/2012/320482.pdf>.
- 118) Graven L. & Grant J. (2014) '*Social support and self-care behaviors in individuals with heart failure: An integrative review*'. *International Journal of Nursing Studies*, 51: 320–333. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23850389/>.
- 119) Gregoire, I., Kalogeropoulos, D., & Corcos, J. (1997) '*The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer*'. *Urologic Nursing*, 17(2):58-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9239139/>.
- 120) Gu, J., Chao, J., Chen, W., Xu, H., Zhang, R., He, T., & Deng, L. (2018) '*Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study*'. *Archives of gerontology and geriatrics*, 74:133-140.
- 121) Hahn, V., Halle, M., Schmidt-Trucksäss, A., Rathmann, W., Meisinger, C. & Mielck, A. (2009) '*Physical activity and the metabolic syndrome in elderly German men and women: results from the population-based KORA survey*'. *Diabetes Care*, 32(3): 511-513. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc2646038>.
- 122) Hand, C. (2016) '*Measuring health-related quality of life in adults with chronic conditions in primary care settings: Critical review of concepts and 3 tools*'. *Canadian Family Physician*, 62(7):e375-e383. <https://www.cfp.ca/content/62/7/e375.short>.
- 123) Hao, X., Yang, Y., Gao, X., & Dai, T. (2019) '*Evaluating the effectiveness of the health management program for the elderly on health-related quality of life among elderly people in China: Findings from the china*

- health and retirement longitudinal study*'. International journal of environmental research and public health, 16(1):1-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6338948/>.
- 124) Havighurst, R. (1968) '*A social-psychological perspective on aging*'. Gerontologist, 8:67-71. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5690541/>.
- 125) Hays R.D., Sherbourne C.D. & Mazel R.M. (1993) '*The RAND 36-Item Health Survey 1.0*'. Health Economics, 2: 217-227.
- 126) Ho S.C., Woo J., Lau J., Chan S.G., Yuen Y.K. (1995) '*Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese*'. J Am Geriatr Soc, 43(3):252-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7884112/>.
- 127) Holmen, K., Ericsson, K., Winbland, B. (1999) '*Quality of Life Among Elderly*'. Scand J. Caring Sci., 13:91-95. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1471-6712.1999.tb00521.x>.
- 128) Hopman, W. M., Harrison, M. B., Coe, H., Friedberg, E., Buchanan, M., & VanDenKerkhof, E. G. (2009) '*Associations between chronic disease, age and physical and mental health status*'. Chronic Dis Can, 29(3):108-16.
- 129) Ijoma, U. N., Unaogu, N. N., Onyeka, T. I., Nwatu, C. B., Onyekonwu, C. L., Onwuekwe, I. O. & Nwachukwu, C. V. (2019) '*Health-related quality of life in people with chronic diseases managed in a low-resource setting—A study from South East Nigeria*'. Nigerian journal of clinical practice, 22(9), 1180-1188. <http://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2019;volume=22;issue=9;spage=1180;epage=1188;aurlast=Ijoma>.
- 130) Irani A.D., Nedjat, S., Nedjat, S., Cheraghi, P., & Cheraghi, Z. (2018) '*Quality of life in Iranian elderly population using the SF-36 questionnaire: systematic review and meta-analysis*'. Eastern Mediterranean Health Journal, 24(11):1088-1097.
- 131) Jakes, R.W., Day, N.E., Khaw, K.T., Luben, R., Oakes, S., Welch, A., Bingham, S., Wareham, N.J. (2003) '*Television viewing and low participation in vigorous recreation are independently associated with obesity and markers*

- of cardiovascular disease risk: EPIC-Norfolk population-based study*, European journal of clinical nutrition, 57(9):1089-1096. <https://www.nature.com/articles/1601648>.
- 132) Jedrzejewski, M.K., Lee, V.M. & Trojanowski, J.Q. (2007) '*Physical activity and cognitive health*'. *Alzheimers Dement.*, 3(2):98-108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1950132/>.
- 133) Jindai, K., Nielson, C. M., Vorderstrasse, B. A., & Quiñones, A. R. (2016) '*Peer Reviewed: Multimorbidity and Functional Limitations Among Adults 65 or Older, NHANES 2005–2012*'. *Preventing chronic disease*, 13:1-11. [https://www.researchgate.net/publication/309620056\\_Multimorbidity\\_and\\_Functional\\_Limitations\\_Among\\_Adults\\_65\\_or\\_Older\\_NHANES\\_2005-2012](https://www.researchgate.net/publication/309620056_Multimorbidity_and_Functional_Limitations_Among_Adults_65_or_Older_NHANES_2005-2012).
- 134) Kassa, M., & Grace, J. (2019) '*The Global Burden and Perspectives on Non-communicable Diseases (NCDs) and the Prevention, Data Availability and Systems Approach of NCDs in Low-resource Countries. In Non-communicable Diseases and Urbanization-A Global Perspective*'. IntechOpen. <https://www.intechopen.com/online-first/the-global-burden-and-perspectives-on-non-communicable-diseases-ncds-and-the-prevention-data-availab>.
- 135) Kelley, G.A., Kelley, K.S. & Tran, Z.V. (2005) '*Exercise, lipids, and lipoproteins in older adults: a meta-analysis*'. *Prev Cardiol.*, 8(4):206-214. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16230875/>.
- 136) Kikira, A., Koutelekos, I., Parissopoulos, S., Tsami, A., Fouka, G., & Polikandrioti, M. (2018) '*Quality of life of hospitalized patients with heart failure - NYHA IV*'. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(4):490-496. <http://www.mednet.gr/archives/2018-4/pdf/490.pdf>.
- 137) Kim, S.H. & Youn, C.H. (2015) '*Efficacy of chronic disease self-management program in older Korean adults with low and high health literacy*'. *Asian nursing research*, 9(1): 42-46. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1976131715000079>.
- 138) Kleefstra, N., Landman, G. W., Houweling, S. T., Ubink-Veltmaat, L. J., Logtenberg, S. J., Meyboom-de Jong, B., & Bilo, H. J. (2008) '*Prediction of mortality in type 2 diabetes from health-related quality of life (ZODIAC-*

- 4)'. Diabetes Care, 31(5):932-933.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18319325/>.
- 139) Ko, Y., Lin, S. J., Salmon, J. W., & Bron, M. S. (2005) '*The impact of urinary incontinence on quality of life of the elderly*'. Am J Manag Care, 11(4 Suppl):S103-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16161383/>.
- 140) Kosilov, K., Amedzawa, H., Kuzina, I., Kuznetsov, V., & Kosilova, L. (2019) 'The impact of variable factors on the Health-Related Quality of Life in the elderly in Japan and Russia'. Current aging science, 12:1-10. <http://www.eurekaselect.com/node/176416/article/the-impact-of-variable-factors-on-the-health-related-quality-of-life-in-the-elderly-in-japan-and-russia>.
- 141) Kumar, D., & Shankar, H. (2018) '*Prevalence of Chronic Diseases and Quality of Life among Elderly People of Rural Varanasi*'. International Journal of Contemporary Medical Research (Online), 5(7). [https://www.researchgate.net/profile/Dhananjay\\_Kumar71/publication/327387764\\_Prevalence\\_of\\_Chronic\\_Diseases\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_among\\_Elderly\\_People\\_of\\_Rural\\_Varanasi/links/5c90fb1992851c1df94c23e5/Prevalence-of-Chronic-Diseases-and-Quality-of-Life-among-Elderly-People-of-Rural-Varanasi.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Dhananjay_Kumar71/publication/327387764_Prevalence_of_Chronic_Diseases_and_Quality_of_Life_among_Elderly_People_of_Rural_Varanasi/links/5c90fb1992851c1df94c23e5/Prevalence-of-Chronic-Diseases-and-Quality-of-Life-among-Elderly-People-of-Rural-Varanasi.pdf).
- 142) Lee, H.Y. & Oh, B.H. (1998) '*Aging and arterial stiffness*'. Circ J., 74(11):2257–2262. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20962429/>.
- 143) Lee, M.F. & Krasinski S.D. (1998) '*Human adult-onset lactase decline: an update*'. Nutr Rev., 56(1 Pt 1):1-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9481112/>.
- 144) Li, J., Yu, J., Chen, X., Quan, X., & Zhou, L. (2018) '*Correlations between health-promoting lifestyle and health-related quality of life among elderly people with hypertension in Hengyang, Hunan, China*'. Medicine, 97(25):e10937. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6023794/>.
- 145) Liira, H., Mavaddat, N., Eineluoto, M., Kautiainen, H., Strandberg, T., Suominen, M., & Pitkälä, K. (2018) '*Health-related quality of life as a predictor of mortality in heterogeneous samples of older adults*'. European Geriatric Medicine, 9(2):227-234.



<https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-018-0029-3?shared-article-renderer>.

- 146) Lima, M. G., Barros, M. B. D. A., César, C. L. G., Goldbaum, M., Carandina, L., & Ciconelli, R. M. (2009) *'Impact of chronic disease on quality of life among the elderly in the state of São Paulo, Brazil: a population-based study'*. Revista Panamericana de Salud Pública, 25:314-321. <https://www.scielo.org/article/rpsp/2009.v25n4/314-321/en/>.
- 147) Lima, M. G., Barros, M. B. D. A., & Alves, M. C. G. P. (2012) *'Sleep duration and health status self-assessment (SF-36) in the elderly: a population-based study (ISA-Camp 2008)'*. Cadernos de saude publica, 28(9):1674-1684. [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900007&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000900007&script=sci_arttext).
- 148) Liu, N., Andrew, N. E., Cadilhac, D. A., Yu, X., Li, Z., Wang, J., & Liang, Y. (2020) *'Health-related quality of life among elderly individuals living alone in an urban area of Shaanxi Province, China: a cross-sectional study'*. Journal of International Medical Research, 48(4):0300060520913146. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0300060520913146>.
- 149) Lyons R.A., Perry H.M. & Littlepage B.N. (1994) *'Evidence for the validity of the Short-form 36 Questionnaire (SF-36) in an elderly population'*. Age & Ageing, 23:182.
- 150) Madsen, J. (1992) *'Effects of gender, age, and body mass index on gastrointestinal transit times'*. Dig Dis Sci., 37(10):1548–1553. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1396002/>.
- 151) Mahan, K. & Escott-Stump, S. (2003) *'Krause's Food Nutrition and Diet Therapy'*. 11<sup>th</sup> edition. SAUNDERS eds. pp.318-336, 342-347.
- 152) Makovski, T. T., Schmitz, S., Zeegers, M. P., Stranges, S., & van den Akker, M. (2019) *'Multimorbidity and quality of life: systematic literature review and meta-analysis'*. Ageing research reviews, 53:100903. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048032/>.
- 153) Mallappallil, M., Friedman, E. A., Delano, B. G., McFarlane, S. I., & Salifu, M. O. (2014). *'Chronic kidney disease in the elderly: evaluation and management'*. Clinical practice (London, England), 11(5): 525-535.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4291282/>.

- 154) Marino P., Sirey J.A., Raue P.J. & Alexopoulos G.S. (2008) '*Impact of social support and self-efficacy on functioning in depressed older adults with chronic obstructive pulmonary disease*'. *International Journal of COPD* 3(4): 713–718. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281085/>.
- 155) Martin, C. M. (2007) '*Chronic disease and illness care: adding principles of family medicine to address ongoing health system redesign*'. *Canadian Family Physician*, 53(12): 2086-2091. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2231531/>.
- 156) Mc Horney C.A., Ware J.J. & Raczek A.E. (1993) '*The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs*'. *Medical Care*, 31: 247-63.
- 157) Medhi, G. K., Sarma, J., Pala, S., Bhattacharya, H., Bora, P. J., & Visi, V. (2019) '*Association between health related quality of life (HRQOL) and activity of daily living (ADL) among elderly in an urban setting of Assam, India*'. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(5):1760-1764. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6559106/>.
- 158) Megari, K. (2013) '*Quality of life in chronic disease patients*'. *Health psychology research*, 1(3):141-148. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26973912/>.
- 159) Mendelson, B. & Wong, C.H. (2012) '*Changes in the facial skeleton with aging: Implications and clinical applications in facial rejuvenation*', *Aesthetic Plastic Surgery*, 36(4):753–760. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3404279/>.
- 160) Moayeri A. (2008) '*The association between physical activity and osteoporotic fractures: a review of the evidence and implications for future research*'. *Ann Epidemiol.*, 18(11):827-835. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18809340/>.
- 161) Myers, J. (2003) '*Exercise and cardiovascular health*'. *Circulation*, 107(1):e2-e5. <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/01.cir.0000048890.59383.8d>.
- 162) Namiki, S., Ishidoya, S., Kawamura, S., Tochigi, T., & Arai, Y. (2010) '*Quality of life among elderly men treated for prostate cancer with either*

- radical prostatectomy or external beam radiation therapy*'. Journal of cancer research and clinical oncology, 136(3): 379-386. [link.springer.com/article/10.1007/s00432-009-0665-6](http://link.springer.com/article/10.1007/s00432-009-0665-6).
- 163) Nóbrega, T. C. M. D., Jaluul, O., Machado, A. N., Paschoal, S. M., & Jacob Filho, W. (2009) '*Quality of life and multimorbidity of elderly outpatients*'. Clinics, 64(1):45-50.
- 164) OECD (2017) '*Ελλάδα: Προφίλ Υγείας 2017*'. Brussels. σελ:2-5. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp\\_gr\\_greece.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf).
- 165) Ory, M., Hoffman, M.K., Hawkins, M., Sanner, B., Mockenhaupt, R. (2003) '*Challenging aging stereotypes: Strategies for creating a more active society*', Am J Prev Med., 25(3 Suppl. 2):164–171. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14552941/>.
- 166) Palo, N. & Chandel, S.S. "*Effects of Osteoarthritis on Quality of life in Elderly Population of Bhubaneswar, India. A Prospective Multicenter Screening and Therapeutic Study of 2854 Patients*". <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4647192/>.
- 167) Pang, T., & Guindon, G. E. (2004) '*Globalization and risks to health*'. EMBO reports, 5(S1):S11-S16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1299207/>.
- 168) Parker, L., Moran, G. M., Roberts, L. M., Calvert, M., & McCahon, D. (2014) '*The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community-dwelling population in the UK*'. Family Practice, 31(5):557-563. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24987022/>.
- 169) Pati, S., Hussain, M. A., Swain, S., Salisbury, C., Metsemakers, J. F., Knottnerus, J. A., & Akker, M. V. D. (2016) '*Development and validation of a questionnaire to assess multimorbidity in primary care: an Indian experience*'. BioMed research international, 2016.
- 170) Patinan, S., Esmailpour-Bandboni, M., Mansour-Ghanaei, R., & Atrkar-Roshan, Z. (2017) '*The relationship between chronic diseases and quality of life of elderly residing in nursing homes across Guilan*'. Jundishapur Journal of Chronic Disease Care, 6(3):1-5. [https://www.researchgate.net/publication/320904757\\_The\\_Relationship\\_Between\\_Chronic\\_Diseases\\_and\\_Quality\\_of\\_Life\\_of\\_Elderly\\_Residing\\_in\\_Nursing\\_Homes\\_Across\\_Guilan](https://www.researchgate.net/publication/320904757_The_Relationship_Between_Chronic_Diseases_and_Quality_of_Life_of_Elderly_Residing_in_Nursing_Homes_Across_Guilan).

- 171) Pearlman, R. A., & Uhlmann, R. F. (1988) '*Quality of life in chronic diseases: perceptions of elderly patients*'. Journal of gerontology, 43(2):M25-M30. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3346521/>.
- 172) Peters, M., Kelly, L., Potter, C. M., Jenkinson, C., Gibbons, E., Forder, J., & Fitzpatrick, R. (2018) '*Quality of life and burden of morbidity in primary care users with multimorbidity*'. Patient Related Outcome Measures, 9:103. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5818872/>.
- 173) Preto, O., Amaral, O., Duarte, J., Chaves, C., Coutinho, E., & Nelas, P. (2016) '*Quality of life and chronic disease in patients receiving primary health care*'. European Proceedings of Social and Behavioural Sciences, 13:217-226. [https://www.researchgate.net/publication/305747524\\_Quality\\_of\\_life\\_and\\_chronic\\_disease\\_in\\_patients\\_receiving\\_primary\\_health\\_care](https://www.researchgate.net/publication/305747524_Quality_of_life_and_chronic_disease_in_patients_receiving_primary_health_care).
- 174) Post, M. (2014) '*Definitions of quality of life: what has happened and how to move on*'. Topics in spinal cord injury rehabilitation, 20(3):167-180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257148/>.
- 175) Prazeres, F., & Santiago, L. (2016) '*Relationship between health-related quality of life, perceived family support and unmet health needs in adult patients with multimorbidity attending primary care in Portugal: a multicentre cross-sectional study*'. Health and Quality of Life Outcomes, 14(1):2-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27835995/>.
- 176) Presta, P., Lucisano, G., Fuiano, L. & Fuiano, G. (2012) '*The kidney and the elderly: Why does the risk increase?*'. Int Urol Nephrol., 44(2):625–632. <http://europepmc.org/article/med/21997200>.
- 177) Renne, I., & Gobbens, R. J. (2018) '*Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: a cross-sectional study*'. Clinical interventions in aging, 13:325-334. [https://www.dovepress.com/front\\_end/cr\\_data/cache/pdf/download\\_1591764520\\_5ee0662898084/CIA-156116-effects-of-frailty-and-chronic-diseases-on-quality-of-life-i\\_022318.pdf](https://www.dovepress.com/front_end/cr_data/cache/pdf/download_1591764520_5ee0662898084/CIA-156116-effects-of-frailty-and-chronic-diseases-on-quality-of-life-i_022318.pdf).
- 178) Richard L., Laforest S., Dufresne F., Sapinski J.P. (2005) '*The quality of life of older adults living in an urban environment: Professional and lay*

- perspectives*'. Can J Aging, 24(1):19-30.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15838823/>.
- 179) Rodriguez, C. (2001) '*Pain measurement in the elderly: a review*'. Pain Manag Nurs., 2(2):38-46.
- 180) Rodrigues, I.G., Lima, De Azevedo Barros (2013) '*Falls and health-related quality of life (SF-36) in elderly people*'. Faculty of Medical Sciences, 5(12):49-57.  
[https://www.researchgate.net/publication/276494704\\_Falls\\_and\\_health-related\\_quality\\_of\\_life\\_SF-36\\_in\\_elderly\\_people-ISACAMP\\_2008/link/5ac90e6e4585151e80a7a538/download](https://www.researchgate.net/publication/276494704_Falls_and_health-related_quality_of_life_SF-36_in_elderly_people-ISACAMP_2008/link/5ac90e6e4585151e80a7a538/download).
- 181) Roser, M. & Ritchie, H. "*Burden of Disease*".  
<https://ourworldindata.org/burden-of-disease>.
- 182) Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997) '*Successful aging*'. The Gerontologist, 37(4):433-440.  
<https://academic.oup.com/gerontologist/article/37/4/433/611033>.
- 183) Ryan, A., Wallace, E., O'Hara, P., & Smith, S. M. (2015) '*Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review*'. Health and quality of life outcomes, 13(1):168.
- 184) Saccomann, I. C. R. D. S., Cintra, F. A., & Gallani, M. C. B. J. (2010) '*Health-related quality of life among the elderly with heart failure: a generic measurement*'. Sao Paulo Medical Journal, 128(4):192-196.  
[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802010000400003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-31802010000400003&script=sci_arttext).
- 185) Salaffi, F., Carotti, M., Stancati, A., & Grassi, W. (2005) '*Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls*'. Aging clinical and experimental research, 17(4):255-263.  
<https://link.springer.com/article/10.1007/BF03324607>.
- 186) Sarma, S. I., & Byrne, G. J. (2014) '*Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients*'. Australasian journal on ageing, 33(3): 201-204.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/ajag.12102>.

- 187) Sayed, S., El-Sudany, A., Kamel, H., Adel, M., & Hamza, S. (2015) '*Quality of Life and its Determinants after Stroke in Elderly Patients*'. The Egyptian Journal of Geriatrics and Gerontology, 2(2), 33-37. [https://ejgg.journals.ekb.eg/article\\_5328\\_aedf4b56a36aedb86650e24ad32d164f.pdf](https://ejgg.journals.ekb.eg/article_5328_aedf4b56a36aedb86650e24ad32d164f.pdf).
- 188) Scarmeas, N., Stern, Y., Tang, M.X., Mayeux, R. & Luchsinger, J.A. (2006) '*Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease*'. Annals of neurology, 59(6):912-921. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16622828/>.
- 189) Shah, R.V., Murthy, V.L., Allison, M.A., Ding, J., Budoff, M., Frazier-Wood, A.C., Lima, J.A., Steffen, L., Siscovick, D., Tucker, K.L., Ouyang, P., Abbasi, S.A., Danielson, K., Jerosch-Herold, M., Mozaffarian, D. (2016) '*Diet and adipose tno. distributions: the multi-ethnic study of atherosclerosis*'. Nutr Metab Cardiovasc Dis., 26(3):185-193. <https://europepmc.org/article/pmc/pmc4788543>.
- 190) Sofi, F., Abbate, R., Gensini, G.F. & Casini, A. (2010) '*Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis*'. The American journal of clinical nutrition, 92(5):1189-1196. <https://moh-it.pure.elsevier.com/en/publications/accruing-evidence-on-benefits-of-adherence-to-the-mediterranean-d>.
- 191) Somrongthong, R., Hongthong, D., Wongchalee, S., & Wongtongkam, N. (2016) '*The influence of chronic illness and lifestyle behaviors on quality of life among older Thais*'. BioMed research international. <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/2525941/>.
- 192) Sprangers, M., De Regt, E., Andries, F., et al (2000) '*Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life?*'. J Clin Epidemiol, 53:895-907. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11004416/>.
- 193) Stirland, L. E., González-Saavedra, L., Mullin, D. S., Ritchie, C. W., Muniz-Terrera, G., & Russ, T. C. (2020) '*Measuring multimorbidity beyond counting diseases: systematic review of community and population studies and guide to index choice*'. BMJ:368. <https://www.bmj.com/content/368/bmj.m160.full>.

- 194) St-Onge, M.P. & Gallagher, D. (2010) '*Body composition changes with aging: The cause or the result of alterations in metabolic rate and macronutrient oxidation?*'. *Nutrition*, 26(2):152–155. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20004080/>.
- 195) Strait J.B. & Lakatta E.G. (2012) '*Aging-Associated Cardiovascular Changes and Their Relationship to Heart Failure*'. *Heart Fail Clin*, 8(1):143–164. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22108734/>.
- 196) Strom, J. L., & Egede, L. E. (2012) '*The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review*'. *Current diabetes reports*, 12(6), 769-781. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11892-012-0317-0>.
- 197) Tanvir, A. & Nadim H. (2010) '*Assessment and management of nutrition in older people and its importance to health-Review*'. *Dove Press Journal: Clinical Interventions in Aging*, 5:207-216. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2920201/pdf/cia-5-207.pdf>.
- 198) Teri, L., McCurry, S.M., Logsdon, R.G. (1997) '*Memory, thinking, and aging. What we know about what we know*'. *West J Med.*, 167(4):269–275. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1304543/pdf/westjmed00338-0077.pdf>.
- 199) Tomazou, C., Charalambous, G., & Jelastopulu, E. (2015) '*Quality of life in Patients with Chronic Kidney Disease*'. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 516-525.
- 200) Tortajada, S., Giménez-Campos, M. S., Villar-López, J., Faubel-Cava, R., Donat-Castelló, L., Valdivieso-Martínez, B., García-Gómez, J. M. (2017) '*Case management for patients with complex multimorbidity: development and validation of a coordinated intervention between primary and hospital care. International journal of integrated care*'. 17(2):4-8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5624062/pdf/ijic-17-2-2493.pdf>.
- 201) Trichopoulou, A., Costacou, T., Bamia, C. & Trichopoulos, D. (2003) '*Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population*'. *New England Journal of Medicine*, 348(26):2599-2608. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa025039>.

- 202) Trichopoulou, A., Orfanos, P., Norat, T., Bueno-de-Mesquita, B., Ocké, M.C., Peeters, P.H. & Nagel, G. (2005) '*Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study*'. *Bmj*, 330(7498):991. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15820966/>.
- 203) Tsai, S. Y., Chi, L. Y., Lee, C. H., & Chou, P. (2007) '*Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons*'. *European journal of epidemiology*, 22(1):19-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17216549/>.
- 204) Tüzün, H., Aycan, S., & İlhan, M. N. (2015) '*Impact of comorbidity and socioeconomic status on quality of life in patients with chronic diseases who attend primary health care centres*'. *Central European journal of public health*, 23(3):188-194.
- 205) Tyack, Z., Frakes, K. A., Barnett, A., Cornwell, P., Kuys, S., & McPhail, S. (2016) '*Predictors of health-related quality of life in people with a complex chronic disease including multimorbidity: a longitudinal cohort study*'. *Quality of Life Research*, 25(10):2579-2592. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27048497/>.
- 206) Tyack, Z., Kuys, S., Cornwell, P., Frakes, K. A., & McPhail, S. (2017) '*Health-related quality of life of people with multimorbidity at a community-based, interprofessional student-assisted clinic: Implications for assessment and intervention*'. *Chronic illness*, 14(3):169-181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28803493/>.
- 207) Tyrovolas, S., Bountziouka, V., Papairakleous, N., Zeimbekis, A., Anastassiou, F., Gotsis, E. & Panagiotakos, D. (2009) '*Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study*'. *International journal of food sciences and nutrition*, 60(6):137-150. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19672745/>.
- 208) V Fineberg, H. (2012) '*Living well with chronic illness: A call for public health action*'. *National Academy of Sciences*. <https://www.nap.edu/catalog/13272/living-well-with-chronic-illness-a-call-for-public-health>. pp.151-175.



- 209) Van Campen C., Iedema J. (2007) *'Are persons with physical disabilities who participate in society healthier and happier? Structural equation modeling of objective participation and subjective well-being'*. Qual Life Res, 16(4):635-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17268932/>.
- 210) Van Dam, H. A., van der Horst, F. G., Knoops, L., Ryckman, R. M., Crebolder, H. F., & van den Borne, B. H. (2005) *'Social support in diabetes: a systematic review of controlled intervention studies'*. Patient education and counseling, 59(1):1-12. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399104003659>.
- 211) Verberne, L., Bach-Faig, A., Buckland, G. & Serra-Majem, L. (2010) *'Association between the Mediterranean diet and cancer risk: a review of observational studies'*. Nutrition and cancer, 62(7):860-870. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20924961/>.
- 212) Walker C. (2001) *'Recognising the changing boundaries of illness in defining terms of chronic illness: a prelude to understanding the changing needs of people with chronic illness'*. Aust Health Rev, 24(2):207-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11496465/>.
- 213) Walker, V., Perret-Guillaume, C., Kesse-Guyot, E., Agrinier, N., Hercberg, S., Galan, P. & Rotonda, C. (2016) *'Effect of multimorbidity on health-related quality of life in adults aged 55 years or older: results from the SU. VI. MAX 2 cohort'*. PLoS One, 11(12):e0169282. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0169282>.
- 214) Wang, H. M., Beyer, M., Gensichen, J., & Gerlach, F. M. (2008). *'Health-related quality of life among general practice patients with differing chronic diseases in Germany: cross sectional survey'*. BMC Public Health, 8(1):246. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18638419/>.
- 215) Wei, M. Y., Kawachi, I., Okereke, O. I., & Mukamal, K. J. (2016) *'Diverse cumulative impact of chronic diseases on physical health-related quality of life: implications for a measure of multimorbidity'*. American journal of epidemiology, 184(5):357-365. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27530335/>.

- 216) Westaway, M. S. (2010) *'Effects of ageing, chronic disease and co-morbidity on the health and well-being of older residents of Greater Tshwane'*. SAMJ: South African Medical Journal, 100(1):35-36.
- 217) WHO (2002) *'Active ageing: A policy framework'*. Geneva. [http://app.s.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf;jsessionid=3D2ECF9811E099A4A700C82505E076D6?sequence=1](http://app.s.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=3D2ECF9811E099A4A700C82505E076D6?sequence=1).
- 218) WHO (2002) *'Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project'*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.
- 219) WHO (2010) *'What is the evidence for the effectiveness of chronic disease prevention and management in Europe, and what are best options for investment within an innovative and strategic approach?'* [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/assets/files/pdb/20100001/20100001\\_oth\\_en\\_ps.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20100001/20100001_oth_en_ps.pdf). pp.7.
- 220) WHO (2010) *'What is the evidence for the effectiveness of chronic disease prevention and management in Europe, and what are best options for investment within an innovative and strategic approach?'* [https://webgate.ec.europa.eu/chafea\\_pdb/assets/files/pdb/20100001/20100001\\_oth\\_en\\_ps.pdf](https://webgate.ec.europa.eu/chafea_pdb/assets/files/pdb/20100001/20100001_oth_en_ps.pdf). pp.7.
- 221) WHO (2011) *'Global Health and Aging'* NIH Publication No. 11-7737. National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf).
- 222) WHO (2015) *'Βοήθεια για τους περιθάλποντες ατόμων με άνοια'*. <https://www.alz.co.uk/sites/default/files/pdfs/help-for-caregivers-EL.pdf>.
- 223)
- 224) Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011) *'Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study'*. PLoS One, 6(4):e18952. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0018952>.
- 225) World Health Organization (2008) *'Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks'*. [https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

- 226) World Health Organization (2010). *'Global recommendations on Physical Activity for Health'*. [https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/).
- 227) Wikman, A., Wardle, J., & Steptoe, A. (2011) *'Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: a cross-sectional population based study'*. PLoS One, 6(4):e18952. [https://www.researchgate.net/publication/51114553\\_Quality\\_of\\_Life\\_and\\_Affective\\_Well-Being\\_in\\_Middle-Aged\\_and\\_Older\\_People\\_with\\_Chronic\\_Medical\\_Illnesses\\_A\\_Cross-Sectional\\_Population\\_Based\\_Study](https://www.researchgate.net/publication/51114553_Quality_of_Life_and_Affective_Well-Being_in_Middle-Aged_and_Older_People_with_Chronic_Medical_Illnesses_A_Cross-Sectional_Population_Based_Study).
- 228) Williger, B. & Lang, F.R. (2014) *'Managing age-related hearing loss: how to use hearing aids efficiently-a mini-review'*. Gerontology, 60(5):440-447. <https://www.karger.com/Article/FullText/357709>.
- 229) Willis, A.W. *'Parkinson Disease in the Elderly Adult'*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6179875/>.
- 230) Wilmowska-Pietruszyńska, Ag., Sozański, B., Wiśniowska-Szurlej, A., Wilmowska-Pietruszyńska An. (2018) *'Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland'*. Annals of Agricultural and Environmental Medicine, 25(3):539-545. <http://www.aaem.pl/Quality-of-life-and-related-factors-among-older-people-living-in-rural-areas-in-south,93847,0,2.html>.
- 231) Xiao, M., Zhang, F., Xiao, N., Bu, X., Tang, X., & Long, Q. (2019) *'Health-Related Quality of Life of Hypertension Patients: A Population-Based Cross-Sectional Study in Chongqing, China'*. International journal of environmental research and public health, 16(13), 2348. <https://www.mdpi.com/1660-4601/16/13/2348>.
- 232) Xing, H., Yu, W., Chen, S., Sun, Y., & He, X. (2015) *'EVALUATE HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AMONG URBAN ELDERLY IN DIFFERENT LIVING ENVIRONMENTS'*. <https://www.jarlife.net/1091-evaluate-health-related-quality-of-life-among-urban-elders-in-different-living-environments.html>.
- 233) Xu, X., Mishra, G. D., & Jones, M. (2017) *'Evidence on multimorbidity from definition to intervention: an overview of systematic*

- 234) Yu, T., Enkh-Amgalan, N., Zorigt, G., Hsu, Y. J., Chen, H. J., & Yang, H. Y. (2019) '*Gender differences and burden of chronic conditions: impact on quality of life among the elderly in Taiwan*'. Aging clinical and experimental research, 31(11):1625-1633. <https://link.springer.com/article/10.1007/s40520-018-1099-2>.
- 235) Yuen, H. K., Mueller, K., Mayor, E., & Azuero, A. (2011) '*Impact of participation in a theatre programme on quality of life among older adults with chronic conditions: A pilot study*'. Occupational Therapy International, 18(4), 201-208. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/oti.327>.
- 236) Zbeida, M., Goldsmith, R., Shimony, T., Vardi, H., Naggan, L., Shahar D.R. (2014) '*Mediterranean diet and functional indicators among older adults in non-Mediterranean and Mediterranean countries*'. The journal of nutrition, health & aging, 18(4):411-418. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24676323/>.
- 237) Zhou, Z., Wang, C., Yang, H., Wang, X., Zheng, C., & Wang, J. (2014) '*Health-related quality of life and preferred health-seeking institutions among rural elderly individuals with and without chronic conditions: a population-based study in Guangdong Province, China*'. BioMed Research International, 2014. <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2014/192376/>.
- 238) Zin, T., Myint, T., Naing, D. K., Htay, K., Wynn, A. A., SabaiAung, T., & Robinson, F. (2015) '*A study on health-related quality of life and comorbidity among elderly population in rural Sabah, Malaysia*'. South East Asia Journal of Public Health, 5(2):35-42. <https://www.banglajol.info/index.php/SEAJPH/article/view/28311>.

### 3. ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- 239) ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (2018) *‘ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ’*. ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ - ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.  
<https://virus.com.gr/tag/epitropi-parakolouthisis-farmakeftikis-dapanis/>.
- 240) ΑΡΒΑΝΙΤΑΚΗΣ, Θ., ΜΠΙΣΙΑΣ Σ. *‘Ποιότητα ζωής μετά τη ριζική προστατεκτομή στον εντοπισμένο καρκίνο του προστάτη’*.  
[http://www.iatrikionline.gr/url\\_50/02.pdf](http://www.iatrikionline.gr/url_50/02.pdf).
- 241) *‘About chronic diseases’*.  
<https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.
- 242) *‘Ageing Europe. LOOKING AT THE LIVES OF OLDER PEOPLE IN THE EU’* (2019) Edition Publications Office of the European Union. Theme: Population and social conditions. Collection: Statistical books. pp:47-73.  
[https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing\\_Europe\\_-\\_looking\\_at\\_the\\_lives\\_of\\_older\\_people\\_in\\_the\\_EU](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU).
- 243) *‘Australia’s Health 2016’*. Australian Government - Australian Institute of Health and Welfare.  
<https://www.aihw.gov.au/getmedia/65964785-e0df-4305-ae03-a9c4d1bbe2e4/ah16-factsheet-chronicdisease.pdf.aspx>.
- 244) *‘Coronary Artery Disease (CAD)’*.  
[https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary\\_ad.htm](https://www.cdc.gov/heartdisease/coronary_ad.htm)
- 245) *‘Non communicable diseases’*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- 246) *‘Preventing chronic diseases - a vital investment’* (2005).  
[https://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/full\\_report.pdf](https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf), pp.35.
- 247) *‘Prevent and Manage the 10 most common chronic diseases in older adults’*.  
<https://dailycaring.com/prevent-and-manage-the-10-most-common-chronic-diseases-in-older-adults/>.

- 248) *'Quality of Life - Facts & Views. Statistical Books'*. (2015) Eurostat. Luxembourg: Publications Office of the European Union. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3217494/6856423/KS-05-14-073-EN-N/742aee45-4085-4dac-9e2e-9ed7e9501f23http://www.alfavita.gr/arthron/koinonia/giransiyypogennitikotita-kai-meiosi-toy-energoy-plithysmoy>.
- 249) *'The Expanded Chronic Care Model'* (2014). State Government Victoria-Department of Health. <https://www.gvpcp.org.au/wp-content/uploads/2016/11/2014-Hume-Expanded-Chronic-Care-Model.pdf>.
- 250) World Health Organization (2011) *'Global Health and Aging'*. [http://www.who.int/ageing/publications/global\\_health.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf)
- 251) *'WHOQOL: Measuring Quality of Life'*. <https://www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/index4.html>
- 252) <https://gr.euronews.com/2018/03/08/eurostat-i-zoi-ton-andron-kai-ton-ginaikon-stin-ee>.
- 253) [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Population\\_pyramids,\\_EU-28,\\_2017\\_and\\_2080\\_\(%25\\_of\\_total\\_population\).png](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Population_pyramids,_EU-28,_2017_and_2080_(%25_of_total_population).png).
- 254) <https://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/country-ageing-data/?country=Greece>.
- 255) [https://eclass.duth.gr/modules/document/file.php/KOM05137/DIALEKSI\\_%CE%9F%CE%B9%20%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B5%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%BC%CE%B1%CF%82%20%CE%B5%CE%BE%CE%B5%CE%BB%CE%AF%CE%BE%CE%B5%CE%B9%CF%82.pdf](https://eclass.duth.gr/modules/document/file.php/KOM05137/DIALEKSI_%CE%9F%CE%B9%20%CE%BC%CE%B5%CF%84%CE%B1%CF%80%CE%BF%CE%BB%CE%B5%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%B4%CE%B7%CE%BC%CE%BF%CE%B3%CF%81%CE%B1%CF%86%CE%B9%CE%BA%CE%AD%CF%82%20%CE%BC%CE%B1%CF%82%20%CE%B5%CE%BE%CE%B5%CE%BB%CE%AF%CE%BE%CE%B5%CE%B9%CF%82.pdf).
- 256) <https://esa.un.org/unpd/wpp/>.
- 257) <https://eclass.hmu.gr/modules/document/file.php/YK165/%CE%A0%CE%95%CE%A1%CE%99%CE%95%CE%A7%CE%9F%CE%9C%CE%95%CE%9D%CE%9F/%CE%A0%CE%91%CE%A1%CE%9F%CE%A5%CE%A3%CE%99%CE%91%CE%A3%CE%95%CE%99%CE%A3/K.2-/Koinoniologikes%20theories%20gia%20to%20giras.pdf>.
- 258) <https://www.sociologyguide.com/ageing/theories-of-ageing.php>.

- 259) [https://www.huffingtonpost.gr/2017/09/30/ghransh-ypogennhtikohta-meiosi-plythysmos-ellada-eidiseis-koinonia\\_n\\_18145314.html](https://www.huffingtonpost.gr/2017/09/30/ghransh-ypogennhtikohta-meiosi-plythysmos-ellada-eidiseis-koinonia_n_18145314.html).
- 260) <https://www.iatropedia.gr/ygeia/polyfarmakia-prokalei-sovara-provlimata-stous-ilikiomenous/121670/>
- 261) <https://www.arthritis.org.gr/polypharmacy/>.
- 262) [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality\\_of\\_life\\_indicators\\_-\\_measuring\\_quality\\_of\\_life#B1\\_dimensions\\_of\\_quality\\_of\\_life](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Quality_of_life_indicators_-_measuring_quality_of_life#B1_dimensions_of_quality_of_life).
- 263) <https://www.novartis.gr/our-work/therapeutic-areas/alzheimer-disease>.
- 264) <https://www.hygeia.gr/sygxroni-xeiroyrgiki-antimetopisi-tis-stefaniaias-nosoy/>.
- 265) <https://www.arthritis.org.gr/polypharmacy/>.
- 266) <https://www.iatropedia.gr/ygeia/polyfarmakia-prokalei-sovara-provlimata-stous-ilikiomenous/121670/>.
- 267) <http://alzheimerheraklion.gr/wp-content/uploads/2015/10/>.