

## Σχολή Κοινωνικών Επιστημών

Διαπανεπιστημιακό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών  
«Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων»  
(ΓΧΝ) του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του  
Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

### Διπλωματική Εργασία

Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα  
ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα

Φωτεινή Στασινοπούλου

Επιβλέπων καθηγητής: Εμμανουήλ Μέντης



Πάτρα, Ιούλιος 2018

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή («συγγραφέας/δημιουργός») που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας/δημιουργός εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής τους διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα/δημιουργού ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα/δημιουργού. Ο συγγραφέας/δημιουργός διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα  
ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα

Στασινοπούλου Φωτεινή

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπων Καθηγητής:

Εμμανουήλ Μέντης

Κοινωνικός Λειτουργός, Πανεπιστημιακό  
Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

Συν-Επιβλέπων Καθηγητής:

Φωτεινή Μάλλη

Πνευμολόγος - Αναπληρώτρια Καθηγήτρια  
ΑΤΕΙ Λάρισας

Πάτρα Ιούλιος 2018



ΕΛΛΗΝΙΚΟ  
ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

*Φωτεινή Στασινοπούλου, Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα*

*Στην οικογένειά μου*

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η γήρανση, μια διαδικασία πολυεπίπεδη και πολυπαραγοντική, έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών και θέμα πολλών θεωριών. Φαίνεται πως η αδυναμία αντιρρόπησης των μηχανισμών που προκαλούν βλάβη και γήρανση και αυτών που εξασφαλίζουν τη μακροζωία και την υγεία έχουν ως αποτέλεσμα το φαινόμενο της γήρανσης. Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού συνιστά θέμα παγκόσμιας ανησυχίας. Οι φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη γήρανση σε συνδυασμό με πολλές χρόνιες παθήσεις, για τις οποίες σημαντικό παράγοντα κινδύνου αποτελεί η γήρανση, και πλήθος διαπροσωπικών και κοινωνικών αλλαγών που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους επηρεάζουν σημαντικά τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφυλικών διαφορών στη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αλλά και των διαφόρων κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, των χρόνιων παθήσεων και της φαρμακευτικής αγωγής τους, του τρόπου ζωής τους καθώς και των δραστηριοτήτων που τους ευχαριστούν.

**Υλικό - Μέθοδος:** Για το θεωρητικό τμήμα της εργασίας έγινε αναζήτηση βιβλιογραφίας στο Pub Med και στο Google Scholar (της τελευταίας πενταετίας) για εύρεση σχετικών με το θέμα μας άρθρων αλλά και δευτερογενής αναζήτηση στις βιβλιογραφικές αναφορές τους. Το ερευνητικό τμήμα της μελέτης διεξήχθη σε δύο ιδιωτικά ιατρεία Γενικής Ιατρικής όπου μελετήθηκαν οι πρώτοι 120 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών που πληρούσαν τα κριτήρια και συναίνεσαν. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» καθώς και ερωτηματολόγιο καταγραφής συγκεκριμένων χαρακτηριστικών τους. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS.

**Αποτελέσματα:** Οι γυναίκες του δείγματος φάνηκε να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες στη διάσταση της οικογενειακής κατάστασης που αφορά τη χηρεία, τη μοναχική διαμονή, τα έτη εκπαίδευσης, την πολυνοσηρότητα, τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Ως προς την ΣΥΠΖ οι γυναίκες τη βαθμολογούν χαμηλότερα σε όλες τις διαστάσεις.



Παράγοντες που επιβαρύνουν τη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων, εκτός από το γυναικείο φύλο, είναι η μεγαλύτερη ηλικία, τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης και η πολυφαρμακία. Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου, φαίνεται να επηρεάζει θετικά σωματικές διαστάσεις του SF-36, ενώ η συνέπεια σε κάποιο πρόγραμμα διατροφής βελτιώνει τη διάσταση της Ψυχικής Υγείας.

**Συμπεράσματα:** Η ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων είναι χαμηλή και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων γυναικών. Απαιτούνται στοχευμένες δράσεις από την πολιτεία, τους κοινωνικούς φορείς και τις υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη στήριξη των ηλικιωμένων σε συγκεκριμένους τομείς λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις διαφυλικές διαφορές τους.

**Λέξεις - Κλειδιά:** Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία, Ηλικιωμένοι, Διαφυλικές διαφορές, Γήρανση, Επισκόπηση Υγείας SF-36

## Abstract

**Introduction:** Aging, a multilevel and multifactorial procedure, has been the subject of many studies and the issue of many theories. It seems that the counterbalance failure of the mechanisms that cause harm and aging, and those that ensure longevity and health, cause the phenomenon of aging. Demographic aging of the population is a matter of global concern. The physiological changes that occur during aging combined with many chronic conditions, for which a major risk factor is aging, and a multiple of interpersonal and social changes occurring in the elderly, affect significantly the Health-Related Quality of Life (HRQoL).

**Aim:** The goal of the present study is to investigate the transgender differences in HRQoL among community-dwelling older adults but also their different sociodemographic aspects, chronic diseases and their medication, their lifestyle and the activities that please them.

**Material – Method:** For the theoretical part of the work, we searched for bibliography in Pub Med and Google Scholar (the last five years) to find articles related to our issue, as well as a secondary search in their bibliographic references. The research part of the study was conducted in two private General Medicine Clinics where the first 120 elderly over 65 years old who met the criteria and consented to, were studied. The Health Survey SF-36 questionnaire was used as well as a questionnaire to record specific features. For the statistical analysis of the results the SPSS program was used.

**Results:** The women in the sample seemed to have a higher percentage than men in the marital status of widowhood, lonely residence, years of education, multi-ethnicity, the number of drugs they receive, and lack of leisure time. About HRQoL, women evaluated it lower in all its dimensions. Factors that burden the HRQoL of the elderly, apart from female gender, are older age, fewer years of education, and polypharmacy. The existence of free time seems to be positively correlative to the physical dimensions of SF-36 while consistency in a diet program improves the mental health dimension.



**Conclusions:** The HRQoL of the elderly is low and especially of the elderly women. Targeted actions by the state, social entities and the health services are required in order to support older people in specific sectors, taking into account their particular characteristics and their transgender differences.

### **Keywords**

Health Related Quality of Life, Elderly, Transgender Differences, Ageing, Health Survey (SF-36)



## Περιεχόμενα

Περίληψη .....	v
Abstract .....	vii
Περιεχόμενα .....	ix
Κατάλογος Εικόνων .....	xi
Κατάλογος Πινάκων .....	xii
Συνομογραφίες & Ακρωνύμια .....	xiii
1. Εισαγωγή .....	1
1.1 Φυσιολογικές αλλαγές και μηχανισμός γήρανσης .....	3
1.2. Θεωρίες γήρανσης .....	4
1.2.1. Θεωρία γενετικού προγραμματισμού .....	5
1.2.2. Θεωρία φθοράς .....	6
1.2.3. Θεωρία των τελομερών .....	6
1.2.4. Ενδοκρινική θεωρία .....	7
1.2.5. Υποβάθμιση του DNA .....	7
1.2.6. Θεωρία καταστροφής σφαλμάτων .....	7
1.2.7. Θεωρία ρυθμού διαβίωσης .....	8
1.2.8. Η μιτοχονδριακή θεωρία .....	8
1.2.9. Θεωρία ελεύθερων ριζών .....	9
1.3 Η σημαντικότερη αιτία της γήρανσης .....	10
2. Ηλικιωμένοι και υγεία .....	14
2.1. Δημογραφικές κι επιδημιολογικές αλλαγές .....	14
2.1.1. Πληθυσμιακή γήρανση .....	14
2.1.2. Λόγοι γήρανσης του πληθυσμού .....	16
2.1.3. Ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία .....	18
2.2. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων σχετιζόμενα με την υγεία .....	19
2.2.1. Υποκείμενες αλλαγές .....	20
2.2.1.1. Κινητικές λειτουργίες .....	20
2.2.1.2. Αισθητηριακές λειτουργίες .....	22
2.2.1.3. Γνωστικές λειτουργίες .....	23
2.2.1.4. Σεξουαλικότητα .....	24
2.2.1.5. Λειτουργία του ανοσοποιητικού .....	25
2.2.1.6. Λειτουργίες του δέρματος .....	26
2.2.2. Συνήθεις γηριατρικές καταστάσεις .....	26
2.2.2.1. Κατάθλιψη κι άγχος .....	27
2.2.2.2. Άνοια .....	28
2.2.2.3. Πολυνοσηρότητα .....	30
2.2.3. Γηριατρικά σύνδρομα .....	31
2.2.3.1. Ευπάθεια .....	32
2.2.3.2. Ακράτεια ούρων .....	33
2.2.3.3. Πτώσεις .....	33
3. Ποιότητα ζωής .....	35
3.1. Ορισμοί και διαστάσεις .....	35
3.3. ΠΖΣΥ - Ορισμοί .....	38
3.4. ΠΖΣΥ - Διαστάσεις .....	39
4. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων .....	42



4.1. Καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.....	43
4.2. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων σχετικά με την ποιότητα ζωής.....	44
4.3. Ποιότητα ζωής .....	46
4.3.1. Προσαρμογή κι ανθεκτικότητα.....	47
4.3.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.....	47
4.3.3. Πίστη, πνευματικότητα και ποιότητα ζωής .....	48
4.4. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία των ηλικιωμένων.....	49
4.5. Διαφυλικές διαφορές στην ΠΖΣΥ των ηλικιωμένων .....	50
5. Παρουσίαση του ερευνητικού μέρους .....	56
5.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικές υποθέσεις .....	56
5.2 Υλικό – Μέθοδος .....	57
5.3 Ερευνητικά εργαλεία .....	58
5.3.1. Επισκόπηση Υγείας SF-36.....	59
5.3.2. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών κι άλλων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων.....	60
5.4 Περιορισμοί της μελέτης .....	62
5.4.1 Από άποψη ηθικής και δεοντολογίας .....	62
5.5 Αποτελέσματα.....	62
5.5.1 Στατιστική ανάλυση των επιμέρους χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων ..	63
5.5.2 Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36.....	77
5.5.3 Συζήτηση.....	82
5.5.4 Συμπεράσματα – Προτάσεις .....	89
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	92
Παράρτημα Α.....	120
Παράρτημα Β.....	122



## Κατάλογος Εικόνων

Εικόνα 2.1 Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 60 ετών κι άνω, ανά χώρα, 2015.....	14
Εικόνα 2.2 Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 60 ετών κι άνω, ανά χώρα, προβολή στο 2050.....	14
<b>Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.</b>	



## Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 5.1: Περιγραφικά στατιστικά - Ηλικία .....	63
Πίνακας 5.2: U Mann-Whitney Test Φύλο - Ηλικία .....	63
Πίνακας 5.3: Φύλο ηλικιωμένων ανά ιατρείο.....	64
Πίνακας 5.4: Σχέση Οικογενειακής κατάστασης - Φύλου .....	65
Πίνακας 5.5: Αριθμός ατόμων νοικοκυριού – Φύλο .....	66
Πίνακας 5.6: Περιγραφικά στατιστικά - Αριθμός ατόμων νοικοκυριού .....	66
Πίνακας 5.7: U Mann-Whitney Test Φύλο - Ηλικία .....	66
Πίνακας 5.8: Βαθμός αστικότητας -Φύλο .....	67
Πίνακας 5.9: Συγκατοίκηση -Φύλο .....	68
Πίνακας 5.10: Σχέση μορφωτικού επιπέδου - Φύλου.....	69
Πίνακας 5.11: Περιγραφικά στατιστικά - Έτη εκπαίδευσης .....	69
Πίνακας 5.12: U Mann-Whitney Test Φύλο - Έτη εκπαίδευσης.....	69
Πίνακας 5.13: Περιγραφικά στατιστικά και μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney ανδρών - γυναικών σε σχέση με τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, τον αριθμό φαρμάκων και τον αριθμό γενοσήμων .....	70
Πίνακας 5.14: Σχέση Φύλου - Διατροφικού προγράμματος .....	71
Πίνακας 5.15: Σχέση Φύλου - Προγράμματος άσκησης .....	71
Πίνακας 5.16: Σχέση Φύλου - Ελεύθερου χρόνου .....	72
Πίνακας 5.17: Σχέση Φύλου - Ικανοποίησης από δραστηριότητες.....	72
Πίνακας 5.18: Ποσοστά απαντήσεων στις δραστηριότητες που προσφέρουν ικανοποίηση .....	73
Πίνακας 5.19: Σχέση Φύλου - Δραστηριότητας 1 .....	74
Πίνακας 5.20: Σχέση Φύλου - Δραστηριότητας 2 .....	75
Πίνακας 5.21: Σχέση Φύλου - Δραστηριότητας 3 .....	76
Πίνακας 5.22: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho δημογραφικών χαρακτηριστικών - Μεταξύ τους σχέσεις με στατιστικά σημαντική διαφορά .....	76
Πίνακας 5.23: Περιγραφικά στατιστικά διαστάσεων ποιότητας ζωής του SF-36.....	77
Πίνακας 5.24: U Mann-Whitney Test, Φύλο - Διαστάσεις SF-36.....	79
Πίνακας 5.25: : Συσχετίσεις με το δείκτη Spearman's rho διαστάσεων της ποιότητας ζωής με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των ηλικιωμένων.....	80
Πίνακας 5.26: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho διαστάσεων ποιότητας ζωής - άσκησης, διατροφής κι ελεύθερου χρόνου .....	81
Πίνακας 5.27: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho διαστάσεων ποιότητας ζωής .....	82



## Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
HRQoL	Health Related Quality of Life
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
SF-36	Sort - Form-36
DNA	Deoxyribonucleic Acid
Kbp	Kilobase pairs
mRNA	messenger Ribonucleic acid
ATP	Adenosine Triphosphate
RNA	Ribonucleic acid
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΠΓΔΜ	Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας
ΟΟΣΑ	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας κι Ανάπτυξης
ROS	Reactive Oxygen Species, Αντιδραστικά Είδη Οξυγόνου
ΧΑΠ	Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια
ΣΔ	Σακχαρώδης Διαβήτης
LTCF	Long-Term Care Facility
CASP	Control Autonomy Self-realization Pleasure
ΣΛ	Σωματική Λειτουργικότητα, Physical Functioning
ΣΡ	Σωματικός Ρόλος, Role – Physical
ΣΠ	Σωματικός Πόνος, Bodily Pain
ΓΥ	Γενική Υγεία, General Health
Z	Ζωτικότητα, Vitality
ΚΛ	Κοινωνική Λειτουργικότητα, Social Functioning
Συν. Ρ	Συναισθηματικός Ρόλος, Role – Emotional
ΨΥ	Ψυχική Υγεία, Mental Health



ΜΥ                    Μεταβολή της Υγείας, Health Transition

ΣΚΣΥ                Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας

ΣΚΨΥ                Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας



## 1. Εισαγωγή

Η γήρανση χαρακτηρίζεται από προοδευτικό εκφυλισμό των ιστών οποίος έχει αρνητικό αντίκτυπο στη δομή και τη λειτουργία των ζωτικών οργάνων (Heid et al., 2017). Η απώλεια της φυσιολογικής ακεραιότητας με την πάροδο του χρόνου συνεπάγεται την προοδευτική μείωση της ομοιόστασης και μειωμένη ικανότητα αντίδρασης σε εξωγενή ερεθίσματα και τελικά στην αύξηση του κινδύνου νοσηρότητας και θνητότητας.

Έχει προταθεί ότι η γήρανση προκύπτει από ένα φάσμα ενδογενών φαινομένων που επηρεάζουν ολόκληρο τον οργανισμό με αποτέλεσμα την αποτυχία ομαλής διασύνδεσης των οργάνων και κατάληξη το θάνατο. Ωστόσο, η διαδικασία της γήρανσης δεν ταυτίζει τα βασικά χαρακτηριστικά της με κάποια συγκεκριμένη νόσο (Gladyshev & Gladyshev, 2016), δεν είναι από μόνη της μία ασθένεια, αλλά αυξάνει την ευπάθεια στις ασθένειες. Όλα τα όργανα τείνουν να εκπέσουν λειτουργικά με την ηλικία. Η συσσώρευση της μοριακής βλάβης αποτελεί κοινό παρονομαστή στις διαδικασίες που συμβαίνουν κατά τη γήρανση (Chandrasekaran, Idelchik, & Melendez, 2017).

Πολλές μελέτες έχουν διεξαχθεί με σκοπό τη διερεύνηση των αιτίων της γήρανσης, χωρίς να έχει επιτευχθεί η συγκρότηση μιας ενιαίας θεωρίας. Κάποιες θεωρίες στηρίζονται στο γενετικό καθορισμό της γήρανσης, κάποιες άλλες θεωρούν προεξάρχουσα αιτία την πρωταρχική βλάβη. Μια ενοποιημένη θεωρία περιλαμβάνει τη συνέργεια των αιτίων που προκαλούν βλάβη και γήρανση από τη μια και τη συνεργασία των μηχανισμών διασφάλισης μακροζωίας και υγείας από την άλλη (Gladyshev, 2013 · Gladyshev, 2014). Οι μηχανισμοί διασφάλισης αποτελούν βιολογικούς παράγοντες ή συστήματα παραγόντων που προστατεύουν από τη βλάβη και ενίοτε τη διορθώνουν (Liochev, 2015). Στοχεύοντας σ' αυτούς τους μηχανισμούς και στην αποκατάσταση της λειτουργίας τους κατά τη γήρανση, δυνητικά θα μπορούσε η υγεία να βελτιωθεί και να παραταθεί η διάρκεια ζωής (Salinari & De Santis, 2015).

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικοπολιτικά ζητήματα παγκοσμίως λόγω της δραματικής αύξησης της αναλογίας, αλλά και του



απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων (World Health Organisation, 2015). Η γήρανση σχετίζεται τόσο με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όσο και με τη μείωση του ποσοστού γεννήσεων (The World Bank, 2015).

Η ποιότητα ζωής (QoL) των ηλικιωμένων έχει καταστεί σημαντική σε σχέση με τη μετατόπιση της δημογραφικής πυραμίδας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Υπάρχουν ενδείξεις πως οι έννοιες και οι προβληματισμοί που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι διαφορετικές από το γενικό πληθυσμό. Είναι επιβεβλημένο να προσδιορίζεται η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με σκοπό την ανάπτυξη στοχευμένων κοινωνικών πολιτικών και πολιτικών υγείας, που θα προάγουν την ευδόκιμο, ενεργό και υγιή γήρανση.

Ο κατάλογος των αλλαγών που εμφανίζονται στο σώμα με την ηλικία είναι εξαιρετικά μακρύς και περιλαμβάνει αλλαγές στην εμφάνιση, ρυτίδες, απώλεια ύψους και βάρους (λόγω απώλειας μυϊκής και οστικής μάζας), μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας (εμμηνόπαυση στις γυναίκες) και μείωση της λειτουργίας των περισσότερων οργάνων όπως της νεφρικής, ηπατικής, πνευμονικής, καρδιακής, εγκεφαλικής, αισθητηρίων οργάνων. Το ανοσοποιητικό και ενδοκρινικό σύστημα επηρεάζονται επίσης (Sgarbieri, & Pacheco, 2017).

Η γήρανση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για τις περισσότερες χρόνιες νόσους (Dillin et al., 2014). Περίπου 100.000 άνθρωποι παγκοσμίως πεθαίνουν καθημερινά από αιτίες που σχετίζονται με την ηλικία (Harris, 2013). Συνήθεις γηριατρικές καταστάσεις, όπως η πολυνοσηρότητα, η κατάθλιψη, η άνοια, οι πτώσεις, η ακράτεια και άλλα γηριατρικά σύνδρομα υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) είναι ο τρόπος που κάποιος αξιολογεί τη ζωή του και σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης των διαφόρων αναγκών του. Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (ΠΖΣΥ) αφορά στην αντίληψη του ασθενούς για τη νόσο ή την αναπηρία, αλλά και τη θεραπεία (Huang et al., 2017). Οι διαστάσεις που περιλαμβάνονται σ' αυτήν είναι κυρίως η σωματική, η ψυχολογική, η κοινωνική και η πνευματική (Vyas et al., 2018).

Η επίδραση της ηλικίας στην ποιότητα ζωής μπορεί να οφείλεται σε άμεση επίδραση της γήρανσης, αλλά και σε έμμεση μέσω επίδρασης της γήρανσης σε παράγοντες που



επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Fancourt & Steptoe, 2018). Άλλωστε, αναπτύσσονται και μηχανισμοί προστασίας, όπως η προσαρμοστικότητα, η ανθεκτικότητα, η πνευματικότητα και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Ponocny et al., 2016).

Η ΠΖΣΥ των ηλικιωμένων επηρεάζεται από βιολογικούς παράγοντες, συμπτώματα, λειτουργικές καταστάσεις και γενικές αντιλήψεις (Huang et al., 2017). Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων χρησιμοποιούνται τόσο γενικά όσο και ειδικά εργαλεία μέτρησης (Forte et al., 2015). Όσον αφορά στα γενικά εργαλεία, συχνά χρησιμοποιείται η Επισκόπηση Υγείας, και μάλιστα η σύντομη μορφή της, Sort Form-36 (SF-36) (Kastanias et al., 2015).

Μελετώντας την ΠΖΣΥ των ηλικιωμένων, μιας δημογραφικής ομάδας με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά, παρατηρούμε σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα δύο φύλα (Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2017). Πλήθος μελετών εστιάζουν στις διαφυλικές διαφορές της ΠΖΣΥ των ηλικιωμένων (Feng, Devlin & Herdman, 2015 · Zajacova, Huzurbazar & Todd, 2017) και διαπιστώνουν ως καθοριστικούς παράγοντες πολλά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Zajacova et al., 2017), την κατάσταση της υγείας (Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2016), τον τρόπο ζωής (Stahl & Schulz, 2014), το περιβάλλον τους (δομημένο και μη) (Raggi, et al., 2016), τα κοινωνικά δίκτυα (Moriyama, Tamiya, Kawachi & Miyairi, 2018) κ.α.

## **1.1 Φυσιολογικές αλλαγές και μηχανισμός γήρανσης**

Κατά τον Dodds (2016), μπορούμε να διακρίνουμε τρεις ομάδες φυσιολογικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία: α) αλλαγές στο μηχανισμό της κυτταρικής ομοιόστασης (θερμοκρασία σώματος, όγκος αίματος και εξωκυττάριου υγρού) β) μείωση της μάζας των οργάνων και γ) μείωση και απώλεια του λειτουργικού αποθέματος του σώματος. Οι αλλαγές που συνδέονται με την ηλικία, σε μεγάλο βαθμό, καθορίζονται γενετικά, αλλά επηρεάζονται και από εξωγενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες (διατροφικές συνήθειες, άσκηση, έκθεση σε παθογόνους μικροοργανισμούς, καπνό, ρύπους, ιονίζουσες ακτινοβολίες), καθώς και άλλους παράγοντες. Η μακροβιότητα διαφέρει μεταξύ των φύλων με το θήλυ να ζει περισσότερο 7-10 έτη. Οι συνθήκες που διαμορφώνονται στην παιδική ηλικία, η



προσωπικότητα, η εκπαίδευση, συμπεριφορικοί παράγοντες, μπορεί επίσης να συμβάλλουν στη μακροβιότητα.

Υπάρχουν διάφοροι κυτταρικοί και μοριακοί μηχανισμοί που πιστεύεται πως εμπλέκονται στη διαδικασία της γήρανσης και καθορίζουν το φαινότυπό της.

Γενικά η γήρανση καθορίζεται από την αλληλεπίδραση μεταξύ τραύματος και επούλωσης και από την ισορροπία μεταξύ κυτταρικού θανάτου και αντικατάστασης κυττάρων προκειμένου να διατηρηθεί η ακεραιότητα των οργάνων (Gems & Partridge, 2013). Εάν τα κύτταρα πεθαίνουν ταχύτερα από ότι μπορούν να αντικατασταθούν, τα υπόλοιπα κύτταρα θα πρέπει να ανταποκριθούν σε μεγαλύτερες απαιτήσεις που μπορεί να οδηγήσουν σε παθολογικές αλλαγές και επιδείνωση της "υγείας" τους. Οι ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες που τροποποιούν την ισορροπία μεταξύ κυτταρικού θανάτου και αντικατάστασης έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη διαδικασία της γήρανσης. Η κυτταρική διαίρεση και ο προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος (απόπτωση) ρυθμίζεται από γενετικούς παράγοντες που υπόκεινται σε εξωκυττάρια και ενδοκυττάρια μοριακή ρύθμιση (MacNee, Rabinovich & Choudhury, 2014).

Ένας κοινός παράγοντας που αποτελεί τη βάση της διαδικασίας γήρανσης είναι η συσσώρευση μοριακής βλάβης. Ως εκ τούτου, η γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ότι προκύπτει από τη συσσώρευση κυτταρικής βλάβης, τις επακόλουθες μεταβολές στην έκφραση γονιδίων και τους επιγενετικούς παράγοντες που σχετίζονται με την καταστροφή του DNA και τις δομικές τροποποιήσεις του από το εγγενές βιολογικό ρολόι που ρυθμίζει τον αριθμό των κυτταρικών διαιρέσεων, όπως η μείωση του μήκους των τελομερών (Chandrasekaran, Idelchik & Melendez, 2017).

## **1.2. Θεωρίες γήρανσης**

Οι διάφορες θεωρίες σχετικά με τα αίτια της γήρανσης μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες. Σ' αυτές που περιλαμβάνουν το γενετικό προγραμματισμό της γήρανσης (υποδηλώνουν πως η γήρανση και η διάρκεια της ζωής των οργανισμών καθορίζονται



γενετικά) και σ' αυτές που σχετίζονται με την πρωταρχική βλάβη (υποστηρίζουν πως η γήρανση προκαλείται από συσσώρευση ζημιών στον οργανισμό από πολλαπλούς επιβλαβείς παράγοντες). Η θεωρία περί φθοράς (Wear and tear theory), η θεωρία περί καταστροφής λαθών (Error catastrophe theory), η θεωρία των ελευθέρων ριζών (Free radical theory), η υπόθεση καταστροφής του δε(σ)οξυριβο(ζο)νουκλεϊ(νι)κού οξέος (Deoxyribonucleic Acid, DNA), η απώλεια προσαρμοστικών κυτταρικών μηχανισμών, η μιτοχονδριακή θεωρία και η θεωρία της κυτταρικής μεμβράνης περιλαμβάνονται στις θεωρίες της γήρανσης που σχετίζονται με την πρωταρχική βλάβη (Park & Yeo, 2013).

Παρόλο που έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες σχετικά με τα αίτια της γήρανσης δεν είναι ακόμη δυνατό αυτή να εξηγηθεί με μια ενιαία θεωρία. Η ανάπτυξη των βιοεπιστημών και των φυσικών επιστημών προάγει ερευνητικές τεχνικές και προσεγγίσεις που σχετίζονται με τη γήρανση, μένει όμως να αποσαφηνιστεί τι την προκαλεί.

### 1.2.1. Θεωρία γενετικού προγραμματισμού

Σύμφωνα με τη θεωρία του γενετικού προγραμματισμού η γήρανση προγραμματίζεται σε κάθε είδος επειδή κάθε είδος έχει τη δική του μέση μακροζωία από τη στιγμή που γεννιέται. Η θεωρία υποστηρίζεται από το γεγονός ότι η μέση διάρκεια ζωής στους ανθρώπους αυξάνεται συνεχώς τα τελευταία 100 χρόνια χωρίς όμως μεγάλες αλλαγές στη μέγιστη διάρκεια της ζωής (Van Raamsdonk, 2017).

Αυτή η θεωρία υποδηλώνει πως η γήρανση σηματοδοτείται γενετικά από το στάδιο του γονιμοποιημένου ωαρίου και εκτείνεται ως τη μεγάλη ηλικία. Οι υποστηρικτές αυτής της θεωρίας πιστεύουν ότι η παρουσία γονιδίων γηρασμού ελέγχει τα φαινόμενα που σχετίζονται με τη γήρανση μέσω επιβράδυνσης ή και διακοπής των βιοχημικών μεταβολικών οδών. Τα γονίδια της γήρανσης εκφράζονται σε διαφορετικές χρονικές περιόδους ανάλογα με το είδος του κυττάρου. Κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης του οργανισμού πολλά κύτταρα πολλαπλασιάζονται ενώ άλλα περितτά καταστρέφονται. Με αυτή τη λογική, καθώς η ζωή των περιττών κυττάρων ελέγχεται από γονίδια με βάση ένα ακριβές χρονοδιάγραμμα, με τον ίδιο



τρόπο θα μπορούσε να ελέγχονται και τα κύτταρα στις διαδικασίες γήρανσης (Wang, Ma, Cheng & Lv, 2014).

### **1.2.2. Θεωρία φθοράς**

Η θεωρία αυτή προτείνει πως ο ανθρώπινος οργανισμός υφίσταται γήρανση λόγω βλάβης από τραύμα, ασθένειες, ακτινοβολία, τοξικές ουσίες, ακατάλληλα τρόφιμα και άλλες επικίνδυνες ουσίες στις οποίες εκτίθεται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, η θεωρία αυτή απορρίφθηκε επειδή από μελέτες προέκυψε πως ζώα που προστατεύονται από βλαπτικούς παράγοντες, επίσης γερνούν χωρίς οποιαδήποτε μεταβολή της μέγιστης διάρκειας ζωής τους. Ως εκ τούτου τέτοιοι βλαπτικοί παράγοντες δεν προκαλούν τη γήρανση παρά μόνο αλλαγές που εξαρτώνται από το χρόνο (Park & Yeo, 2013).

### **1.2.3. Θεωρία των τελομερών**

Η διάρκεια ζωής ενός είδους συνδέεται στενά με τη διάρκεια ζωής των κυττάρων του. Όταν οι ανθρώπινοι ινοβλάστες καλλιεργούνται συνεχώς, εκτιμάται πως καθένας διαιρείται 50-100 φορές. Επομένως, η διάρκεια ζωής των κυττάρων θεωρείται πως έχει προγραμματιστεί και έχει επίσης καθοριστεί ποια βραχύτερα τελομερή στα χρωμοσωμικά άκρα είναι υπεύθυνα.

Επαναλαμβανόμενες ακολουθίες DNA (6 νουκλεοτίδια σε αλληλουχία TTAGGG) υπάρχουν στο άκρο όλων των χρωμοσωμάτων. Έχουν μήκος περίπου 12 Kbp (kilobase pairs, χιλιάδες ζεύγη βάσεις, Kbp) και χάνουν τελομερή όταν περνούν περίπου 100 φορές τη διαδικασία της κυτταρικής διαίρεσης. Η τελομεράση (ένζυμο που προλαμβάνει τη σύντμηση των τελομερών) παρουσιάζει αυξημένη έκφραση σε κύτταρα με πολύ μεγάλη διάρκεια ζωής και καρκινικά κύτταρα (Hardikar et al., 2018 · Kumar, Lechel & Güneş, 2016).



#### **1.2.4. Ενδοκρινική θεωρία**

Η ενδοκρινική θεωρία υποθέτει πως το εξασθενημένο ενδοκρινικό σύστημα που ρυθμίζει την ομοιόσταση του οργανισμού αποτελεί την κύρια αιτία γήρανσης και επιπλέον έχει πολλές επιπτώσεις σε φυσιολογικές λειτουργίες του σώματος (Ottinger, 2018). Γενικά το ενδοκρινικό σύστημα, μέσω των ορμονών συμμετέχει στον έλεγχο της ανάπτυξης, του μεταβολισμού, της θερμοκρασίας, της φλεγμονής και του στρες. Από μελέτες σε ζώα, φαίνεται πως η διάρκεια ζωής οργανισμών σε εμμηνόπαυση, ανδρόπαυση και μειωμένη αυξητική ορμόνη παρατείνεται όταν χορηγούνται εξωγενώς οι αντίστοιχες ορμόνες (Bartke & Darcy, 2017).

#### **1.2.5. Υποβάθμιση του DNA**

Η θεωρία αυτή αναφέρεται στην υπόθεση βλάβης του DNA. Εάν το DNA που έχει υποστεί βλάβη από ελεύθερες ρίζες δεν αποκατασταθεί πλήρως, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα τη μειωμένη έκφραση γονιδίων και τελικά τον κυτταρικό θάνατο. Η διαδικασία αυτή παρεμβαίνει στην καλή λειτουργία των ιστών και τελικά διεγείρεται η διαδικασία της γήρανσης. Μια μελέτη, που υποστηρίζει αυτή την υπόθεση, αναφέρει πως ένα είδος αρουραίων, οι αλμπίνο, που έχουν μικρότερη διάρκεια ζωής από τους ανθρώπους, αποβάλλει 10-15 φορές περισσότερα οξειδωτικά κατεστραμμένα νουκλεοτίδια απ' ό,τι ο άνθρωπος και ότι στους γερασμένους εγκεφάλους των αρουραίων βρίσκονται αυξημένες ποσότητες καταστραμμένου DNA. Εξάλλου είναι γνωστό πως η ικανότητα αποκατάστασης των βλαβών του DNA είναι ευθέως ανάλογη με τη διάρκεια ζωής των ειδών και πως η ικανότητα επισκευής του DNA είναι μειωμένη στα φυσιολογικά κύτταρα λόγω της προόδου της γήρανσης (Hegde, Bohr & Mitra, 2017).

#### **1.2.6. Θεωρία καταστροφής σφαλμάτων**

Οι διαδικασίες που περιλαμβάνουν την αντιγραφή του DNA, τη μεταγραφή γονιδίων για την παραγωγή του mRNA (**messenger Ribonucleic acid**, αγγελιοφόρο ριβονουκλεϊκό οξύ) και τη μετάφραση του μηνύματος απαιτούνται για τη σύνθεση πρωτεϊνών. Η θεωρία υποστηρίζει πως εάν υπάρχει οποιοδήποτε σφάλμα σε

οποιαδήποτε από αυτές τις διαδικασίες μπορεί να δημιουργηθούν εσφαλμένα γονίδια, mRNA και πρωτεΐνες και έτσι τα κύτταρα θα εξασθενήσουν. Παρόλο που η συσσώρευση σφαλμάτων αποκαθίσταται εν μέρει από το σύστημα επισκευής, ενδέχεται να συσσωρευτούν σφάλματα και σ' αυτό με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία του (Milholland, Suh, & Vijg, 2017).

### **1.2.7. Θεωρία ρυθμού διαβίωσης**

Η θεωρία του ρυθμού διαβίωσης υποστηρίζει ότι η ενεργειακή δαπάνη είναι αντιστρόφως ανάλογη της διάρκειας ζωής και ειδικότερα μελέτες σε ζώα έδειξαν πως η διάρκεια ζωής είναι μικρότερη, όταν η δαπάνη ενέργειας είναι υψηλότερη και αντίστροφα. Στην περίπτωση των ποικιλόθερμων, όπως τα νηματώδη έντομα και ψάρια, η διάρκεια ζωής τους γενικά αυξάνεται, όταν αυξάνεται η θερμοκρασία των βιοτόπων τους (ενδιαιτημάτων). Η διάρκεια ζωής μιας οικιακής μύγας στους 20°C είναι διπλάσια απ' ό,τι στους 28°C. Παρομοίως, ο χρόνος ζωής ενός γοβιού (γένος μικρού ψαριού) στους 10°C είναι 1,4 φορές μεγαλύτερος απ' ό,τι στους 20°C. Μια άλλη μελέτη που διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της διάρκειας ζωής της *Drosophila* και της θερμοκρασίας περιβάλλοντος έδειξε ότι ζει περίπου 25 ημέρες στους 30°C, 50 ημέρες στους 27°C, 100 ημέρες στους 21°C και 150 ημέρες στους 18°C. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός πως ο μεταβολικός ρυθμός μειώνεται με την ελάττωση της θερμοκρασίας. Ωστόσο, η θεωρία αυτή δε φαίνεται να βρίσκει εφαρμογή στους ομοιόθερμους οργανισμούς, οι οποίοι ως επί το πλείστον δεν εξαρτώνται από την εξωτερική θερμοκρασία (Park & Yeo, 2013).

### **1.2.8. Η μιτοχονδριακή θεωρία**

Η μιτοχονδριακή θεωρία υποθέτει πως τα μιτοχόνδρια σχετίζονται με τη γήρανση με την εξής διαδικασία: το μιτοχονδριακό DNA, όπου παράγονται πολλές ελεύθερες ρίζες, δεν προστατεύεται αρκετά από εξωτερικά αντιοξειδωτικά. Επίσης, τα μιτοχόνδρια είναι πολύ ευαίσθητα σε βλάβες από εξωτερικά τοξικά μόρια και ραδιενεργά υλικά. Επειδή τα μιτοχόνδρια στερούνται ενζύμων επιδιόρθωσης του κατεστραμμένου DNA, οι βλάβες αυτές έχουν σημαντικές επιπτώσεις. Το κατεστραμμένο μιτοχονδριακό DNA οδηγεί σε μείωση της παραγωγής ενέργειας,

αύξηση της παραγωγής ελεύθερων ριζών και συσσώρευση επιβλαβών μορίων. Όταν υπάρχει μειωμένη έκφραση μιτοχονδριακής DNA πολυμεράσης, είναι γνωστό πως η διαδικασία της γήρανσης επιταχύνεται ελαττώνοντας τη διάρκεια ζωής. Η γήρανση προκαλεί αλλοιώσεις στη μιτοχονδριακή μορφολογία, καθώς και λειτουργικές διαταραχές. Μειώνει περαιτέρω την παραγωγή ATP (adenosine triphosphate, τριφωσφορική αδενοσίνη) και επομένως αυξάνει το οξειδωτικό στρες (Barja, 2014 · Gonzalez-Freire, et al., 2015).

### 1.2.9. Θεωρία ελεύθερων ριζών

Οξειδωτική βλάβη συμβαίνει στους οργανισμούς από διάφορες ελεύθερες ρίζες (υπεροξειδίου, υδροξυλίου, οξειδίου του αζώτου, υπεροξυνιτρικές), οι οποίες βέβαια μπορεί να παραχθούν και στις φυσιολογικές μεταβολικές διεργασίες. Η θεωρία των ελεύθερων ριζών υποστηρίζει πως η συσσώρευση αυτού του είδους ριζών τελικά οδηγεί στη γήρανση. Από μελέτες σε ζώα φαίνεται ότι τα οξειδωτικά προϊόντα των κατεστραμμένων από οξειδωτικές ρίζες ιστών, όπως λιποφουσκίνη, υδρουπεροξειδία λιπιδίων κ.α. παρουσιάζονται σε αυξημένες συγκεντρώσεις σε μεγάλης ηλικίας ζώα. Αν η θεωρία των ελεύθερων ριζών είναι σωστή, τότε η διάρκεια ζωής θα πρέπει να παραταθεί με την πρόληψη της οξειδωτικής βλάβης που προκαλείται από τις ελεύθερες ρίζες, χορηγώντας αντιοξειδωτικά σε πειραματόζωα, κάτι που ακόμη δεν έχει αποδειχθεί. Οι οργανισμοί διαθέτουν διάφορα αμυντικά συστήματα για να προστατευθούν από την τοξικότητα των ελεύθερων ριζών. Τα αντιοξειδωτικά περιλαμβάνουν βιταμίνη E, β-καροτένιο, ασκορβικό οξύ και αντιοξειδωτικά ένζυμα (όπως υπεροξειδίου της δισμουτάσης, η υπεροξειδάση της γλουταθειόνης, η καταλάση κ.α.). Τα λιπολυτικά ένζυμα (φωσφολιπάση A2), τα πρωτεολυτικά συστήματα (πρωτεϊνάσες και πεπτιδάσες) και τα συστήματα επιδιόρθωσης του DNA και RNA (Ribonucleic acid, ριβονουκλεϊκό οξύ) (ενδονουκλεάσες και εξωνουκλεάσες) περιλαμβάνονται στο δευτερογενές αμυντικό σύστημα για την απομάκρυνση ή την αποκατάσταση των κατεστραμμένων προϊόντων (Vina, Borras, Abdelaziz, Garcia-Valles, & Gomez-Cabrera, 2013).



### **1.3 Η σημαντικότερη αιτία της γήρανσης**

Η γήρανση είναι η προοδευτική συσσώρευση αλλαγών με το χρόνο που συνδυάζονται ή ευθύνονται για την ολοένα αυξανόμενη ευαισθησία σε ασθένειες αλλά και το θάνατο που συνοδεύει την προχωρημένη ηλικία. Το άθροισμα των βλαπτικών αντιδράσεων ελευθέρων ριζών που συμβαίνουν συνεχώς σε όλα τα κύτταρα και τους ιστούς αποτελεί τη διαδικασία γήρανσης ή αποτελεί σημαντικό παράγοντα αυτής. Σύμφωνα με τον Hayflick, ο κοινός παρονομαστής που υπογραμμίζουν πολλές θεωρίες της βιολογικής γήρανσης είναι η μεταβολή της μοριακής δομής και λειτουργίας (Liochev, 2015).

Ενώ πολλοί συγγραφείς πιστεύουν πως οι ελεύθερες ρίζες και το οξειδωτικό στρες παίζουν σημαντικό ρόλο στη γήρανση, είναι δύσκολο να διαφωνήσουν με τη σαφώς εκπεφρασμένη άποψη ότι η γήρανση είναι η παραγόμενη από πολλές αιτίες βλάβη στις δομές και τις λειτουργίες των μορίων, των κυττάρων, των ιστών, των οργάνων και τελικά των οργανισμών (Song, & Johnson, 2018). Τέτοιες αιτίες γήρανσης περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται, το οξειδωτικό στρες, τη γλυκοζυλίωση, τη βράχυνση των τελομερών, τις μεταλλάξεις κλπ. Την προοδευτική βλάβη δομών και λειτουργιών αντιλαμβανόμαστε και χαρακτηρίζουμε ως γήρανση. Αυτή η βλάβη οδηγεί στην ανάπτυξη παθολογικών καταστάσεων με συνέπεια το θάνατο. Σύμφωνα με τη άποψη του Hayflick γνωρίζουμε τη γενική αιτία της γήρανσης, που μπορεί να ονομαστεί και τυπική ή γενική θεωρία της γήρανσης (Liochev, 2015). Θα μπορούσε επίσης να ισχύει και ο όρος ενοποιημένη θεωρία της γήρανσης δεδομένου ότι γίνεται ολοένα και πιο σαφές ότι η γήρανση οφείλεται σε σημαντικό αριθμό αιτίων (Gladyshev, 2013· Gladyshev, 2014).

Απόψεις σχετικά με τη δυνατότητα εξουδετέρωσης της γήρανσης κυμαίνονται από πολύ αισιόδοξες έως πολύ απαισιόδοξες. Υπάρχει μια άποψη πως η διάρκεια ζωής μπορεί να επεκταθεί πάρα πολύ και ότι πρακτικά η αθανασία είναι δυνατή, ακόμη και εφικτή στο μέλλον (Carnes, Olshansky & Hayflick, 2012 · De Grey, 2013· Olshansky, & Carnes, 2013).

Άλλοι υποστηρίζουν πως η διάρκεια ζωής του ανθρώπου δεν μπορεί να επεκταθεί πολύ πέραν του σημερινού επιπέδου για πολλούς λόγους. Η άποψη πως υπάρχουν χιλιάδες αίτια γήρανσης το καθένα από τα οποία συνεισφέρει ελάχιστα στη

διαδικασία και συνεπώς είναι πάρα πολλά αυτά από τα οποία ο άνθρωπος πρέπει να προστατευτεί φαίνεται ιδιαίτερα απαισιόδοξη (Gladyshev, 2013 · Gladyshev, 2014).

Υπάρχουν αναφορές για το ότι θεραπείες, φάρμακα, δίαιτες, φυτοχημικά, γενετικοί χειρισμοί σε επίπεδο ενζύμων κ.α. αυξάνουν σημαντικά τη διάρκεια ζωής ή/και βελτιώνουν την υγεία (Edrey & Salmon, 2014). Ενώ υπάρχουν επιχειρήματα πως οι ελεύθερες ρίζες, τα αντιδραστικά είδη οξυγόνου (ROS) και το οξειδωτικό στρες παίζουν σημαντικό ρόλο στη γήρανση (Liochev, 2013·Liochev, 2015), τίθεται το ερώτημα εάν θα πρέπει να συγκρίνεται ο ρόλος τους με το ρόλο άλλων πιθανών αιτίων γήρανσης.

Στη βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά ότι η βλάβη που προκύπτει από τη δράση μιας συγκεκριμένης αιτίας εξαρτάται και από τη δράση άλλων αιτίων γήρανσης. Σε πολλές περιπτώσεις διαφορετικοί παράγοντες συνεργάζονται στην πρόκληση ζημιών. Στην υπόθεση περί συνεργατικής επαγωγής της γήρανσης από ελεύθερες ρίζες και αντιδράσεις Maillard (ενζυμική αμαύρωση) υποστηρίζεται πως οι ελεύθερες ρίζες, η γλυκοζυλίωση και η αντίδραση Maillard συνεργάζονται στην πρόκληση βλάβης και στην πραγματικότητα αντιπροσωπεύουν μερικώς διαδραστικά στοιχεία μιας μοναδικής, πιο σύνθετης βιοχημικής οδού. Υπάρχουν υποθέσεις που υποδηλώνουν συνέργεια μεταξύ καρκίνου και γήρανσης (Cupit-Link et al., 2017). Τέτοιες προτάσεις θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε μια ενιαία θεωρία γήρανσης. Επομένως, αν η δράση καθεμιάς από δύο ή περισσότερες αιτίες είναι απαραίτητη για να υπάρξει σημαντική ζημιά τότε κάθε μια από αυτές τις αιτίες είναι σημαντική.

Ίσως η πιο γνωστή εξίσωση που προσπαθεί να εκφράσει με μαθηματικούς όρους τη συνεχώς αυξανόμενη ευαισθησία στη νόσο και το θάνατο που συνοδεύει την προχωρημένη ηλικία είναι η εξίσωση Gompertz:  $\mu(\chi) = \alpha e^{\beta\chi}$ , όπου  $\mu(\chi)$  είναι ο ρυθμός θνησιμότητας στην ηλικία  $\chi$  και  $\alpha$  και  $\beta$  σταθερές (Kirkwood, 2015). Τα μοντέλα θνησιμότητας και γήρανσης των ανθρώπων περιγράφονται συγκριτικά μ' αυτή την εξίσωση (Gavrilova & Gavrilov, 2014 · Kirkwood, 2015). Αυτή η εξίσωση, που καλείται και νόμος έχει και εξαιρέσεις. Οι σταθερές δεν είναι αμετάβλητες, αλλά μεταβάλλονται ανάλογα με τον οργανισμό ως αποτέλεσμα της δράσης παραγόντων που προκαλούν ή προστατεύουν από ζημιές. Επομένως, αυτή η εξίσωση είναι χρήσιμη ως μια καλή προσέγγιση, ενώ η φύση των υποκείμενων διεργασιών που



αυξάνουν την πιθανότητα θανάτου στην προχωρημένη ηλικία εξακολουθεί να συζητείται. Η θεωρία της αξιοπιστίας και η δικτυακή θεωρία της γήρανσης προσπαθούν να εξηγήσουν αυτές τις υποκείμενες διεργασίες και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους. Πολλές άλλες εξισώσεις, όπως αυτή του Weibull ανταγωνίζονται την εξίσωση Gompertz στην καλύτερη περιγραφή των πραγματικών προτύπων θνησιμότητας στους ανθρώπους και σε άλλους οργανισμούς (Kirkwood, 2015).

Ένα ενδιαφέρον μοντέλο γήρανσης βασίζεται στην αλληλεπίδραση μεταξύ της διαδικασίας συσσώρευσης ελλειμμάτων και της μείωσης, με την πάροδο του χρόνου του ελέγχου των ζημιών και της αποκατάστασης (Mitnitski, Song & Rockwood, 2013). Πρόσφατα συζητήθηκε η ύπαρξη ενός “φαύλου κύκλου” (Genova & Lenaz, 2015). Ένα άλλο μοντέλο προτείνει αλληλεπιδράσεις μεταξύ των μεταλλάξεων έτσι ώστε αυτές που εμφανίζονται αργότερα έχουν μεγαλύτερες επιπτώσεις από αυτές που εμφανίζονται αρχικά.

Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως μια θεωρία γήρανσης θα πρέπει να είναι σε θέση να εξηγήσει γιατί αυξάνεται (με την πάροδο του χρόνου) ο ρυθμός θνησιμότητας και επιταχύνεται η γήρανση.

Μια εξήγηση που βασίζεται στην κινητικότητα, τη συνέργια και τη συνεργασία μεταξύ των αιτίων της βλάβης και της γήρανσης αφενός και των μηχανισμών μακροζωίας και διασφάλισης της υγείας αφετέρου, παρατίθεται πιο κάτω.

Ο όρος “μηχανισμοί διασφάλισης” περιγράφει τα ένζυμα και άλλους παράγοντες και συστήματα που εμπλέκονται στην προστασία και την επισκευή της βλάβης (Liochev, 2015). Σημαντική ζημιά (γήρανση) συμβαίνει όταν η δύναμη περισσότερων από μιας αιτιών γήρανσης αυξάνεται ουσιαστικά και/ή εάν η αποτελεσματικότητα περισσότερων του ενός μηχανισμών εξασφάλισης μειώνεται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου. Σε αυτή την περίπτωση, εάν οι αιτίες της γήρανσης (δομική και λειτουργική βλάβη) αλληλεπιδρούν συνεργικά στην πρόκληση ζημιών, ο ρυθμός δημιουργίας βλαβών και επομένως ο ρυθμός γήρανσης και η θνησιμότητα, αυξάνονται δραματικά με το χρόνο. Στις αρχές της ζωής, τα συστήματα διασφάλισης λειτουργούν άριστα και ως εκ τούτου ο ρυθμός γήρανσης είναι αργός και σχεδόν επίπεδος. Ο ρυθμός γήρανσης και η θνησιμότητα αυξάνονται, όταν αυξάνεται ο ρυθμός δημιουργίας ζημιών και οι μηχανισμοί διασφάλισης αρχίζουν να



αποτυγχάνουν. Μια ενδιαφέρουσα ανασκόπηση συζητά την ύπαρξη λανθανόντων και επιταχυνόμενων σταδίων θνησιμότητας και γήρανσης στους ανθρώπους (Salinari & De Santis, 2015).

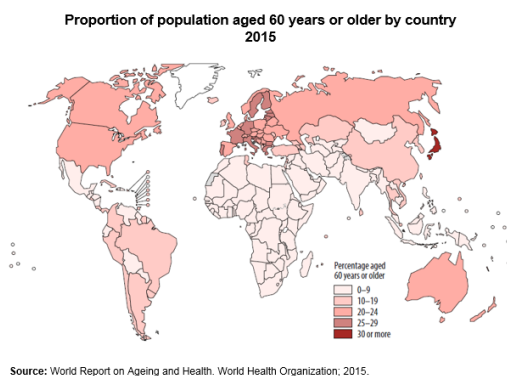
Ως εκ τούτου θα μπορούσε να επιτευχθεί κάποια βελτίωση της υγείας και ίσως αύξηση και της διάρκειας ζωής εάν καταστεί εφικτό να αποκατασταθούν ουσιαστικά η λειτουργία ενός ή περισσότερων αποτυχημένων μηχανισμών διασφάλισης.

## 2. Ηλικιωμένοι και υγεία

### 2.1. Δημογραφικές κι επιδημιολογικές αλλαγές

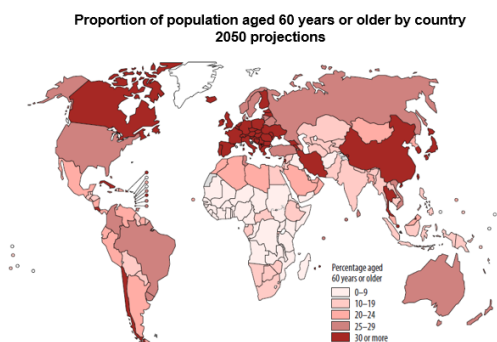
#### 2.1.1. Πληθυσμιακή γήρανση

Ο λόγος που η γήρανση αναδεικνύεται ως ένα από τα βασικότερα κοινωνικοπολιτικά ζητήματα είναι ότι τόσο η αναλογία όσο και ο απόλυτος αριθμός των ηλικιωμένων σε πληθυσμούς σε ολόκληρο τον κόσμο αυξάνεται δραματικά. Οι εικόνες 2.1 και 2.2 δείχνουν το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων 60 ετών και άνω ανά χώρα το 2012 και προβλέψεις για το 2050 (World Health Organisation, 2015).



Source: World Report on Ageing and Health, World Health Organization, 2015.

**Εικόνα 2.1 Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 60 ετών κι άνω, ανά χώρα, 2015**



**Εικόνα 2.2 Ποσοστό του πληθυσμού ηλικίας 60 ετών κι άνω, ανά χώρα προβολή στο 2050**

Υπάρχει μόνο μία χώρα, όπου το ποσοστό αυτό υπερβαίνει το 30%, η Ιαπωνία. Ωστόσο, από τα μέσα του αιώνα πολλές χώρες θα έχουν παρόμοιο ποσοστό ηλικιωμένων (Ευρώπη, Βόρεια Αμερική, Χιλή, Κίνα, Ιράν, Κορέα, Ρωσία, Ταϊλάνδη και Βιετνάμ). Τα Ηνωμένα Έθνη προβλέπουν πως έως το 2050 οι ηλικιωμένοι άνω

των 65 ετών θα αυξηθούν κατά 188% και αυτοί άνω των 85 ετών κατά 351%. Η γήρανση του πληθυσμού φαίνεται λιγότερο σημαντική στην υποσαχάρια Αφρική. Ωστόσο, ο πληθυσμός σ' αυτή την περιοχή αναμένεται να αυξηθεί γρηγορότερα από οπουδήποτε αλλού, από 45 εκατομμύρια το 2015 σε 157 εκατομμύρια το 2050 (Aboderin & Beard, 2014). Επί πλέον, το προσδόκιμο ζωής στην ηλικία των 60 ετών στην υποσαχάρια Αφρική είναι 16 έτη για τις γυναίκες και 14 για τους άνδρες, γεγονός που υποδηλώνει πως αυτοί που επιβιώνουν από προγενέστερους κινδύνους είναι ήδη ηλικιωμένοι και έχουν διάφορους ρόλους που είναι κρίσιμοι για την κοινωνικοοικονομική κατάσταση της περιοχή (World Health Organisation, 2014). Ο ρυθμός γήρανσης του πληθυσμού σε πολλές χώρες είναι επίσης πολύ μεγαλύτερος από αυτόν στο παρελθόν. Παραδείγματος χάριν (π.χ.) στη Γαλλία πέρασαν σχεδόν 150 χρόνια για να αυξηθεί το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 60 ετών από 10% σε 20%, ενώ χώρες όπως η Βραζιλία, η Κίνα και η Ινδία φαίνεται πως θα κάνουν την ίδια προσαρμογή σε 20 περίπου χρόνια.

Αντίστοιχα με τον υπόλοιπο κόσμο, η πληθυσμιακή γήρανση παρατηρείται και στην Ευρώπη. Ο πληθυσμός στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ) των 28 το 2016 ήταν περίπου 510 εκατομμύρια άνθρωποι. Οι ηλικιωμένοι (άνω των 65 ετών) έφταναν στο ποσοστό του 19,2%, εμφανίζοντας αυξητική τάση 0,3% σε σχέση με το 2015 και 2,45% σε σχέση με την προηγούμενη δεκαετία, ενώ αυτό το ποσοστό προβλέπεται να φτάσει στο 29,1% του πληθυσμού της ΕΕ έως το 2080. Στην Ιταλία καταγράφεται το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων (22,0%) και ακολουθούν η Ελλάδα και η Γερμανία με 21,3% και 21,1% αντίστοιχα. Το χαμηλότερο ποσοστό (13,2%) καταγράφεται στην Ιρλανδία. Για ευρωπαϊκές χώρες που δεν ανήκουν στην ΕΕ, η Αλβανία και η ΠΓΔΜ (Πρώην Γιουγκοσλαβική Δημοκρατία της Μακεδονίας) είχε αντίστοιχα 12,9% και 13% ηλικιωμένους άνω των 65 ετών, χαμηλά ποσοστά, με αυξητική όμως τάση (Europeia, 2016).

Ο δείκτης των εξαρτημένων ηλικιωμένων ατόμων (αναφέρεται στο ποσοστό των ηλικιωμένων που τελούν υπό εξάρτηση άλλου ατόμου σε σχέση με τον πληθυσμό που θεωρείται εργασιακά ενεργός, δηλαδή 15-64 ετών) στην ΕΕ αυξήθηκε την τελευταία δεκαετία από 25% σε 29,3% και αναμένεται να εκτοξευτεί στο 52,3% το 2080.



Εξάλλου, η προοδευτική γήρανση του ίδιου του ηλικιωμένου πληθυσμού συντελείται πιο γρήγορα από ότι σε κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα. Οι ηλικιωμένοι άνω των 80 ετών στον πληθυσμό της ΕΕ αναμένεται να αυξηθούν από το 5,4% που είναι σήμερα σε 12,7% το 2080 (Europeia, 2016).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, όπως αναφέρθηκε, κατατάσσεται στις πρώτες θέσεις στα ποσοστά του γηράσκοντα πληθυσμού σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες, αλλά και διεθνώς. Το προσδόκιμο ζωής των ατόμων άνω των 60 ετών διαμορφώνεται στα 24 χρόνια, ενώ τα αντίστοιχα χρόνια με καλή υγεία είναι 17,4 έτη πλησιάζοντας πολύ το μέσο όρο των υπόλοιπων ευρωπαϊκών κρατών. Το προσδόκιμο ζωής τροποποιείται με την ηλικία και τη νοσηρότητα. Έτσι, στα 65 έτη και δίχως νοσηρότητα, το 2011 διαμορφωνόταν στα 8 χρόνια για άρρενες ενώ για τα θήλυ άτομα στα 7,7 χρόνια (μετά το 2005 εμφανίζεται μια μικρή μείωση τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, -0,6 και -1,1 έτη αντίστοιχα). Οι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών στην Ελλάδα αναμένεται το 2030 να αποτελούν το 30% του συνολικού πληθυσμού και το 2050 το ένα τρίτο. Η Διεθνής Οργάνωση Help Age International, αναφερόμενη στην ποιότητα ζωής των Ελλήνων ηλικιωμένων, επισημαίνει πως η Ελλάδα ανήκει στις χειρότερες χώρες του κόσμου για να ζει ένα άτομο άνω των 60 ετών σε σχέση με την κοινωνικοοικονομική ευημερία (79η θέση σε σύνολο 96 χωρών) (Global AgeWatch Index, 2015 · ΕΛΣΤΑΤ, 2011 · Ε.Γ.Γ.Ε).

### **2.1.2. Λόγοι γήρανσης του πληθυσμού**

Υπάρχουν δύο βασικοί παράγοντες που σχετίζονται με τη γήρανση του πληθυσμού. Ο πρώτος είναι η αύξηση του προσδόκιμου ζωής (οι άνθρωποι σε ολόκληρο τον κόσμο κατά μέσο όρο ζουν περισσότερο). Πάντως θα πρέπει να αναφερθεί πως η μεγαλύτερη επιβίωση των ηλικιωμένων συμβάλλει λιγότερο στη αύξηση του προσδόκιμου ζωής απ' ό,τι η μεγαλύτερη επιβίωση στις νεώτερες ηλικίες. Αυτό σχετίζεται με την ιστορική κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη που έχει λάβει χώρα παγκοσμίως τα τελευταία 50 χρόνια. Σε υποανάπτυκτες χώρες ο θάνατος επέρχεται συχνότερα στην πρώτη παιδική ηλικία και στο υπόλοιπο της ζωής κατανέμεται ομοιόμορφα. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η υγεία του πληθυσμού βελτιώνεται, περισσότεροι άνθρωποι επιβιώνουν στην παιδική ηλικία και αλλάζει η κατανομή των



θανάτων με αποτέλεσμα να είναι πιο πιθανό οι άνθρωποι να πεθαίνουν ως ενήλικες. Σε χώρες με υψηλά εισοδήματα, όλο και περισσότεροι άνθρωποι γηράσκουν και περισσότεροι θάνατοι είναι πιθανό να συμβαίνουν σε άτομα άνω των 70 ετών.

Σε όλες τις περιπτώσεις τα κυρίαρχα αίτια θανάτου σε μεγάλη ηλικία είναι μη μεταδοτικές ασθένειες. Οι μεταδοτικές νόσοι συχνά αποτελούν αιτία θανάτου σε χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων (αν και σε αυτές τις χώρες οι μεταδοτικές νόσοι εμφανίζονται ως αιτίες θανάτου καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής). Όσο αναπτύσσονται οικονομικά οι χώρες τόσο μειώνεται η βρεφική και παιδική θνησιμότητα και αυξάνεται το ποσοστό των ανθρώπων που φτάνουν στην ενήλικη ζωή. Η μεγαλύτερη αύξηση στο προσδόκιμο ζωής που παρατηρείται στον κόσμο τα τελευταία 100 χρόνια αντανακλά αυτή τη μειωμένη θνησιμότητα τα πρώτα χρόνια της ζωής αντί των ηλικιωμένων που ζουν περισσότερο.

Πιο πρόσφατα, μια άλλη τάση συμβάλλει σημαντικά στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, η αύξηση της επιβίωσης στις μεγαλύτερες ηλικίες (Zielinski, 2014 · World Health Organization, 2015). Αυτή η αύξηση πιθανόν να αντανακλά το συνδυασμό της βελτιωμένης φροντίδας υγείας, των δημόσιων δομών υγείας και διαφορές στον τρόπο ζωής των ανθρώπων. Βέβαια ο ρυθμός αύξησης του προσδόκιμου ζωής ποικίλει από χώρα σε χώρα, αλλά και στο εσωτερικό χωρών ανάλογα με το εισόδημα και το φύλο.

Ο δεύτερος λόγος που οι πληθυσμοί γερνούν οφείλεται στη μείωση των ποσοστών γεννήσεων (The World Bank, 2015). Αυτό προκύπτει λόγω της αυξημένης πιθανότητας επιβίωσης των τέκνων, της αυξημένης πρόσβασης στην αντισύλληψη και στην αλλαγή των φυλετικών προτύπων. Πριν από τις πρόσφατες εξελίξεις στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη τα ποσοστά γεννήσεων σε πολλά μέρη του κόσμου ήταν 5-7 γεννήσεις ανά γυναίκα (αν και πολλά παιδιά δεν επιβίωναν ως την ενηλικίωση). Το 2015 το ποσοστό είχε σημειώσει μεγάλη πτώση, κάτω από το όριο συντήρησης του σημερινού πληθυσμού (με εξαίρεση την Αφρική που παραμένει στις 4 περίπου γεννήσεις ανά γυναίκα). Η Μέση Ανατολή αποτελεί μια άλλη περιοχή του πλανήτη που η μείωση των γεννήσεων πραγματοποιείται με αργούς ρυθμούς. Εξάλλου, η έκρηξη των γεννήσεων που ακολούθησε τον 2ο Παγκόσμιο Πόλεμο, κυρίως στον ανεπτυγμένο κόσμο, μεταφέρεται σήμερα στην Τρίτη ηλικία και σε

συνδυασμό με τη χαμηλή θνησιμότητα των ενηλίκων και τη συνεχιζόμενη υπογεννητικότητα οδηγεί στη συνεχώς αυξανόμενη γήρανση του πληθυσμού.

### **2.1.3. Ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία**

Ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων είναι απαραίτητος για την ανάπτυξη πολιτικών υγείας. Εάν τα προστιθέμενα χρόνια ζωής είναι ποιοτικά, η γήρανση θα σχετιστεί με ανάπτυξη ανθρώπινων πόρων και συμβολή στο κοινωνικό γίνεσθαι. Αν όμως οι άνθρωποι που ζουν περισσότερο αντιμετωπίζουν σοβαρούς περιορισμούς θα αυξάνονται οι απαιτήσεις για υγειονομική περίθαλψη και κοινωνική υποστήριξη.

Η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η υγιής διαβίωση θα μπορούσαν να εξασφαλίσουν τη δημοσιονομική βιωσιμότητα των συστημάτων κοινωνικής προστασίας, εάν π.χ. αυξανόταν το όριο συνταξιοδότησης, κάτι που δε θα μπορούσε να εφαρμοστεί στην περίπτωση που η γήρανση συνοδευόταν από ανικανότητα, περιορισμό και εξάρτηση.

Αν και υπάρχουν ισχυρά στοιχεία ότι οι ηλικιωμένοι ζουν περισσότερο, ιδιαίτερα στις ανεπτυγμένες χώρες, θα άξιζε να μελετηθεί η ποιότητα ζωής των επιπλέον αυτών ετών (Alcañiz & Solé-Auró, 2018). Μερικές μελέτες δείχνουν μείωση της σοβαρής αναπηρίας σε άτομα άνω των 65 ετών, άλλες δείχνουν αυξανόμενα ποσοστά χρόνιων παθήσεων και πολυνοσηρότητας αλλά σταθερά ποσοστά αναπηρίας, ενώ άλλες υποδηλώνουν αυξανόμενη επικράτηση της ανικανότητας σε ηλικίες 60-70 ετών (Solé-Auró, Beltrán-Sánchez, & Crimmins, 2014 · Ward et al., 2016 · Ćwirlej-Sozańska, Wilmowska-Pietruszyńska, Sozański, & Wiśniowska-Szurlej, 2018).

Μια άλλη μελέτη με συλλογή πολλαπλών δεδομένων βρήκε αυξανόμενη την ποιότητα ζωής προσαρμοσμένη στα επιπλέον έτη, αν και είχε τάσεις επιβράδυνσης λόγω παχυσαρκίας και ανικανότητας. Σε άλλη μελέτη φαίνεται πως η αναπηρία σχετίζεται με χαρακτηριστικά όπως η φυλή, η εκπαίδευση, η οικογενειακή κατάσταση, η απασχόληση, το εισόδημα και ο δείκτης μάζας σώματος. (Ouellet et al., 2017 · M., B. & R.R., 2017 · Stewart, Cutler & Rosen, 2013 · Jia, Zack, Gottesman, & Thompson, 2018).

Άλλος παράγοντας που σχετίζεται με την αναπηρία και τους δείκτες υγείας στους ηλικιωμένους είναι η γεωγραφική κατανομή. Έρευνα στην Ευρώπη δείχνει πως το προσδόκιμο υγείας διαφέρει σημαντικά μεταξύ των χωρών (Fouweather et al., 2015). Τα ποσοστά ήπιας αναπηρίας στις χώρες του ΟΟΣΑ (Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης) βρέθηκαν αλλού αυξημένα, αλλού μειωμένα και αλλού σταθερά (Beard et al., 2016). Σε χώρες υψηλών εισοδημάτων ο επιπολασμός της σοβαρής αναπηρίας (δηλαδή της αναπηρίας που απαιτεί βοήθεια από άλλο άτομο για να πραγματοποιηθούν βασικές δραστηριότητες π.χ. σίτιση ή προσωπική υγιεινή) μειώνεται ελαφρά τα τελευταία 30 χρόνια, ενώ δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή στον επιπολασμό της λιγότερο σοβαρής αναπηρίας. Γενικά φαίνεται πως όποια μείωση στα ποσοστά αναπηρίας στις μεγάλες ηλικίες είναι δύσκολο να διατηρηθεί, δεδομένων των επιπλέον ετών που ζουν οι άνθρωποι (Chatterji et al, 2015).

Η αναπηρία είναι γενικά αποδεκτό πως είναι μια κατάσταση που καθορίζεται από δύο βασικά χαρακτηριστικά: το άτομο (εγγενή χαρακτηριστικά) και το περιβάλλον του (Selb et al., 2015). Βέβαια είναι δύσκολο να υπάρξουν να υπάρξουν διακριτές διαφορές στα δύο αυτά χαρακτηριστικά. Παραδείγματος χάριν η ανικανότητα ενός ηλικιωμένου με βαριά οστεοαρθρίτιδα του ισχίου το 1950 μπορεί να ήταν σημαντική λόγω έλλειψης διαθέσιμων μέσων μετακίνησης, ενώ σήμερα ένα άτομο με την ίδια ανικανότητα θα λειτουργούσε πολύ καλύτερα λόγω προσβασιμότητας σε μέσα μεταφοράς. Βέβαια τα περισσότερα δεδομένα εντοπίζουν την αναπηρία που συμβαίνει στα τελευταία έτη της ζωής. Η πτώση όμως της εγγενούς λειτουργικότητας αρχίζει πολύ νωρίτερα κατά τη διάρκεια της ζωής.

## **2.2. Χαρακτηριστικά ηλικιωμένων σχετιζόμενα με την υγεία**

Θα εξετάσουμε τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που σχετίζονται με την υγεία και την επίδραση που έχουν τελικά στην εγγενή ικανότητα και λειτουργικότητά τους.

### **2.2.1. Υποκείμενες αλλαγές**

Σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση χαρακτηρίζεται από μια σταδιακή δια βίου συσσώρευση μοριακής και κυτταρικής βλάβης που οδηγεί σε προοδευτική γενικευμένη έκπτωση σε πολλές λειτουργίες του σώματος, αυξημένη ευπάθεια στις περιβαλλοντικές προκλήσεις και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ασθενειών και θανάτου (Campos, Avelar-Rivas, Garay, Juárez-Reyes & Deluna, 2018). Αυτό συνοδεύεται από ένα ευρύ φάσμα ψυχοκοινωνικών αλλαγών.

Αυτές οι αλλαγές τείνουν να συμβαίνουν σε κάποιο βαθμό σε όλους τους ανθρώπους, καθώς μεγαλώνουν. Παρόλο που ο τρόπος που εμφανίζονται ποικίλει, παρατηρούνται κάποιες γενικές τάσεις (Kenny, Groeller, McGinn & Flouris, 2016). Κάποιες από τις λειτουργικές απώλειες μπορούν να αντισταθμιστούν από την προσαρμογή και συχνά συνοδεύονται από "κέρδη" σε εμπειρίες και γνώσεις (ένας λόγος που εξηγείται γιατί η παραγωγικότητα στο χώρο εργασίας δε φαίνεται να μειώνεται με την ηλικία). Με αυτή την έννοια είναι δύσκολο να διαπιστωθεί κατά πόσο η λειτουργική έκπτωση των ηλικιωμένων είναι αποτέλεσμα των αλλαγών που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής ή συνέπεια ασθενειών στις οποίες μπορεί να εκτίθεται το άτομο.

#### **2.2.1.1. Κινητικές λειτουργίες**

Η μυϊκή μάζα, ενώ ως τα πρώτα χρόνια της ενηλικίωσης αυξάνεται, αργότερα με την αύξηση της ηλικίας τείνει να μειώνεται και αυτό μπορεί να σχετιστεί με τη μείωση της δύναμης, της αντοχής και τη δυσλειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος. Ένας τρόπος μέτρησης της μυϊκής λειτουργίας είναι η μέτρηση της δύναμης της λαβής χεριού (δύναμη χειρολαβής), η οποία είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας θνησιμότητας ανεξάρτητα από την επίδραση διαφόρων παθήσεων (Leong et al., 2015). Μελέτες δείχνουν πως οι γυναίκες τείνουν να έχουν ασθενέστερη δύναμη χειρολαβής από τους άνδρες και πως αυτή τείνει να μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και στα δύο φύλα. Σε χώρες που μελετήθηκαν φαίνεται πως ο ρυθμός μείωσης της δύναμης χειρολαβής είναι παρόμοιος με την Ινδία και το Μεξικό να εμφανίζουν τις χαμηλότερες τιμές σε όλες τις ηλικίες και στα δύο φύλα.



Αυτές οι διαφορές μπορεί να σχετίζονται με παράγοντες γενετικούς αλλά και συνθήκες διαβίωσης π.χ. διατροφή (World Health Organization, 2015).

Κατά τη γήρανση, επίσης, παρατηρούνται σημαντικές αλλαγές των οστών και των αρθρώσεων. Με την αύξηση της ηλικίας η οστική μάζα και η οστική πυκνότητα τείνουν να μειώνονται, ιδιαίτερα στις μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε οστεοπόρωση, κατάσταση κατά την οποία ο κίνδυνος κατάγματος αυξάνεται σημαντικά. Εξάλλου, μεγάλες είναι οι επιπτώσεις από πιθανή αναπηρία, μειωμένη ποιότητα ζωής και θνησιμότητα. Τα κατάγματα ισχίου είναι ένας ιδιαίτερος τύπος οστεοπορωτικού κατάγματος και με δεδομένη την πληθυσμιακή γήρανση θα γίνουν συνηθέστερα. Εκτιμάται πως το 2050 η ετήσια παγκόσμια επίπτωση θα είναι 4,5 εκατομμύρια. Η μέση συχνότητα ανά ηλικία των οστεοπορωτικών καταγμάτων διαφέρει γεωγραφικά και παρατηρείται αυξημένη στη Βόρεια Αμερική και στην Ευρώπη και μειωμένη στην Ασία, Μέση Ανατολή, Ωκεανία, Λατινική Αμερική και Αφρική (Cauley, Chalhoub, Kassem, & Fuleihan, 2014).

Η οστεοαρθρίτιδα είναι μια άλλη διαταραχή που συνδέεται στενά με την ηλικία. Ο αρθρικός χόνδρος υφίσταται σημαντική δομική, μοριακή, κυτταρική και μηχανική αλλαγή με την ηλικία αυξάνοντας την ευπάθεια του ιστού στην εκφύλιση. Καθώς ο χόνδρος διαβρώνεται και μειώνεται το αρθρικό υγρό η άρθρωση γίνεται πιο δύσκαμπτη και εύθραυστη (Apparao et al., 2017). Η λέπτυνση και ο εκφυλισμός του χόνδρου συνδέεται στενά με την ηλικία (Duarte et al., 2017). Η τακτική μέτρια σωματική άσκηση έχει αποδειχθεί πως βελτιώνει τις βιοχημικές και βιολογικές ιδιότητες του αρθρικού χόνδρου (Apparao et al., 2017).

Αυτές, και άλλες σχετικές με την ηλικία διαταραχές έχουν επίπτωση στη συνολική λειτουργία του μυοσκελετικού. Αυτό φαίνεται από τη μείωση της ταχύτητας βηματισμού, η οποία επηρεάζεται από τη μυϊκή ισχύ, τους περιορισμούς των αρθρώσεων, το συντονισμό των κινήσεων και την ιδιοδεκτικότητα και έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες μελλοντικών συμβαμάτων στους ηλικιωμένους (Artaud, Singh-Manoux, Dugravot, Tzourio & Elbaz, 2015). Η ταχύτητα βάδισης σε διαφορετικές ηλικίες στις 6 χώρες της μελέτης SAGE (Study on Global Ageing and Adult Health) φαίνεται πως επιβραδύνεται με την ηλικία (World Health Organization, 2015).

### **2.2.1.2. Αισθητηριακές λειτουργίες**

Η γήρανση συχνά σχετίζεται με έκπτωση τόσο της όρασης όσο και της ακοής, αν και υπάρχει αξιοσημείωτη ποικιλομορφία στον τρόπο με τον οποίο ο κάθε ηλικιωμένος βιώνει αυτήν την έκπτωση. Η απώλεια ακοής που σχετίζεται με την ηλικία (πρεσβυακουσία) είναι αμφοτερόπλευρη και αφορά κυρίως τις υψηλές συχνότητες. Είναι αποτέλεσμα γήρανσης του κοχλία, περιβαλλοντικής έκθεσης σε θορύβους, γενετικής προδιάθεσης και αυξημένης ευπάθειας (συνεπεία στρεσογόνων παραγόντων και τρόπου ζωής) (Yamasoba et al., 2013). Παγκοσμίως πάνω από 180 εκατομμύρια άτομα άνω των 65 ετών παρουσιάζουν απώλεια ακοής, η οποία δυσχεραίνει την κατανόηση των συνομιλιών (Olusanya, Neumann & Saunders, 2014).

Η ηλικία συνδέεται, επίσης, με πολύπλοκες λειτουργικές αλλαγές στον οφθαλμό που οδηγούν σε πρεσβυωπία (μειώνουν την ικανότητα εστίασης με θόλωση της κοντινής όρασης), η οποία συχνά γίνεται εμφανής στη μέση ηλικία (Fricke et al., 2018). Μια άλλη συχνή αλλαγή που συχνά συνοδεύει τη γήρανση είναι η αυξανόμενη αδιαφάνεια του κρυσταλλοειδούς φακού που οδηγεί στον καταρράκτη. Η ηλικία έναρξης, ο ρυθμός εξέλιξης και ο βαθμός μείωσης της όρασης ποικίλουν σημαντικά αντανακλώντας τη γενετική προδιάθεση αλλά και την έκθεση σε περιβαλλοντικούς ρύπους (Seematter-Bagnoud & Büla, 2018). Η γήρανση επίσης σχετίζεται με τη γεροντική εκφύλιση της ωχράς κηλίδας (βλάβη στην κεντρική περιοχή του αμφιβληστροειδούς) και οδηγεί γρήγορα σε σοβαρή έκπτωση της όρασης ακόμα και σε τύφλωση. Είναι πιο συχνή σε άτομα άνω των 70 ετών και μια από τις κύριες αιτίες τύφλωσης στις ανεπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες.

Αυτές οι αλλαγές μπορεί να έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην καθημερινή ζωή των ηλικιωμένων. Η απώλεια ακοής επηρεάζει την επικοινωνία και μπορεί να οδηγήσει στην κοινωνική απομόνωση, στην απώλεια της αυτονομίας, στο άγχος, στην κατάθλιψη και στη γνωστική έκπτωση (Parham, Lin, Coelho, Sataloff & Gates, 2013). Η σημαντική απώλεια ακοής σε έναν ηλικιωμένο μπορεί να εκληφθεί από τον κοινωνικό περίγυρο ως βραδύτητα στην κατανόηση και διανοητική ανεπάρκεια που συχνά ωθούν τον ηλικιωμένο στην απόσυρση (Keaton, McCann & Giles, 2017). Οι



οπτικές δυσλειτουργίες μπορούν να περιορίσουν την κινητικότητα και να επηρεάσουν τις διαπροσωπικές σχέσεις, να οδηγήσουν σε κατάθλιψη, να εμποδίσουν την πρόσβαση στην πληροφορία και την ενημέρωση και να αυξήσουν τον κίνδυνο πτώσεων ή άλλων ατυχημάτων (Althomali, 2017).

### **2.2.1.3. Γνωστικές λειτουργίες**

Οι γνωστικές λειτουργίες ποικίλουν σημαντικά μεταξύ των ανθρώπων και συνδέονται στενά με τα έτη εκπαίδευσης. Πολλές γνωστικές λειτουργίες αρχίζουν να μειώνονται σε σχετικά νεαρή ηλικία, με διαφορετικές λειτουργίες να μειώνονται με διαφορετικό ρυθμό. Η λειτουργικότητα γίνεται ολοένα και πιο ανομοιογενής, καθώς αυξάνεται η ηλικία (Park & Festini, 2017).

Οι ηλικιωμένοι συχνά αναφέρουν μερική έκπτωση της μνήμης και της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών. Ωστόσο, αν και η γήρανση σχετίζεται με μείωση της ικανότητας επιτέλεσης πολύπλοκων εργασιών, που απαιτούν διαχωρισμό ή εναλλαγή της προσοχής, δε φαίνεται να μειώνει την ικανότητα διατήρησης της συγκέντρωσης ή αποφυγής διάσπασης της προσοχής. Ομοίως, αν και η γήρανση σχετίζεται με μείωση της ικανότητας μάθησης και ανάληψης καθηκόντων που απαιτούν ειδικούς χειρισμούς, αναδιοργάνωση, ενσωμάτωση και χρησιμοποίηση διαφόρων στοιχείων μνήμης, υπάρχει μικρή σχέση με τη μνήμη που αφορά τεκμηριωμένες πληροφορίες, τη γνώση λέξεων και εννοιών, τη μνήμη που αφορά στο προσωπικό παρελθόν και τη διαδικαστική μνήμη (π.χ. ποδηλασία) (Lecouvey et al., 2017). Συνεπώς, δεν επιδεινώνονται όλες οι γνωστικές λειτουργίες με την ηλικία. Γλωσσικά χαρακτηριστικά, όπως η κατανόηση, η ανάγνωση και το λεξιλόγιο παραμένουν σταθερά σε όλη τη ζωή.

Η διαφοροποίηση στη μείωση των γνωστικών λειτουργιών με την ηλικία από άτομο σε άτομο επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τον τρόπο ζωής, την ύπαρξη χρόνιων παθήσεων και τη χρήση φαρμάκων. Φαίνεται πως υπάρχουν περιθώρια παρέμβασης από δομές δημόσιας υγείας κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου. Επίσης, υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν πως η φυσιολογική, σχετιζόμενη με την ηλικία έκπτωση της γνωστικής λειτουργίας μπορεί εν μέρει να αντισταθμιστεί από πρακτικές δεξιότητες και από

εμπειρίες που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της ζωής (World Health Organization, 2015). Επίσης βοηθάει η ψυχολογική ενθάρρυνση και η φυσική άσκηση (Carvalho, Rea, Parimon & Cusack, 2014). Σε γενικές γραμμές, οι "διακριτικές", λεπτές και ετερογενείς αλλαγές στη γνωστική λειτουργία των ηλικιωμένων είναι αρκετά διακριτές από τις αλλαγές που σχετίζονται με την άνοια.

#### **2.2.1.4. Σεξουαλικότητα**

Αν και τα δεδομένα σχετικά με τη σεξουαλική δραστηριότητα των ηλικιωμένων είναι περιορισμένα, ιδίως σε χώρες με χαμηλά εισοδήματα, δημογραφικές έρευνες δείχνουν πως ένα σημαντικό κομμάτι των ηλικιωμένων είναι σεξουαλικά ενεργό (Morton, 2017 · Lee, Nazroo, O'Connor, Blake & Pendleton, 2016). Η σεξουαλικότητα σε μεγάλη ηλικία επηρεάζεται από πολλές φυσιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται ως μέρος της διαδικασίας της γήρανσης και στα δύο φύλα, αλλά και από πολλούς ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Lochlainn, & Kenny, 2013). Εξάλλου, η μεγάλη ηλικία είναι περίοδος αυξημένου κινδύνου εμφάνισης ασθενειών που μπορεί να έχουν επιπτώσεις στη σεξουαλική λειτουργία. Αυτές οι επιπτώσεις μπορεί να είναι άμεσες (π.χ. στυτική δυσλειτουργία συνεπεία αγγειακής νόσου), έμμεσες (π.χ. μειωμένη λίμπιντο συνεπεία φαρμακευτικής αγωγής) ή να αποτελούν ψυχοκοινωνική συνέπεια της νόσου ή της θεραπείας της (π.χ. Μαστεκτομή). Στην πραγματικότητα, οι αλλαγές που οφείλονται σε παθήσεις στους ηλικιωμένους μπορεί να σχετίζονται περισσότερο με σεξουαλικά προβλήματα από ότι το γήρας καθεαυτό (Lee et., 2016).

Σύμφωνα με τις κυρίαρχες κοινωνικοπολιτικές συμπεριφορές, η έρευνα σχετικά με τη σεξουαλικότητα στις μεγαλύτερες ηλικίες, επικεντρώνεται συχνά σε ευπάθειες και σεξουαλικές δυσλειτουργίες παρά στις θετικές πτυχές της σεξουαλικότητας (Lusti-Narasimhan, & Beard, 2013). Μεταξύ των συχνότερων προβλημάτων οι γυναίκες αναφέρουν την έλλειψη ενδιαφέροντος, την έλλειψη ικανοποίησης και κάποιες φυσιολογικές δυσλειτουργίες που αφορούν τη γήρανση, ενώ οι άνδρες αναφέρουν διαταραχή της στυτικής λειτουργίας, έλλειψη ενδιαφέροντος, ανηδονία και άγχος για τη σεξουαλική πράξη. Παρά τα προβλήματα, με τη βοήθεια πολλών διαθέσιμων ιατρικών παρεμβάσεων η σεξουαλικότητα παραμένει σημαντική στους ηλικιωμένους

και λαμβάνει διάφορες μορφές. Αν και σύμφωνα με την έρευνα είναι περιορισμένη, φαίνεται πως η δραστήρια σεξουαλική ζωή είναι σημαντική για μια ικανοποιητική σχέση και για τα δύο φύλα (Lochlainn, & Kenny, 2013), αλλά η απλή σωματική επαφή (π.χ. εναγκαλισμός) μπορεί να είναι πιο σημαντική για τους ηλικιωμένους άνδρες παρά για τις γυναίκες.

Περίπλοκο ζήτημα αποτελούν οι ηλικιωμένοι που ζουν σε ιδρύματα σε σχέση με την ανάγκη τους να εκφράσουν τη σεξουαλικότητά τους, αλλά και να προστατευθούν οι ευάλωτοι τρόφιμοι. Ιδιαίτερο ηθικό ζήτημα εξάλλου προκύπτει από τη σεξουαλικότητα των ατόμων με άνοια (Wilkins, 2015).

### **2.2.1.5. Λειτουργία του ανοσοποιητικού**

Η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος, ιδιαίτερα η δραστηριότητα των Τ-λεμφοκυττάρων μειώνεται με την ηλικία (Castelo-Branco & Soveral, 2014 · Lang, Govind & Aspinall, 2013). Η ικανότητα αντίδρασης του οργανισμού σε νέες μολύνσεις και στον εμβολιασμό μειώνεται στη μεγάλη ηλικία, διαδικασία γνωστή ως μειωμένη ανοσολογική αντίδραση (ανοσοσκληρότητα) (Aspinall & Lang, 2018). Υπάρχουν, επίσης, ορισμένες ενδείξεις ότι το χρόνιο στρες μπορεί να μειώσει την ανοσολογική αντίδραση και την αποτελεσματικότητα των εμβολίων στους ηλικιωμένους. Επιπρόσθετα, παρατηρείται το φαινόμενο της αύξησης με το χρόνο φλεγμονωδών κυτοκινών στον ορό (inflamm-ageing), που έχει συνδεθεί με ένα ευρύ φάσμα καταστάσεων συμπεριλαμβανομένης της ευπάθειας, της αθηροσκλήρωσης και της σαρκοπενίας (Cevenini, Monti, & Franceschi, 2013 · Macaulay, Akbar, & Henson, 2013 · Salvioli et al., 2013 · Wong et al., 2013).

Η ανοσοποιητική λειτουργία έχει σαφώς σημαντικό ρόλο στη γήρανση και μπορεί να “χρησιμοποιηθεί” για μελλοντικές παρεμβάσεις. Από μελέτες σε πειραματόζωα φαίνεται πως η αποτελεσματική “εκκαθάριση” των γερασμένων κυττάρων, ένας άλλος ρόλος του ανοσοποιητικού συστήματος, θα μπορούσε να καθυστερήσει πολλές διαταραχές που σχετίζονται με τη γήρανση (Baker et al., 2016).

#### **2.2.1.6. Λειτουργίες του δέρματος**

Η γήρανση συνοδεύεται από προοδευτική έκπτωση της δομής και των λειτουργιών του δέρματος που προκύπτουν από βλάβες σε φυσιολογικούς μηχανισμούς, από γενετική προδιάθεση και έκθεση σε εξωτερικούς παράγοντες (π.χ. υπεριώδης ακτινοβολία) (Leslie, 2016 · Lorencini, Brohem, Dieamant, Zanchin & Maibach, 2014). Οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία, σε κυτταρικό επίπεδο, μπορεί να έχουν πλήθος επιδράσεων συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της ικανότητας του δέρματος να λειτουργεί ως φραγμός. Επιπλέον, η απώλεια ινών κολλαγόνου και ελαστίνης από το χόριο μπορεί να μειώσει την αντοχή στην τάση δέρματος και η προοδευτική αγγειακή ατροφία μπορεί να οδηγήσει σε μεγαλύτερη ευαισθησία σε δερματίτιδες και έλκη εκ πίεσεως. Συνδυαζόμενες αυτές οι αλλαγές καταλήγουν στην αυξημένη ευαισθησία των ηλικιωμένων σε δερματολογικές διαταραχές (Chinniah & Gupta, 2014). Επιπλέον οι σωρευτικές επιπτώσεις της περιβαλλοντικής έκθεσης, κυρίως στην ηλιακή ακτινοβολία, συμβάλλει σε μια σημαντική αύξηση του κινδύνου εμφάνισης νεοπλασμάτων του δέρματος.

Οι δυνητικές επιπτώσεις αυτών των αλλαγών δεν είναι μόνο σωματικές. Πολλές παθήσεις του δέρματος μπορεί να επηρεάσουν τη συναισθηματική υγεία των ηλικιωμένων, να αλλάξουν τον τρόπο που τους αντιμετωπίζει ο περίγυρός τους και να προκαλέσουν απόσυρση από τους εργασιακούς χώρους και τις κοινωνικές δραστηριότητες.

#### **2.2.2. Συνήθειες γηριατρικές καταστάσεις**

Με την πάροδο των ετών, αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης διαφόρων ασθενειών. Ωστόσο, θα ήταν λάθος να θεωρήσουμε πως η παρουσία μιας νόσου σ' έναν ηλικιωμένο σημαίνει πως δεν είναι πια υγιής (McCarthy & Bockweg, 2013). Πολλοί ηλικιωμένοι παρουσιάζουν καλή λειτουργικότητα και υψηλά επίπεδα ευημερίας παρά την ύπαρξη μιας ή περισσότερων παθήσεων.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, σε χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων, η επιβάρυνση είναι μεγαλύτερη σε αισθητηριακές δυσλειτουργίες, ραχιαλγία, ΧΑΠ (Χρόνια Αναπνευστική Πνευμονοπάθεια), κατάθλιψη και οστεοαρθρίτιδα. Σε χώρες υψηλών

εισοδημάτων μεγαλύτερη επιβάρυνση σχετίζεται με πτώσεις, ΣΔ (Σακχαρώδης Διαβήτης), άνοια και οστεοαρθρίτιδα. Η υψηλότερη επιβάρυνση από την άνοια πιθανόν να αντανακλά στο μεγαλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, τη μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση και πιο έγκαιρη διάγνωση αυτής της κατάστασης στις ανεπτυγμένες χώρες (OECD, 2017).

Η μεγαλύτερη επιβάρυνση λόγω αισθητηριακών διαταραχών (μείωση ακοής, όρασης) και ΧΑΠ σε χώρες πιο φτωχές πιθανόν να σχετίζεται με μεγαλύτερη έκθεση στο θόρυβο και τον ήλιο σε όλη την προηγούμενη ζωή ή συνέπεια μεγαλύτερης έκθεσης σε ατμοσφαιρικούς ρύπους (World Health Organization, 2015).

Από την ίδια έρευνα του ΟΟΣΑ φαίνεται πως στις πρώτες αιτίες θνησιμότητας των ηλικιωμένων σε ολόκληρο τον κόσμο ανήκουν η ισχαιμική καρδιοπάθεια, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και η ΧΑΠ. Ανεξάρτητα από το πόσο ζουν οι άνθρωποι, οι μη μεταδοτικές νόσοι προκαλούν το συντριπτικό βάρος στους ηλικιωμένους και στα υγειονομικά συστήματα (World Health Organization, 2015).

#### **2.2.2.1. Κατάθλιψη κι άγχος**

Οι συναισθηματικές διαταραχές τείνουν να ανιχνεύονται σ' ένα ευάλωτο ποσοστό του πληθυσμού καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι διαταραχές αυτές δεν είναι σπάνιες στους ηλικιωμένους λόγω αύξησης των δυσάρεστων συμβάντων της ζωής. Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι λιγότερη συχνή στους ηλικιωμένους, η οποία όμως εμφανίζεται στο 2-3% (άλλες μελέτες ανεβάζουν το ποσοστό στο 13% (Van Damme, Declercq, Lemey, Tandt & Petrovic, 2018) αυτών που διαβιών στην κοινότητα. Ωστόσο, σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας ηλικιωμένων το ποσοστό της κατάθλιψης φτάνει το 10% (Aasmul, Husebo & Flo, 2018). Επιπλέον σε σύγκριση με νεαρότερους ενήλικες, οι ηλικιωμένοι συχνά υποφέρουν από σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία, χωρίς όμως να πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της κατάθλιψης. Αυτές οι περιπτώσεις ανήκουν στη λεγόμενη "υπό τον ουδό" ή υπο-ουδική κατάθλιψη (subthreshold depression) και επηρεάζει σχεδόν έναν στους δέκα ηλικιωμένους (Zimmerman, Dalrymple, Chelminsk & Young, 2013). Η υπο-ουδική κατάθλιψη έχει επίσης αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων,

στη λειτουργικότητα και είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για εμφάνιση μείζονος κατάθλιψης.

Η εκτιμώμενη επικράτηση της αγχώδους διαταραχής στους ηλικιωμένους κυμαίνεται από 1,2 έως 15%, δηλαδή ελαφρώς χαμηλότερη από την αντίστοιχη σε νεαρότερες ηλικίες, αλλά εξακολουθεί να αποτελεί σημαντική αιτία νοσηρότητας (Andreescu & Varon, 2015).

Ο επιπολασμός της αγχώδους διαταραχής σε κέντρα μακροχρόνιας φροντίδας (Long-Term Care Facilities, LTCF) εκτιμάται πως είναι περίπου 5,7% (Aasmul et al., 2018). Συχνά οι αγχώδεις διαταραχές συνυπάρχουν με την κατάθλιψη. Περίπου το 13% των ηλικιωμένων με αγχώδη διαταραχή έχει και κατάθλιψη, ενώ το 36% των ηλικιωμένων με κατάθλιψη παρουσιάζουν και αγχώδη διαταραχή (Balsamo, Cataldi, Carlucci & Fairfield, 2018). Αν και οι συναισθηματικές διαταραχές κυριαρχούν στους ηλικιωμένους η θεραπεία είναι συχνά αποτελεσματική, συμπεριλαμβανομένης της γνωσιακής συμπεριφορικής θεραπείας (Olthuis, Watt, Bailey, Hayden, & Stewart, 2016) και της χρήσης εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (Avasthi, & Grover, 2018).

#### **2.2.2.2. Άνοια**

Το 2015 ο πληθυσμός ασθενών με άνοια ήταν παγκοσμίως 47 εκατομμύρια ασθενείς (το 6,7% των ατόμων άνω των 65 ετών) (Lenox-Smith, Reed, Lebrech, Belger & Jones, 2018). Μέχρι το 2030 υπολογίζεται πως περισσότερα από 75 εκατομμύρια άτομα θα πάσχουν από άνοια, αριθμός που αναμένεται να τριπλασιαστεί έως το 2050 (World Health Organization, 2015).

Αντίθετα με τη γενική πεποίθηση η άνοια δεν είναι φυσική και αναπόφευκτη συνέπεια της γήρανσης. Αποτελεί μια κατάσταση που επηρεάζει τις γνωστικές εγκεφαλικές λειτουργίες της μνήμης, της γλωσσικής επικοινωνίας, της αντίληψης και της σκέψης και παρεμβαίνει σημαντικά στην ικανότητα των ασθενών να ανταπεξέλθουν στην καθημερινότητά τους. Οι πιο συνηθισμένοι τύποι άνοιας είναι η νόσος Alzheimer (το 60-80% όλων των μορφών άνοιας στην Ευρώπη) και η αγγειακή άνοια. Από έρευνες φαίνεται πως ο κίνδυνος εμφάνισης κάποιων μορφών άνοιας

μπορεί να περιοριστεί, εάν μειωθούν οι παράγοντες κινδύνου των καρδιαγγειακών παθήσεων (Hasnain & Vieweg, 2014).

Οι προσωπικές, οικογενειακές, κοινωνικές και οικονομικές συνέπειες της άνοιας είναι τεράστιες (Lenox-Smith et al., 2018). Το κόστος της φροντίδας των ατόμων με άνοια ήταν παγκοσμίως το 2010 περίπου 604 δισεκατομμύρια δολάρια Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής, δηλαδή, το 1% του ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος των Η.Π.Α.. Το 2030 εκτιμάται πως θα ανέλθει σε 1,2 τρισεκατομμύρια δολάρια ή και περισσότερο, γεγονός που θα μπορούσε να υπονομεύσει την κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη διεθνώς (World Health Organization, 2015).

Σχεδόν το 60% των ατόμων με άνοια ζει σε χώρες με χαμηλό και μεσαίο εισόδημα, ποσοστό που γρήγορα (στην επόμενη δεκαετία) αναμένεται να αυξηθεί συμβάλλοντας στην αύξηση των ανισοτήτων μεταξύ των χωρών και των πληθυσμών. Συνεπώς απαιτείται συνεχής διεθνής προσπάθεια για την προώθηση δράσεων για την άνοια για την αντιμετώπιση των προκλήσεων που αυτή θέτει.

Το Μάρτιο του 2015 πραγματοποιήθηκε στη Γενεύη η πρώτη Υπουργική Διάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ) για την Παγκόσμια Δράση Κατά της Άνοιας. Εκεί διατυπώθηκαν γενικές αρχές και προσεγγίσεις για την καθοδήγηση των παγκόσμιων προσπαθειών. Αυτές δίνουν έμφαση στην πρόληψη, στη μείωση των κινδύνων, στη φροντίδα, τη θεραπεία, αλλά και τη στήριξη των φροντιστών. Επίσης, προβλέφθηκε η ενσωμάτωση της πρόληψης, περίθαλψης και αποκατάστασης διαταραχών που σχετίζονται με την άνοια σε πολιτικές για τη γήρανση. Απαιτείται η προώθηση της καλύτερης κατανόησης της άνοιας, της ευαισθητοποίησης του πληθυσμού, της κοινωνικής ένταξης των ασθενών με άνοια και των οικογενειών τους. Εξάλλου, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην έρευνα για να επιταχυνθούν βελτιωμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις της νόσου. Ο ΠΟΥ σχεδιάζει τη δημιουργία ενός παγκόσμιου παρατηρητηρίου άνοιας για την καλύτερη κατανόηση, παρακολούθηση της άνοιας, της επιδημιολογίας της, των ερευνητικών προσπαθειών και της διάθεσης πόρων (World Health Organization, 2015).

### **2.2.2.3. Πολυνοσηρότητα**

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν είναι πιο πιθανό να βιώσουν την πολυνοσηρότητα δηλαδή τη συνύπαρξη δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων ταυτόχρονα (Northwood, Ploeg, Markle-Reid & Sherifali, 2018). Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αλληλεπίδραση της μιας νόσου με την άλλη, αλλά και στην αλληλεπίδραση των θεραπειών. Έτσι, η πολυνοσηρότητα επιδρά δυσμενώς στη λειτουργικότητα (Ryan, Wallace, O'Hara & Smith, 2015), στην ποιότητα ζωής και στον κίνδυνο θνησιμότητας, που φαίνεται να είναι αυξημένος σε σχέση με το άθροισμα του κινδύνου από κάθε νόσο ξεχωριστά (Van Merode, Van De Ven & Van Den Akker, 2018). Όπως είναι προφανές, η πολυνοσηρότητα συνδέεται άμεσα με υψηλότερες ανάγκες υγειονομικής περίθαλψης και υψηλότερο κόστος (Briggs, Valentijn, Thiagarajan & de Carvalho, 2018).

Αν και η πολυνοσηρότητα αναφέρεται στην παρουσία δύο ή περισσότερων χρόνιων παθήσεων, δεν υπάρχει συναίνεση σχετικά με τον όρο με αποτέλεσμα την προβληματική σύγκριση του επιπολασμού της σε διάφορες χώρες ή τη σύγκριση μεταξύ μελετών. Από μελέτες φαίνεται πως σε χώρες υψηλού εισοδήματος περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους εμφανίζουν πολυνοσηρότητα και το ποσοστό αυξάνεται απότομα σε πολύ μεγάλη ηλικία. Πρόσθετες μελέτες στην Κίνα και την Ισπανία έδειξαν περισσότερους από τους μισούς Καινέζους άνω των 70 ετών με πολυνοσηρότητα και τους μισούς έως τα δύο τρίτα των Ισπανών άνω των 65 ετών επίσης (Wang et al., 2014 · Garin et al., 2014).

Η πολυνοσηρότητα στους ηλικιωμένους φαίνεται πως σχετίζεται με το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό, αλλά και εκπαιδευτικό επίπεδο. Επομένως, η διασφάλιση πως τα υγειονομικά συστήματα σχεδιάζονται έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν με ισότιμο τρόπο στις ανάγκες της πολυνοσηρότητας των ηλικιωμένων είναι πολύ σημαντική. Κάποιες μελέτες δείχνουν πως η επίπτωση της πολυνοσηρότητας στις ηλικιωμένες γυναίκες είναι μεγαλύτερη από αυτή των ανδρών, σε άλλες πάλι τα ποσοστά είναι πολύ κοντά. Αυτό πιθανόν υποδηλώνει ότι τυχόν διαφορά στον επιπολασμό αντικατοπτρίζει διαφορά στην επιβίωση παρά στην ίδια την κατάσταση πολυνοσηρότητας (St Sauver et al., 2015).

Ως εναλλακτικοί παράγοντες για πολυνοσηρότητα αναφέρονται ο μεγάλος αριθμός προηγούμενων παθήσεων, η φυλή, η εθνικότητα και η ηλικία με σημαντικό ποσοστό της να αρχίζει πριν την ηλικία των 65 ετών (Briggs et al., 2018 · St Sauver et al., 2015).

Η πολυνοσηρότητα έχει σημαντικές επιπτώσεις στη μεγαλύτερη ηλικία. Καθώς ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων αυξάνεται, αυξάνει και ο κίνδυνος έκπτωσης της παραγωγικής ικανότητας (Garin et al., 2014). Ωστόσο οι επιπτώσεις της πολυνοσηρότητας στη λειτουργικότητα δεν καθορίζεται μόνο από τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων και των συνθηκών που επικρατούν, αλλά και από το είδος των παθήσεων και το πώς αυτές αλληλεπιδρούν. Φαίνεται πως η πολυνοσηρότητα δεν εμφανίζεται τυχαία αλλά συνήθως συνυπάρχουν κάποιες βασικές προϋποθέσεις (Sinnige et al., 2013). Αυτό μπορεί να σχετίζεται εν μέρει με τις ανοσολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη γήρανση (Storey, Gray & Bryant, 2017). Η συνύπαρξη ορισμένων ασθενειών έχει ιδιαίτερες επιπτώσεις στη λειτουργικότητα π.χ. η κατάθλιψη δείχνει να επιφέρει συνεργικές επιπτώσεις σε συνδυασμό με καρδιακή ανεπάρκεια, οστεοαρθρίτιδα και γνωστική έκπτωση.

### **2.2.3. Γηριατρικά σύνδρομα**

Η μεγάλη ηλικία χαρακτηρίζεται επίσης από την εμφάνιση πολλών σύνθετων καταστάσεων που αφορούν στην υγεία, τείνουν να εμφανίζονται μόνο σε μεγάλη ηλικία και δεν εμπίπτουν σε κάποια διακριτή νόσο. Αυτές είναι τα λεγόμενα γηριατρικά σύνδρομα (Wong et al., 2018).

Συχνά είναι συνέπεια πολλών υποκείμενων παραγόντων και πολλαπλών οργανικών συστημάτων και τα συμπτώματα μπορεί να μην αντιπροσωπεύουν την υποκείμενη νόσο (π.χ. το παραλήρημα μπορεί να συνοδεύει εντελώς διαφορετικές καταστάσεις, όπως μια λοίμωξη ή μια ηλεκτρολυτική διαταραχή ή μια πτώση μπορεί να είναι συνέπεια αλληλεπίδρασης φαρμάκων, περιβαλλοντικών παραγόντων ή μυϊκής αδυναμίας) (Godaert et al., 2018).

Οι προϋποθέσεις για να χαρακτηριστεί μια κατάσταση γηριατρικό σύνδρομο συζητούνται. Θα μπορούσαν να περιλαμβάνονται η ευπάθεια, η ακράτεια, οι πτώσεις, το παραλήρημα, τα έλκη εκ κατακλίσεως (Fernández-Garrido, Ruiz-Ros, Buigues,

Navarro-Martinez, & Cauli, 2014). Φαίνεται πως θα μπορούσαν να αποτελούν καλύτερους δείκτες επιβίωσης από την παρουσία συγκεκριμένων παθήσεων (Huang et al., 2017). Παρόλα αυτά συχνά παραβλέπονται κατά τη διενέργεια επιδημιολογικών μελετών.

### **2.2.3.1. Ευπάθεια**

Ο ορισμός της ευπάθειας (Frailty) παραμένει αμφισβητήσιμος, αλλά μπορεί να θεωρηθεί η προοδευτική, σχετιζόμενη με την ηλικία έκπτωση φυσιολογικών δομών και λειτουργιών με αποτέλεσμα μειωμένα αποθέματα εγγενούς ικανότητας τα οποία προσδίδουν εξαιρετική ευαισθησία σε στρεσογόνους παράγοντες και αυξάνουν τον κίνδυνο μιας σειράς αρνητικών για την υγεία αποτελεσμάτων (Cesari et al., 2016). Η ευπάθεια, η εξάρτηση και η πολυνοσηρότητα είναι ξεχωριστές οντότητες, αλλά και στενά συνδεδεμένες (Sathyan et al., 2018).

Η επίπτωση της ευπάθειας στο ευρωπαϊκό πληθυσμό άνω των 65 ετών κυμαίνεται στο 17% (Kelly, O'Brien, O'Sullivan & Warters, 2017) με πολλές μελέτες να δείχνουν διαφορετικά ποσοστά, ενώ αυξάνεται με την ηλικία. Η ευπάθεια είναι πιο συχνή σε χώρες χαμηλών και μεσαίων εισοδημάτων (Llibre et al., 2014), στο γυναικείο φύλο και σε άτομα χαμηλότερου κοινωνικοοικονομικού επιπέδου (Yang & Chen, 2018).

Η πορεία της ευπάθειας διαφέρει από άτομο σε άτομο, αν και φαίνεται να είναι δυνητικά αναστρέψιμη ένα μικρό μόνο ποσοστό ευπαθών ατόμων επιστρέφουν στην ευρωστία (Borrat-Besson, Ryser & Wernli, 2013). Μια βασική κλινική προσέγγιση αυτών των ατόμων είναι η ολοκληρωμένη γηριατρική αξιολόγηση. Αυτή σε συνδυασμό με τις εξατομικευμένες παρεμβάσεις που προκύπτουν αποτρέπουν πολλά αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία, όπως η βράχυνση του χρόνου ζωής και η εξάρτηση από εξωγενή φροντίδα (Apostolo et al., 2018). Η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας (Cesari et al., 2014 · Pahor et al., 2014) και η βελτίωση της διατροφής (Kelaiditi, van Kan & Cesari, 2014 · Dorner et al., 2013) αποτελούν κάποιες από τις παρεμβάσεις που μπορούν να βοηθήσουν.

### **2.2.3.2. Ακράτεια ούρων**

Η ακράτεια ούρων (ακούσια απώλεια ούρων) είναι ένα συχνό και μάλλον παραμελημένο πρόβλημα της μεγαλύτερης ηλικίας και συχνά χρήζει φροντίδας (Tkacheva et al., 2018). Ο επιπολασμός της κυμαίνεται στο 13,9% για τους άνδρες και στο 51,1% για τις γυναίκες (Almousa, van Loon, 2018). Η επίπτωση της ακράτειας ούρων αυξάνεται με την ηλικία και είναι μεγαλύτερη στις γυναίκες σε όλες τις ηλικιακές ομάδες (Milsom et al., 2014). Οι επιπτώσεις της είναι μεγάλες στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους. Η ακράτεια ούρων έχει σχετιστεί με κατάθλιψη, εξάρτηση από το φροντιστή και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Jaul, & Barron, 2017).

### **2.2.3.3. Πτώσεις**

Οι πτώσεις αποτελούν σημαντικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους. Πολλές ανασκοπήσεις και μετα-ανασκοπήσεις έχουν εκτιμήσει πως το 30% των ατόμων άνω των 65 ετών (Ungar et al., 2013) και το 50% των άνω των 85 που ζουν στην κοινότητα θα πέσουν τουλάχιστον μία φορά το χρόνο. Από τις πτώσεις, στο 4-14% σημειώνονται σημαντικές βλάβες, ενώ το 23-40% των θανάτων ηλικιωμένων που σχετίζονται με τραύμα οφείλονται σε πτώση (Karlsson, Magnusson, von Schewelow & Rosengren, 2013). Αποτελούν τον κύριο παράγοντα κινδύνου για κατάγματα, ακόμη πιο σημαντικό από την οστεοπενία ή την οστεοπόρωση. Τα 80% των καταγμάτων χαμηλής βίας (κοπώσεως) συμβαίνουν σε άτομα που δεν έχουν οστεοπόρωση και το 95% των καταγμάτων ισχίου οφείλονται σε πτώσεις (Sanders et al., 2017).

Πολλοί είναι οι παράγοντες κινδύνου για πτώσεις. Κάποιοι μπορούν να προβλεφθούν, κάποιοι να αρθούν ή να τροποποιηθούν. Ατομικοί παράγοντες κινδύνου είναι η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και το χαμηλό εισόδημα. Επίσης, κάποια χαρακτηριστικά της υγείας του ατόμου, όπως υπόταση, χρόνιες παθήσεις, φάρμακα και ουσίες, έλλειψη σωματικής άσκησης, ανεπαρκής ύπνος και παχυσαρκία μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου για πτώσεις. Εξάλλου, η έκπτωση των σωματικών, ψυχικών και νοητικών λειτουργιών, τα προβλήματα όρασης και ισορροπίας συμβάλλουν στην αυξημένη επίπτωση των πτώσεων στους ηλικιωμένους. Επίσης, περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως κακές



*Φωτεινή Στασινοπούλου, Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα*

προδιαγραφές της οικίας και του περιβάλλοντος χώρου, ακατάλληλη χρήση βοηθημάτων ή υποδημάτων μπορούν να υπονομεύσουν την προσπάθεια του ηλικιωμένου να κινηθεί με ασφάλεια και να οδηγήσουν σε πτώσεις (Muraki et al., 2013 · Reed-Jones et al., 2013).



### 3. Ποιότητα ζωής

#### 3.1. Ορισμοί και διαστάσεις

Είναι πολύ δύσκολο να δοθεί ένας σαφής και ολοκληρωμένος ορισμός της έννοιας. Αυτή η δυσκολία έγκειται κυρίως στο γεγονός πως η έρευνα για την ποιότητα ζωής διεξάγεται σ' ένα ευρύ φάσμα αντικειμένων· είναι μια έννοια που υπερβαίνει σχεδόν όλους τους τομείς της γνώσης και της ζωής. Η χρήση του όρου εκτείνεται από την καθημερινή ζωή έως την έρευνα σε πολλούς κλάδους από την ψυχολογία και την ιατρική έως την οικονομία (Barcaccia et al., 2013).

Εναλλακτικά, θα μπορούσε να ισχυριστεί κανείς πως η ποιότητα ζωής είναι μια ασαφής έννοια και θεωρητικά ενσωματώνει όλες τις πτυχές της ζωής ενός ατόμου (Lenardt et al., 2016). Η φράση "ποιότητα ζωής" μπορεί να αναφέρεται σε μια σειρά διαφορετικών ερμηνειών και να αφορά τόσο την καλή σωματική υγεία, την ικανοποίηση από τη ζωή όσο και την ευτυχία (Uy et al., 2018). Η ποιότητα ζωής μπορεί να θεωρηθεί πως αναφέρεται στο βαθμό ικανοποίησης διαφόρων αναγκών όπως πνευματικών, σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών κ.α.

Όπως αναφέρουν οι Mancini & Barcaccia (2014), κατά το Ziller, και μέσω μιας υποκειμενικής άποψης, η ποιότητα ζωής είναι ο τρόπος που κάποιος αξιολογεί τη ζωής του. Παρά τις διαφορετικές εκτιμήσεις θετικών και αρνητικών γεγονότων είναι η προσωπική αντίληψη και εμπειρία αυτών των συμβάντων στη ζωή κάθε ανθρώπου, που διαμορφώνει και εξηγεί την ποιότητα ζωής του. Σ' αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί πως στην ψυχολογία αυτή η θεώρηση ερμηνεύεται με τη γνωσιακή προσέγγιση. Σύμφωνα με αυτή, η ποιότητα ζωής ή αλλιώς η ευημερία ενός ατόμου σχετίζεται άμεσα με την αυτοαντίληψη του ατόμου για τα συμβαίνοντα στο εσωτερικό και εξωτερικό του περιβάλλον (Mancini & Barcaccia, 2014).

Ο ορισμός και κυρίως οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής θα μπορούσε να θεωρηθεί και ηθικό ζήτημα. Στις περιπτώσεις που απαιτείται να ληφθούν αποφάσεις σε σχέση με σοβαρά πάσχοντες ή αναπήρους, η βαθειά γνώση του τι αντιλαμβάνεται κανείς ως καλή ή κακή ποιότητα ζωής είναι επιβεβλημένη. Η ιατρική επιστήμη διαρκώς εξελίσσεται με αποτέλεσμα ένας σημαντικός αριθμός ασθενών να ζουν περισσότερα χρόνια με σοβαρές παθήσεις και αναπηρίες. Με αυτή την έννοια είναι ανάγκη να επαναπροσδιοριστεί ο τρόπος με τον οποίο αξιολογούνται οι επιπτώσεις της νόσου, αλλά και της θεραπευτικής αγωγής και της εν γένει παροχής φροντίδας. Συχνά τίθενται ερωτήματα σε σχέση με την αξία διατήρησης στη ζωή ενός ατόμου που υπέστη εγκεφαλικό θάνατο ή τη χειρουργική θεραπεία ενός ηλικιωμένου με προχωρημένο καρκίνο ή τη μεταμόσχευση σε ηλικιωμένο ασθενή με πολύ μικρό προσδόκιμο επιβίωσης κ.α. Είναι παραδείγματα περιπτώσεων στις οποίες μόνο οι κλινικοί ή επιδημιολογικοί δείκτες δεν αρκούν για να δώσουν απάντηση (Tang, Bansal, Novak & Mucsi, 2017). Η ποιότητα ζωής αποτελεί κρίσιμη έννοια στις περιπτώσεις που ο ιατρός καλείται να παρέμβει με τη διακοπή ή μη της ιατρικής υποστήριξης του ασθενούς, δηλαδή, να παρατείνει ή να διακόψει τη ζωή.

Αξιόπιστα εργαλεία αξιολόγησης της ΠΖΣΥ είναι ιδιαίτερος χρήσιμα σε εκείνες τις περιπτώσεις που ο τρόπος διαχείρισης του χρόνιου ασθενούς στοχεύει στη διακοπή, αν όχι, στην αντιστροφή της έκπτωσης της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής (Theofilou, 2014).

Η έννοια της ΠΖΣΥ είναι ιδιαίτερα σημαντική για τους ερευνητές αλλά και τους κλινικούς ιατρούς όσον αφορά στην κατανόηση της άποψης, της προσδοκίας, της θεώρησης του ασθενούς για τη νόσο ή την αναπηρία του αλλά και τη θεραπεία που εφαρμόζεται ή συνιστάται.

Επίσης, είναι σημαντική διότι συμβάλλει στη διερεύνηση και κατανόηση της διαδικασίας προσαρμογής που αναπτύσσει ο ασθενής με τη νόσο, της ανταπόκρισης στη θεραπεία αλλά και της έγκαιρης διαπίστωσης της λάθους θεραπείας και της ανάγκης τροποποίησής της. Εξάλλου, η ΠΖΣΥ εξυπηρετεί την αξιόπιστη και σε βάθος αντιπαραβολή διαφόρων παρεμβάσεων και των σχετικών αποτελεσμάτων (Lin, Lin & Fan, 2013).

### **3.2. Ποιότητα ζωής και ΠΖΣΥ**

Παρότι συχνά η ποιότητα ζωής και η ΠΖΣΥ χρησιμοποιούνται με την ίδια έννοια, οι δύο όροι είναι διαφορετικοί. Ενώ η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια που εκτείνεται σε όλες τις διαστάσεις της ανθρώπινης ζωής, η ΠΖΣΥ θα μπορούσαμε να πούμε πως αποτελεί υποσύνολο της ποιότητας ζωής, η οποία εστιάζει στα αποτελέσματα της νόσου και της θεραπείας στην ποιότητα ζωής. Η ΠΖΣΥ σχετίζεται με τις πτυχές της ζωής που εμπλέκονται με την υγεία ή τη νόσο και συμβάλλει στην αντίληψη της διάκρισης τομέων της ζωής που έχουν σχέση με την υγεία από εκείνους που δε σχετίζονται άμεσα με αυτή (π.χ. εκπαίδευση, κοινωνικό περιβάλλον κ.α.) (Theofilou, 2015).

Η ποιότητα ζωής μπορεί να γίνει αντιληπτή από την απόσταση ανάμεσα στην ιδανική και στην πραγματική ζωή ενός ατόμου. Η ποιότητα ζωής αναφέρεται, για μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, στο πόσο απέχουν οι προσδοκίες και οι ελπίδες του ατόμου από τις παρούσες εμπειρίες (Lee, Yu, Chung, Kwon, & Lee, 2017).

Μια διαφορετική θεώρηση της ποιότητας ζωής αποτελεί η αναφορά στον θετικό ή αρνητικό τρόπο που αντιλαμβάνεται κανείς τη ζωή του ή αλλιώς στη μέτρηση της ευημερίας. Αυτή επηρεάζεται από το οικιστικό περιβάλλον (οικία, περιβάλλοντες χώροι, εγκαταστάσεις, υποδομές), από το κοινωνικό περιβάλλον (οικογένεια, φίλοι, συνεργάτες, ψυχαγωγία, επικοινωνία, αλλά και υγεία και εκπαίδευση) και από το οικονομικό περιβάλλον (εισόδημα, δαπάνες, εργασία, ανεργία) (Malkina-Pykh, & Pykh, 2016).

Ο Calman (1984) στο άρθρο του "Ποιότητα ζωής στους καρκινοπαθείς - μια υπόθεση" ανέφερε πως η ποιότητα ζωής εξαρτάται από τον παρόντα τρόπο ζωής, τις προηγούμενες εμπειρίες, τις ελπίδες για το μέλλον, τα όνειρα και τις φιλοδοξίες. Η ποιότητα ζωής πρέπει να περιλαμβάνει όλους τους τομείς της ζωής και των εμπειριών και να λαμβάνει υπόψη τον αντίκτυπο της νόσου και της θεραπείας. Μπορεί να ειπωθεί πως ένα άτομο έχει καλή ποιότητα ζωής όταν οι ελπίδες του ταιριάζουν ή εκπληρώνονται από τις εμπειρίες του. Το αντίθετο ισχύει για την κακή ποιότητα ζωής, όταν οι ελπίδες δεν εκπληρώνονται από τις εμπειρίες (Theofilou, 2014).

Ενώ η έννοια της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της ζωής από την απασχόληση έως τη θρησκεία δεν μπορεί να συμπεριλάβει όλες τις ανθρώπινες ανησυχίες που αφορούν στον τομέα της υγείας (Lin, Lin & Fan, 2013). Γι' αυτό το λόγω επινοήθηκε η έννοια της ΠΖΣΥ, η οποία διέπεται με τη σειρά της από μια «αοριστία», όπως συμβαίνει και με την ποιότητα ζωής (Uy et al., 2018).

Η ΠΖΣΥ δεν ταυτίζεται με την κατάσταση υγείας του ατόμου, αν και συνήθως επηρεάζεται από αυτήν. Η κατάσταση της υγείας αναφέρεται σε σωματικά, πνευματικά ή ψυχολογικά συμπτώματα, στην αναπηρία ή στην κοινωνική δυσλειτουργία που αυτή δημιουργεί και καταγράφεται με τρόπο περιγραφικό, χωρίς να παρεμβαίνουν κριτικές για την επίδρασή της στην ευημερία και τις προσδοκίες του ατόμου (Hendred & Foster, 2016).

Ως κατακλείδα, η ΠΖΣΥ είναι η υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς για τις επιπτώσεις της νόσου και της θεραπείας της στην καθημερινή ζωή του και τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητά του.

### **3.3. ΠΖΣΥ - Ορισμοί**

Η σωματική υγεία είναι μόνο μια πτυχή που επηρεάζει την ΠΖΣΥ. Υπάρχουν άτομα με σωματικά προβλήματα και κακή φυσική υγεία, που αξιολογούν την ΠΖΣΥ ως ικανοποιητική ή και καλή. Όλοι οι επαγγελματίες υγείας αναγνωρίζουν πως τα αποτελέσματα των διαγνωστικών μέσων (κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις) δεν μπορούν σε καμιά περίπτωση να υποδηλώσουν τη λειτουργικότητα του ασθενούς ή την ικανοποίησή του από την υγεία ή τη ζωή του (Carlson, 2013).

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφία εντοπίζονται διάφοροι παρεμφερείς ορισμοί της ΠΖΣΥ που στηρίζονται στο πολυδιάστατο της έννοιας. Ανάμεσα σε άλλα η ΠΖΣΥ περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές πτυχές της ζωής, επηρεάζεται από την κατάσταση υγείας, τη νόσο ή τη θεραπεία, μπορεί να μετρηθεί (Itani et al., 2018· Gafari, Khoshknab, Nourozi, & Mohamadi, 2017), είναι δυναμική (μπορεί ν' αλλάζει με την πάροδο του χρόνου και ανάλογα με τις

προτεραιότητες, τους στόχους ή τις προσδοκίες του ατόμου) και υποκειμενική (Barcaccia et al., 2013).

Τις τελευταίες δεκαετίες παρατηρήθηκε μια τάση προώθησης βιοματικών δεικτών, που επικεντρώνονται στη σημασία της υποκειμενικής ευημερίας που βιώνει το άτομο. Οι αντικειμενικές μεταβλητές συχνά συνεισφέρουν ελάχιστα στην αξιολόγηση της ευτυχίας, της ικανοποίησης από τη ζωή και της ευημερίας. Αντίθετα, υποκειμενικοί δείκτες (ανεξαρτησίας, αυτοελέγχου, αυτονομίας κ.α.) είναι πολύ σημαντικοί για τον καθορισμό της ευημερίας του ατόμου. Αυτό φαίνεται από το διαφορετικό επίπεδο ποιότητας ζωής που εμφανίζουν άτομα με την ίδια νόσο, ασχέτως πόσο σοβαρή είναι, αλλά και τα μέλη των οικογενειών τους και οι φροντιστές τους, που σε κάποιες περιπτώσεις επιβαρύνονται περισσότερο και από τους ίδιους τους ασθενείς (Keesing, Rosenwax, McNamara, 2018).

### **3.4. ΠΖΣΥ - Διαστάσεις**

Η ΠΖΣΥ θεωρείται γενικά υποκειμενική, δυναμική και πολυδιάστατη. Οι διαστάσεις που περιλαμβάνονται σ' αυτήν είναι κυρίως η σωματική, η ψυχολογική, η κοινωνική και η πνευματική (Vyas, Nagarajappa, Dasar & Mishra, 2018). Διαφορετικά οι διαστάσεις της ΠΖΣΥ είναι η φυσική, ψυχολογική και κοινωνική λειτουργικότητα, οι δραστηριότητες, η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή και οι αντιλήψεις για την κατάσταση της υγείας (Naughton et al., 2016).

Η λειτουργικότητα, σε όλες της τις εκφάνσεις είναι ίσως η πιο σημαντική διάσταση της ΠΖΣΥ και περιλαμβάνει και τους διάφορους ρόλους του ατόμου. Υπάρχουν όμως και άλλοι σημαντικοί τομείς, όπως η ψυχική υγεία, η γενική αντίληψη της υγείας, η ζωτικότητα, ο πόνος και η γνωστική λειτουργία (Lawson et al., 2018).

Η ΠΖΣΥ είναι μια έννοια που προσπαθεί να συγκεράσει το πνεύμα του ορισμού της υγείας του ΠΟΥ και την αξιολόγηση της υγείας σε δύο κατευθύνσεις, την προσωπική κατάσταση υγείας και την κοινωνική ευημερία. *«Η αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή στο πλαίσιο του πολιτισμού και του συστήματος αξιών μέσα στο οποίο ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους.*



*Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που επηρεάζεται ποικιλοτρόπως από τη σωματική υγεία του ατόμου, την ψυχολογική του κατάσταση, το επίπεδο αυτονομίας, τις κοινωνικές σχέσεις και τις σχέσεις του με τα κύρια χαρακτηριστικά του περιβάλλοντός του» (World Health Organization, 1996 σελ 3).*

Ιδιαίτερα σημαντική είναι η αξιολόγηση της ΠΖΣΥ σε άτομα με αναπηρία. Στην πραγματικότητα, μια ασθένεια ή αναπηρία μπορεί να επηρεάσει τη ζωή κάποιου με πολλούς διαφορετικούς τρόπους. Γενικά, διαπιστώνεται πως υπάρχει αρνητικός αντίκτυπος στη διάθεση, τη λειτουργικότητα κλπ. Υπάρχουν όμως περιπτώσεις που η ποιότητα ζωής μπορεί να είναι έως και βελτιωμένη και θα μπορούσαν να υπάρξουν και πιθανά οφέλη (Axmon, Höglund & Ahlström, 2017).

Ο Bowling, το 1995, έκανε μια ενδιαφέρουσα μελέτη για το ποιους τομείς της ζωής οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται ως πιο σημαντικούς σε σχέση με την ποιότητα ζωής και τη ΠΖΣΥ. Σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι θετικοί και αρνητικοί τομείς, που θεωρούνται σημαντικοί για τον καθένα. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να ιεραρχήσουν τις απαντήσεις τους (έως πέντε) ανάλογα με τη σημαντικότητά τους και έπειτα να αξιολογήσουν την παρούσα κατάστασή τους βάσει μιας παρόμοιας κλίμακας. Τα αποτελέσματα έδειξαν πως οι ερωτηθέντες ήταν πιο πιθανό να επιλέξουν ως πιο σημαντικό πράγμα στη ζωή τους τις σχέσεις με την οικογένεια ή τους συγγενείς και ακολούθως την υγεία τους, την υγεία ενός δικού τους προσώπου, οικονομικά θέματα, βιοτικό επίπεδο και τέλος στέγαση (Leonardi et al., 2018).

Παρά το ότι τα διάφορα μοντέλα αξιολόγησης και μελέτης της ΠΖΣΥ υπάρχουν για να επιχειρήσουν μία ταξινόμηση των διαστάσεων και των τομέων της και έχουν χρησιμοποιηθεί για την ταξινόμηση των αποτελεσμάτων αυτών, δεν υπάρχει πάντα συνέπεια μεταξύ των μοντέλων. Αντίθετα διαπιστώνονται μεγάλες διαφορές στην ορολογία για ανάλογες έννοιες (Williamson et al., 2017). Από τα πιο συνηθισμένα μοντέλα που χρησιμοποιούνται στην επιστημονική βιβλιογραφία είναι αυτά των Wilson και Cleary, του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας και των Ferrans και συνεργατών.

Η αναθεώρηση του μοντέλου των Wilson και Cleary από τους Ferrans και συνεργάτες θα μπορούσε να θεωρηθεί μία πολύ έγκυρη επιλογή διότι παρέχει σαφείς και συνεπείς εννοιολογικούς προσδιορισμούς, μπορεί να εξηγήσει καλά τις σχέσεις



μεταξύ των μεταβλητών και αποτελεί έναν καλό οδηγό για τη διατύπωση υποθέσεων. Αυτό το μοντέλο προτείνει πέντε διαφορετικές μεταβλητές που αλληλεπιδρούν: Σωματική λειτουργία (φυσική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος και λοιπά), συμπτώματα (σωματικά και ψυχολογικά όπως πόνος ή άγχος), λειτουργική κατάσταση (ικανότητα εκτέλεσης συγκεκριμένων καθηκόντων), γενική αντίληψη για την υγεία (υποκειμενική εκτίμηση για την παρούσα κατάσταση υγείας) και τέλος συνολική ποιότητα ζωής. Το μοντέλο λαμβάνει επίσης υπόψη ατομικά (π.χ. ηλικία φύλο και λοιπά) και περιβαλλοντικά (π.χ. κοινωνική υποστήριξη) χαρακτηριστικά (Lawson et al., 2018).

Η κατανόηση της σχέσης μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών και η παραδοχή ενός μοντέλου μελέτης της ΠΖΣΥ θα μπορούσε να οδηγήσει στην ανάπτυξη στη βέλτιστων αποτελεσματικών κλινικών παρεμβάσεων.

#### **4. Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων**

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) των ηλικιωμένων έχει καταστεί σημαντική σε σχέση με τη δημογραφική μετατόπιση της ηλικιακής πυραμίδας, που οφείλεται στη γήρανση του πληθυσμού. Υπάρχουν ενδείξεις πως οι έννοιες και οι προβληματισμοί που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι διαφορετικές από το γενικό πληθυσμό.

Η ποιότητα ζωής περιγράφεται συχνά με αντικειμενικές και υποκειμενικές διαστάσεις. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων αξιολογεί θετικά την ποιότητα ζωής του με βάση τις κοινωνικές επαφές, την εξάρτηση, την υγεία και τα υλικά αγαθά. Η προσαρμοστικότητα και η ανθεκτικότητα μπορεί να συμβάλουν στη διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής. Επίσης, καταγράφονται σημαντικές πολιτισμικές διαφορές κυρίως ως προς την αντικειμενική διάσταση της ΠΖ των ηλικιωμένων. Δύο σημαντικοί παράγοντες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη όσον αφορά στη ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η κατάθλιψη και η άνοια (Xie et al., 2014).

Με όλες αυτές τις παραμέτρους που ελέγχονται, φαίνεται πως δεν είναι η γήρανση που επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ. Η διατήρηση και βελτίωση της ΠΖ των ηλικιωμένων θα πρέπει να συμπεριληφθεί στους στόχους της κλινικής διαχείρισης.

Η ποιότητα ζωής είναι μια ιδιαίτερα ατομική και μάλλον ιδιοσυγκρασιακή έννοια με υψηλά επίπεδα μεταβλητότητας μεταξύ των ατόμων καθιστώντας την κάποιες φορές δύσχρηστη ως προς τη λήψη αποφάσεων. Ωστόσο μελέτες ευημερίας ή συγκρίσεις μεταξύ διαφορετικών πληθυσμιακών ομάδων περιλαμβάνουν μετρήσεις ποιότητας ζωής, οι οποίες βασίζονται σε παραδοχές πως υπάρχουν ειδικά χαρακτηριστικά που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής. Η ομάδα των ηλικιωμένων παρουσιάζει αρκετές ιδιομορφίες όπως το ότι είναι ευάλωτοι, με φθίνουσα σωματική και διανοητική ικανότητα, εξαρτώμενοι από το σταθερό εισόδημα της σύνταξης εφόσον εγκαταλείπουν την αγορά εργασίας, βιώνουν τη διάσπαση της οικογένειας και συχνά την απομόνωση λόγω της απώλειας του συντρόφου. Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον λόγω της δημογραφικής γήρανσης, ιδιαίτερα μεταξύ των πληθυσμών του ανεπτυγμένου κόσμου (Selvamani & Singh, 2018).

Η προσέγγιση του θέματος κατά καιρού αλλάζει, αρχικά από εμπειρογνώμονες, κυρίως ιατρούς, που καθόρισαν τους κανόνες σε μετέπειτα προσεγγίσεις που περιγράφουν την ποιότητα ζωής ως καθαρά ατομικό θέμα ή άλλες ως κοινωνικό εργαλείο. Οι επιρροές της ποιότητας ζωής έχουν επεκταθεί πέρα από τις προσωπικές ανησυχίες για την υγεία και τον πλούτο, στη κοινωνία και πολλές άλλες πτυχές.

#### **4.1. Καθοριστικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων**

Η κατανόηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας ζωής και των καθοριστικών παραγόντων της, σε μια προοπτική υγιούς γήρανσης έχει πρωταρχική σημασία (Beard, Officer, & Cassels, 2016). Μελέτες που απευθύνονται σ' αυτούς τους παράγοντες επικεντρώνονται γενικά σε έναν περιορισμένο αριθμό τομέων, όπως η πολυνοσηρότητα (Garin, et al., 2014), η οπτική εξασθένηση (Merle, et al., 2018), η παχυσαρκία (Dale, et al., 2013), τα συμπεριφορικά ζητήματα (καταχρήσεις) (Adan, Marquez-Arrico & Gilchrist, 2017), το κάπνισμα (Coste, Quinquis, D'Almeida & Audureau, 2014) ή ο ενεργός τρόπος ζωής (Rosenkranz, Duncan, Rosenkranz & Kolt, 2013). Επιπλέον, οι κοινωνικοί παράγοντες έχει αποδειχθεί πως επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, όπως οι κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις (Han, Park, Kim, Kim & Park 2014) και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Mielck, Vogelmann & Leidl, 2014). Επίσης, το δομημένο περιβάλλον είναι ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας της ποιότητας ζωής (Garin et al., 2014). Η ύπαρξη ικανού φυσικού περιβάλλοντος στο χώρο διαμονής σχετίζεται με αυξημένη φυσική δραστηριότητα, χαμηλότερο βάρος σώματος, χαμηλότερη κατάθλιψη και λιγότερες καταχρήσεις (Barnett, Zhang, Johnston & Cerin, 2017). Το ποιοτικό δομημένο περιβάλλον συνδέεται με μικρότερη επικράτηση ψυχιατρικών συμπτωμάτων (Xiao, Miao, Sarkar, Geng & Lu, 2018) ενώ οι ηλικιωμένοι που ζουν σε κακής ποιότητας δομημένο περιβάλλον αυτοαξιολογούν την υγεία τους χειρότερα (Spring, 2017).

Το μορφωτικό επίπεδο συχνά σχετίζεται με κοινωνικοοικονομικές ανισότητες που συνδέονται με την ποιότητα ζωής (Jivraj & Nazroo, 2014) · ( Luthy, Cedraschi, Allaz, Herrmann, & Ludwig, 2015). Το χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο συνοδεύεται από

μειωμένη ποιότητα ζωής, προβλήματα υγείας σχετιζόμενα με πόνο, άγχος, κατάθλιψη (Jespersen, Abildstrøm, Hvelplund & Prescott, 2013). Ο πόνος συχνά σχετίζεται με την κατάθλιψη. Μια πρόσφατη μελέτη έδειξε πως αυτά τα δύο συμπτώματα έχουν διαφορετικό αντίκτυπο έναντι στη μειωμένη ποιότητα ζωής (Lin, Yen, Chen & Chen, 2014), ενώ άλλοι υποστηρίζουν πως υπάρχει αμφίδρομη αλληλεπίδραση (Sharpe et al., 2017).

Τα κοινωνικά δίκτυα και η κοινωνική υποστήριξη έχει αποδειχθεί πως έχουν θετική επίδραση στη σχετιζόμενη με τη υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Bahramnezhad, Chalik, Bastani, Taherpour & Navab, 2017). Ιδιαίτερη σημασία έχει η συμμετοχική δράση (Zawisza et al., 2014). Εξάλλου, η ασφάλεια που πρέπει να παρέχει στους ηλικιωμένους ο χώρος στον οποίο κατοικούν και κινούνται είναι ένα χαρακτηριστικό που προάγει την ποιότητα ζωής (Raggi et al., 2016).

#### **4.2. Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων σχετικά με την ποιότητα ζωής**

Από μελέτες σε πληθυσμούς ηλικιωμένων φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι αξιολογούν θετικά την ποιότητα ζωής τους συγκρίνοντάς την με αυτήν άλλων ανθρώπων, αν υπάρχουν κοινωνικές επαφές, οικογενειακές σχέσεις, αν έχουν καλή υγεία, υλικά αγαθά και δραστηριότητες. Αρνητικά δε, αξιολογούν την ποιότητα της ζωής τους, όταν υπάρχουν εξαρτήσεις, λειτουργικοί περιορισμοί, θλίψη και μειωμένες διαπροσωπικές σχέσεις κυρίως λόγω θανάτων κοντινών προσώπων (Rigo et al., 2017). Φαίνεται λοιπόν πως η αντίληψη των ηλικιωμένων για την ποιότητα ζωής διαμορφώνεται και από άλλους σημαντικούς παράγοντες εκτός της υγείας. Είναι βέβαια γεγονός πως πολύ συχνά η κατάσταση της υγείας είναι βασικός παράγοντας διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, ειδικά εάν συνυπάρχουν αλγεινές καταστάσεις (Cicekci, Ozisler, Ozel, Unsal-Delialioglu & Ozisler, 2017). Εξάλλου, είναι σημαντικό ο ηλικιωμένος να αντιληφθεί αυτή τη δύσκολη έννοια. Συχνά ερωτώμενοι για την ποιότητα ζωής δίνουν απαντήσεις σχετικές με την υγεία τους ή την οικονομική τους κατάσταση.

Ο Bowling και οι συνεργάτες του, το 2007, σε μια εθνική έρευνα, στην Αγγλία και τη Σκωτία, 999 ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών προσπάθησαν να διερευνήσουν τις αντιλήψεις των ηλικιωμένων για την ποιότητα ζωής (Douma, Steverink, Hutter & Meijering, 2017). Χρησιμοποιώντας μια αναλυτική προσέγγιση του περιεχομένου των απαντήσεων σε ερωτήσεις ανοικτού τύπου εντόπισαν ως καθοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής τις κοινωνικές σχέσεις, τους κοινωνικούς ρόλους και δραστηριότητες, τις δραστηριότητες που είχαν οι ηλικιωμένοι μόνοι τους, την υγεία, την ψυχολογία, την οικογένειά τους και τη γειτονιά, τις οικονομικές συνθήκες, την ανεξαρτησία και διάφορες άλλες κοινωνικοπολιτικές καταστάσεις με τη σειρά συχνότητας που αναφέρεται. Με την ίδια σειρά αναφέρθηκαν και οι παράγοντες που καθορίζουν μια καλή ποιότητα ζωής, ενώ η υγεία, η οικογένεια και η γειτονιά ανήλθαν στην πρώτη θέση όσον αφορά τους παράγοντες που μπορούν να μειώσουν την ποιότητα ζωής.

Έγινε προσπάθεια να αναπτυχθεί ένα εννοιολογικό πλαίσιο για την ποιότητα ζωής χρησιμοποιώντας τις απόψεις των ηλικιωμένων. Παράγοντες που βελτιώνουν την ποιότητα ζωής είναι οι καλές κοινωνικές σχέσεις με τα παιδιά, την οικογένεια, τους φίλους και τους γείτονες. Το λεγόμενο κοινωνικό κεφάλαιο της γειτονιάς (Mackenbach et al., 2016) περιλαμβάνει εκτός από τις καλές κοινωνικές σχέσεις, την ευχάριστη γειτονιά, τα άνετα σπίτια, τις καλές δημόσιες υπηρεσίες (π.χ. μέσα μαζικής μεταφοράς) αλλά και ψυχολογικούς παράγοντες όπως αισιοδοξία, θετική στάση ικανοποίηση, προσδοκία και αποδοχή. Επίσης απαιτεί την ενεργή συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ. εθελοντισμός), την καλή υγεία και την οικονομική ασφάλεια που συνοδεύει τις απολαύσεις και την ενδυνάμωση (van Loon, van Leeuwen, Ostelo, Bosmans & Widdershoven, 2017).

Σε μελέτη που έγινε πρόσφατα για την ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένες γυναίκες απάντησαν με σειρά για το τι έχει τη μεγαλύτερη σημασία για αυτές τις κοινωνικές σχέσεις, την υγεία, τις δραστηριότητες, τη λειτουργικότητα, την ευημερία, τη διαβίωση στο σπίτι τους, το εισόδημα και τέλος τις προσωπικές πεποιθήσεις (Eifert, Hall, Smith & Wideman, 2018). Γι' αυτές που ζούσαν στο σπίτι τους και έπασχαν από σοβαρές παθήσεις οι κοινωνικές σχέσεις είχαν ιδιαίτερη σημασία.

Φαίνεται λοιπόν πως οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων για το τι είναι σημαντικό για την ποιότητα ζωής δεν περιορίζεται στην υγεία αλλά περιλαμβάνει πολλές άλλες παραμέτρους.

### 4.3. Ποιότητα ζωής

Η επίδραση της ηλικίας στην ποιότητα ζωής μπορεί να οφείλεται σε άμεση επίδραση της γήρανσης, αλλά και σε έμμεση μέσω επίδρασης της γήρανσης σε παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής. Η φύση της γήρανσης συνεχώς αλλάζει, ο ηλικιωμένος από περιθωριακό και εξαρτημένο άτομο γίνεται ενεργό μέλος της κοινωνίας. Ένα μέτρο ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, που στηρίζεται σ' αυτή την αντίληψη αποτελεί το CASP-19 (Control, Autonomy, Self-realization, Pleasure) που μελετά την ποιότητα ζωής σε σχέση με τον έλεγχο, την αυτονομία, την αυτοαντίληψη και την ευχαρίστηση των ηλικιωμένων (Fancourt & Steptoe, 2018). Από μελέτες φαίνεται, πως λαμβάνοντας υπόψη τη μέση βαθμολογία CASP-19, πως μόνο οι ηλικίες άνω των 75 ετών είχαν στατιστικά σημαντική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με νεότερες ηλικίες. Έτσι κατασκευάστηκε μια καμπύλη γήρανσης που έδειξε την επίδραση της γήρανσης στην ποιότητα ζωής, όταν όλες οι άλλες επιδράσεις διατηρήθηκαν σταθερές. Η καμπύλη δείχνει πως καθώς προχωρά η ηλικία μετά τα 50 έτη η ποιότητα ζωής αυξάνεται με κορύφωση τα 68 έτη, όπου πλέον αρχίζει να μειώνεται. Καθώς αυξάνεται η ηλικία οι μεμονωμένες αλλαγές στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής αυξάνονται (Kautonen, Kibler & Minniti, 2017).

Έχει περιγραφεί το φαινόμενο του "υποκειμενικού παράδοξου ευημερίας", που περιγράφει μια υψηλή ικανοποίηση παρά τις πιθανές αρνητικές συνθήκες στην τρίτη ηλικία και εξηγείται κυρίως μέσω διαδικασιών αντιμετώπισης και προσαρμογής. Συχνά οι ηλικιωμένοι παραπονιούνται λιγότερο για τους περιορισμούς και λαμβάνουν στήριξη και ενδυνάμωση μέσω κοινωνικών σχέσεων και θρησκευτικής πίστης (Ponocny, Weismayer, Stross, & Dressler, 2016).

#### **4.3.1. Προσαρμογή κι ανθεκτικότητα**

Η προσαρμογή συχνά χρησιμοποιείται ως εξήγηση για την καλή ποιότητα ζωής που διατηρείται σε κάποιους ηλικιωμένους. Περιγράφεται με τους όρους επιλογή, αναπλήρωση και βελτιστοποίηση (Carpentieri, Elliott, Brett & Deary, 2017). Καλύτερη ποιότητα ζωής επιτυγχάνουν αυτοί που περιορίζουν τις δραστηριότητες, τους στόχους ή τους τομείς λειτουργίας τους σε εκείνους που είναι πιο σημαντικοί για τη ζωή τους (επιλογή), αντικαθιστούν τις απώλειες με εναλλακτικούς τρόπους επίτευξης των στόχων (αποζημίωση) και μεγιστοποιούν τους πόρους που έχουν διαθέσιμους (βελτιστοποίηση). Οι ηλικιωμένοι μετατοπίζουν τα εσωτερικά τους πρότυπα, τις αξίες και τις αντιλήψεις για την ποιότητα ζωής προκειμένου να αντιμετωπίσουν δυσκολίες ή αρνητικά συμβάντα (Puvill, Lindenberg, Slaets, de Craen & Westendorp, 2017). Ως αποτέλεσμα αυτής της μετατόπισης αλλάζει η έννοια της αυτοαξιολόγησης της ποιότητας ζωής.

Η ανθεκτικότητα αναφέρεται στο φαινόμενο κατά το οποίο οι ηλικιωμένοι ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες κόντρα στις πιθανότητες και τις προσδοκίες. Η μελέτη της ανθεκτικότητας στο γήρας δείχνει πως η κοινωνική υποστήριξη και συμμετοχή βοηθούν στην αντιμετώπιση των αντιξοοτήτων και βελτιώνουν την ποιότητα ζωής. Η αίσθηση υπεροχής των ηλικιωμένων μέσα στο περιβάλλον τους βελτιώνει την ικανοποίησή τους από τη ζωή (Brummelman, & Walton, 2015). Η ανθεκτικότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να ερμηνεύσει το παράδοξο ευημερίας που συμβαίνει όταν οι ηλικιωμένοι που έχουν λειτουργικούς περιορισμούς εξακολουθούν να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ευημερίας (Hayman, Kerse & Consedine, 2017).

#### **4.3.2. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Η κοινωνική σύγκριση παίζει έναν ιδιαίτερο ρόλο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, καθώς η υγεία και άλλες διαστάσεις της επιδεινώνονται (Martin & DiMatteo, 2017). Πρόκειται για μια "στρατηγική" που χρησιμοποιείται συχνά από ηλικιωμένους και λειτουργεί με την αντίθεση, την ταύτιση ή το συνδυασμό τους. Με αυτή τη διαδικασία οι ηλικιωμένοι πετυχαίνουν να αισθάνονται ευτυχείς ή



ευγνώμονες συγκρίνοντας τον εαυτό τους με άλλους που βρίσκονται σε δυσμενέστερη κατάσταση.

Οι ποιοτικές κοινωνικές σχέσεις ενισχύουν την ποιότητα ζωής. Η ποιότητα των κοινωνικών δικτύων προάγει την ανθεκτικότητα έτσι ώστε να διατηρείται υψηλή η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων παρά την παρουσία μακροχρόνιων περιορισμών. Η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα ζωής με διττό τρόπο. Συνήθως, ενώ η συναισθηματική υποστήριξη συνδέεται θετικά με την ποιότητα ζωής, η λήψη υλικής, φυσικής υποστήριξης μπορεί να μειώσει την ευημερία δίνοντας έμφαση στην εξάρτηση που οδήγησε στην ανάγκη αυτού του είδους της υποστήριξης (Eagle, Hybels & Proeschold-Bell, 2018).

Η αντίληψη που έχει ο ηλικιωμένος για τον έλεγχο της ζωής του σχετίζεται σημαντικά με την ευημερία. Η πεποίθηση πως το άτομο έχει τον έλεγχο (εσωτερική εστίαση) του αποτελέσματος φαίνεται να επιδρά θετικά στη συναισθηματική ευημερία και ποιότητα ζωής (Robinson & Lachman, 2017). Αντίθετα αποτελέσματα φαίνεται πως έχει η εξωτερική εστίαση ελέγχου, δηλαδή, η πεποίθηση πως κάποιος άλλος ελέγχει τη ζωή τους (ο Θεός, ο ιατρός κ.α.)

#### **4.3.3. Πίστη, πνευματικότητα και ποιότητα ζωής**

Από μελέτες φαίνεται πως υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ πίστης, πνευματικότητας και ποιότητας ζωής (Counted, Possama & Meade, 2018 · Augustyn, Hall, Wang, & Hill, 2017 · Bai, & Lazenby, 2015 · Nagpal, Heid, Zarit & Whitlatch, 2015). Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την κλασική αντίληψη που αμφισβητεί την κοινωνική επιρροή της θρησκείας στην υγειονομική περίθαλψη καθώς η θρησκεία μπορεί σε κάποιες περιπτώσεις να θεωρηθεί πως επιβάλλει ηθικούς περιορισμούς, που συμβάλλουν σε ενοχικά, και συνεπώς αρνητικά συναισθήματα, τα οποία προδιαθέτουν σε κατάθλιψη και κακή ποιότητα ζωής (Bonelli, & Koenig, 2013).

Η πνευματικότητα σχετίζεται με καλύτερα αποτελέσματα ποιότητας ζωής στους τομείς της σωματικής υγείας, της ψυχολογικής ευημερίας, των ποιοτικών κοινωνικών σχέσεων και της πνευματικής λειτουργίας. Οι δραστηριότητες και πεποιθήσεις που σχετίζονται με την πνευματικότητα (αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη, εμπιστοσύνη στο Θείο, προσευχή, θετικές πνευματικές σχέσεις) ενεργοποιούν στρατηγικές άμυνας

σε δύσκολες περιόδους οδηγώντας σε καλύτερα αποτελέσματα ποιότητας ζωής (Counted et al., 2018)

#### **4.4. Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία των ηλικιωμένων**

Η υγεία βρίσκεται στο υψηλότερο επίπεδο διαμόρφωσης της ποιότητας ζωής η οποία επηρεάζεται από βιολογικούς παράγοντες, συμπτώματα, λειτουργικές καταστάσεις και γενικές αντιλήψεις (Huang, Hudson, Robison & Krull, 2017). Διαφορετικά θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι η αξία που αποδίδεται στη ζωή, καθώς περνούν τα χρόνια, όπως αυτή τροποποιείται από βλάβες, λειτουργικές καταστάσεις, αντιλήψεις και κοινωνικές ευκαιρίες που επηρεάζονται από ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπείες ή πολιτικές επιλογές.

Για τη μέτρηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων χρησιμοποιούνται τόσο γενικά όσο και ειδικά εργαλεία μέτρησης (Forte, Boreham, De Vito & Pesce, 2015). Όσον αφορά στα γενικά εργαλεία, συχνά χρησιμοποιείται η Επισκόπηση Υγείας SF-36, αλλά και άλλα. Ωστόσο, αυτά τα εργαλεία δε δημιουργήθηκαν μόνο για ηλικιωμένους και αυτό θα μπορούσε να οδηγήσει σε μια προκατάληψη ως προς τη φυσική λειτουργία σε βάρος άλλων διαστάσεων, που μπορεί να είναι πολύ πιο σημαντικές για τις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες.

Σε μελέτες σχετικές με τον ινσουλινοθεραπευόμενο σακχαρώδη διαβήτη βρέθηκε πως οι πιο ηλικιωμένοι είχαν αρνητικές χαμηλή βαθμολογία στις φυσικές συνιστώσες και υψηλότερες στις ψυχικές. Οι ηλικιωμένοι είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση, μικρότερο αντίκτυπο στα συναισθήματα και καλύτερη αντιμετώπιση και προσαρμογή στα συνιστώμενα θεραπευτικά μέτρα (Sepúlveda, et al., 2015). Ανάλογα ευρήματα επαναλαμβάνονται σε μελέτες σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής ηλικιωμένων με καρδιαγγειακά, νευρολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα.

#### **4.5. Διαφυλικές διαφορές στην ΠΖΣΥ των ηλικιωμένων**

Το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται στις ανεπτυγμένες χώρες. Αν και το προσδόκιμο ζωής των γυναικών είναι κατά μέσο όρο 6-8 χρόνια μεγαλύτερο από των ανδρών (Busutil et al., 2017), οι μεγαλύτερης ηλικίας γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν λειτουργική έκπτωση και ανάγκη αυτοφροντίδας από τους άρρενες με παρόμοια ηλικία (Erickson, & Kaplan, 2014). Στατιστικές παρουσιάζουν για τις γυναίκες ένα υψηλά παράδοξο ποσοστό νοσηρότητας και χρήσης των υπηρεσιών υγείας, ενώ τα ποσοστά θνησιμότητας για τους άνδρες είναι υψηλότερα. Οι άνδρες παρουσιάζουν περισσότερες απειλητικές για τη ζωή χρόνιες παθήσεις όπως η στεφανιαία νόσος, ο καρκίνος, καρδιαγγειακές παθήσεις, ενώ οι γυναίκες έχουν αυξημένα ποσοστά χρόνιων παθήσεων που σχετίζονται με αναπηρία (Soleimani, Lehto, Negarandeh, Bahrami, & Chan, 2017).

Η ΠΖΣΥ, ως μέτρο ευημερίας, είναι θέμα ενδιαφέροντος για την αξιολόγηση της υγείας των ηλικιωμένων σε σύγκριση με παραδοσιακές μεθόδους (π.χ. δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας). Κατά τη διαδικασία της γήρανσης αυξάνεται η συχνότητα εμφάνισης χρόνιων παθήσεων όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή πίεση, οι καρδιαγγειακές παθήσεις και ο καρκίνος (Wu et al., 2014· Hajian-Tilaki, Heidari, Hajian-Tilaki, Firouzbahi & Bagherzadeh, 2014· Hajian-Tilaki et al., 2014· Hajian-Tilaki, 2015). Όλες αυτές οι χρόνιες παθήσεις επιδρούν στην επιδείνωση της HRQoL, ιδίως των ηλικιωμένων (Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2016). Ανεξάρτητα από αυτές τις χρόνιες παθήσεις, μελέτες αναφέρουν χαμηλότερη ΠΖΣΥ στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες (Hajian-Tilaki, Heidari & Hajian-Tilaki, 2017) χωρίς αυτό να επιβεβαιώνεται πάντα.

Όπως έχει τονιστεί, η έννοια της ΠΖΣΥ είναι πολυπαραγοντική. Μετρώντας τη ΠΖΣΥ με διάφορα εργαλεία, φαίνεται πως ενώ οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη αυτοαναφερόμενη ΠΖΣΥ παραμένουν μικρές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων μετά τη συνεκτίμηση κοινωνικών, δημογραφικών και οικονομικών χαρακτηριστικών (Zajacova et al., 2017). Δεν είναι βέβαιο αν αυτές οι διαφορές είναι αποτέλεσμα συγκεκριμένων υποκείμενων διαστάσεων της ποιότητας ζωής ή αν υπάρχουν διαφορές σε όλες τις διαστάσεις (Feng et al., 2015).

Μελέτες σχετικά με τη σχέση μεταξύ φύλου και ποιότητας ζωής έχουν επικεντρωθεί στις αλλαγές στην οικογενειακή κατάσταση, τους κοινωνικούς ρόλους και σχέσεις κυρίως εξαιτίας της θέσης της γυναίκας στην κοινωνία. Οι γυναίκες μπορούν να συμμετέχουν στην αγορά εργασίας, εκτίθενται σε κινδύνους και σε πολλές περιπτώσεις πρέπει να χρηματοδοτούν τη διαβίωσή τους, κυρίως οι χήρες, οι διαζευγμένες και αυτές που ζουν μόνες. Αυτό θα μπορούσε να συνδέεται με υψηλότερο κίνδυνο κακής ποιότητας ζωής (Santos-Lozada & Daw, 2018). Μια μελέτη βρίσκει υψηλότερο ποσοστό επιτυχούς γήρανσης και καλής ποιότητας ζωής στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες (Hornby-Turner, Peel & Hubbard, 2017) ενώ διαχρονική βρετανική μελέτη έδειξε το αντίθετο (Daskalopoulou et al., 2017). Τα στοιχεία που υπάρχουν επιβεβαιώνουν πολλούς διαφορετικούς παράγοντες που σχετίζονται με τις διαφυλικές διαφορές στην ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας (Eisele et al., 2015).

Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες και έννοιες που χρησιμοποιούνται για την εξήγηση των διαφορών στη ΠΖΣΥ που σχετίζονται με το φύλο στους ηλικιωμένους, συνήθως στηρίζονται στην προσέγγιση της πορείας της ζωής (κοινωνικές σχέσεις, ψυχολογική, κοινωνική και οικονομική ευημερία, ασφάλεια κατά τη διάρκεια της ζωής, κοινωνικές ανισότητες). Τέτοιοι παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά την προσαρμογή των ηλικιωμένων στη γήρανση, η οποία σχετίζεται με τη δομή των κοινωνικών δικτύων και τους δεσμούς που αναπτύσσονται καθώς και με διάφορες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων γεγονότων που βιώνουν άνδρες και γυναίκες (Tobiasz-Adameczyk et al., 2017).

Το σχέδιο Courage in Europe Project αναλύει το ρόλο των κοινωνικών δικτύων, της κοινωνικής υποστήριξης, της συμμετοχής, της εμπιστοσύνης και της μοναξιάς στην ΠΖΣΥ. Βρέθηκε πως τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν σημαντικό καθοριστικό παράγοντα της ΠΖΣΥ και στα δύο φύλα, εκτός ίσως από τις πολύ ηλικιωμένες γυναίκες (άνω των 80 ετών). Όμως δεν έδειξε διαφυλικές διαφορές στις ηλικίες από 65 έως 80 ετών. Διαφορές παρατηρήθηκαν στην ηλικιακή ομάδα άνω των 80 ετών που φαίνεται να υπάρχει θετική συσχέτιση των κοινωνικών δικτύων-άρρενος φύλου σε σχέση με την ΠΖΣΥ (Tobiasz-Adameczyk et al., 2017).

Άλλες μελέτες έδειξαν μεγαλύτερη επίδραση των κοινωνικών δικτύων στην ΠΖΣΥ των γυναικών απ' ό,τι των ανδρών. Η θετική επίδραση των κοινωνικών δικτύων στην ικανοποίηση από τη ζωή ήταν ισχυρότερη για τις γυναίκες (Moriyama et al., 2018). Ομοίως, άλλη μελέτη δείχνει μεγαλύτερη επίδραση των κοινωνικών δικτύων στην υποκειμενική ευεξία, την ικανοποίηση από τη ζωή και την ευτυχία στις γυναίκες παρά στους άνδρες (Olofsson, Padyab & Malmberg, 2018). Το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής στήριξης σχετίζεται με την κακή αυτοαξιολόγηση της υγείας των γυναικών, αλλά όχι και των ανδρών (Caetano, Silva & Vettore, 2013).

Οι διαφορετικές επιδράσεις των κοινωνικών δικτύων στην ΠΖΣΥ μεταξύ των ηλικιωμένων, θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη θεωρία της κοινωνικο-συναισθηματικής επιλογής (Moss, 2016). Η θεωρία εστιάζει στο ότι όταν ο χρόνος περιορίζεται, δίνεται προτεραιότητα στους στόχους που σχετίζονται με το συναίσθημα. Οι διαφορές μπορεί να οφείλονται στη μεγαλύτερη επένδυση ως προς τη διατήρηση των κοινωνικών δεσμών μεταξύ των γυναικών (Olofsson et al., 2018). Οι ηλικιωμένες γυναίκες διατηρούν πιο εκτεταμένο κοινωνικό δίκτυο από τους άνδρες (Olofsson et al., 2018). Άλλωστε οι γυναίκες έχουν πιο ενεργείς σχέσεις με το συγγενικό δίκτυο (παιδιά, εγγόνια κ.α.) κάτι που είναι πιο σημαντικό για την κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών τους (Thomas, Liu, Umberson & Suitor, 2017). Διατηρούν συναισθηματικά στενότερες σχέσεις από τους άνδρες, αναζητούν περισσότερη κοινωνική στήριξη σε περιόδους στρες και παρέχουν πιο συχνά αποτελεσματικότερη κοινωνική στήριξη σε άλλους απ' ό,τι οι άνδρες.

Όσον αφορά στην έγγαμη οικογενειακή κατάσταση, έχει βρεθεί πως οι άνδρες λαμβάνουν περισσότερα οικογενειακά οφέλη από τις γυναίκες, οι οποίες είναι ψυχολογικά πιο ευάλωτες στο συζυγικό άγχος. Οι άνδρες γενικά λαμβάνουν περισσότερα οφέλη στην προαγωγή της υγείας, όπως συναισθηματική υποστήριξη και ενδυνάμωση στην τυχόν ανάγκη αλλαγής τρόπου ζωής. Υπάρχουν ενδείξεις πως η υγεία των ανδρών βελτιώνεται περισσότερο απ' ό,τι των γυναικών μέσα στη συζυγική σχέση. Άλλες έρευνες αποφαίνονται πως εξαιτίας της συζυγικής πίεσης παρατηρούνται δυσμενέστερες συνέπειες στην υγεία των γυναικών απ' ό,τι των ανδρών (περισσότερα καταθλιπτικά επεισόδια, αύξηση κινδύνου καρδιαγγειακών συμβάντων και ορμονικές αλλαγές). Πάντως υπάρχουν και μελέτες που δε διαπίστωσαν τις άνωθεν διαφορές. Αυτό μπορεί να οφείλεται στα διαφορετικά

δείγματα μελέτης, σε παραλλαγές των μετρήσεων και μεθοδολογιών (Thomas et al., 2017).

Η έρευνα έχει δείξει σαφή αύξηση της αναπηρίας με την ηλικία σε όλες τις χώρες (World Health Organization, 2016). Φαίνεται πως τα επίπεδα εξασθένησης στις βασικές δραστηριότητες της καθημερινής ζωής αυξάνονται με την ηλικία, αλλά και το γυναικείο φύλο (Gomez-Olive et al., 2017). Διάφορες μελέτες έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά ανικανότητας, σε όλες τις ηλικίες μεταξύ των γυναικών (Van Oyen et al., 2013). Πιθανές εξηγήσεις, θα μπορούσαν να δοθούν. Οι γυναίκες έχουν χαμηλότερο μέγιστο μυϊκής μάζας και είναι πιθανό να παρουσιάσουν εξασθένηση της φυσικής τους κατάστασης και λειτουργική έκπτωση (Dodds et al., 2016). Μια άλλη πιθανή εξήγηση θα μπορούσε να είναι το ότι οι γυναίκες μπορούν να δεχτούν περισσότερο “βάρος” εξασθένησης προτού καταρρεύσουν. Επίσης, το βραχύτερο προσδόκιμο επιβίωσης των ανδρών οδηγεί σε μια επιλεκτική επιβίωση των πιο “δυνατών”.

Σε άλλη έρευνα μελετήθηκε η επίδραση της πολυνοσηρότητας στην αναπηρία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Garin et al., 2014). Φαίνεται πως υπάρχει μεγαλύτερη επίπτωση αναπηρίας και κακής ποιότητας ζωής στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες για τις περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Αυτά τα αποτελέσματα ενισχύουν την άποψη πως πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής και την αναπηρία στις γυναίκες, ιδίως όσον αφορά στις χρόνιες παθήσεις (Dao-Tran, Seib, Jones & Anderson, 2018). Η πολυνοσηρότητα σχετίζεται στις περισσότερες περιπτώσεις με χειρότερη ποιότητα ζωής στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Αυτή η διαφορά στα δύο φύλα φαίνεται να μειώνεται ή και να εξαφανίζεται, όταν συνυπάρχουν τρεις ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις (Garin et al., 2014).

Η έρευνα έδειξε πως η σωματική δραστηριότητα βελτιώνει την ενεργό γήρανση, την αναπηρία και την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους. Η σωματική δραστηριότητα επηρεάζεται από τη χηρεία, ένα από τα πιο αγχωτικά γεγονότα στη ζωή του ανθρώπου. Φαίνεται πως οι χήροι, αλλά όχι οι χήρες, έχουν περισσότερες πιθανότητες να αυξήσουν τη σωματική τους δραστηριότητα με το θάνατο της

συζύγου. Ωστόσο, αυτό το αυξημένο επίπεδο δραστηριότητας δε διατηρείται συνήθως, αλλά μειώνεται όσο περνά ο χρόνος από το συμβάν (Stahl & Schulz, 2014).

Το σύνδρομο ευπάθειας, ένα πολυπαραγοντικό γηριατρικό σύνδρομο (de Labra et al., 2018), φαίνεται πως σχετίζεται με κακή ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους, άνδρες και γυναίκες, ιδίως ως προς τις φυσικές διαστάσεις της (Kojima et al., 2016). Οι συνέπειες του συνδρόμου μπορεί να διαφέρουν σημαντικά μεταξύ ανδρών και γυναικών, κυρίως ως προς τη ΣΥΠΖ (Lenardt et al., 2016).

Άλλη μελέτη επιβεβαιώνει πως οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πιο κακής ποιότητας ζωής συγκριτικά με τους μεγαλύτερους άνδρες λόγω μειονεκτημάτων στην υγεία, στη συντροφικότητα, σε υλικούς και οικονομικούς πόρους. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από τη θεωρία της κοινωνικής διαστρωμάτωσης, η οποία επιβεβαιώνει πως τα άτομα στα οποία έχουν δοθεί περισσότεροι πόροι και ευκαιρίες θα βιώσουν καλύτερη ποιότητα ζωής. Δεδομένου ότι οι γυναίκες είναι σε μειονεκτικότερη θέση όσον αφορά στην εκπαίδευση και την ψυχική υγεία, οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι πιο πιθανό να εμφανίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής. Από την άλλη πλευρά, αυτά τα αποτελέσματα αντιβαίνουν σε θεωρίες, όπως "ο ρόλος των προτιμήσεων" (υπογραμμίζοντας πως οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής λόγω των ευρέων προτιμήσεών τους στις δραστηριότητες) ή "ο ρόλος της προσδοκίας" (οι γυναίκες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής λόγω των χαμηλών προσδοκιών τους) (Zebhauser et al., 2014).

Παρότι έχει υποστηριχθεί πως η αυξανόμενη ηλικία είναι βασικός παράγοντας της κακής ποιότητας ζωής (Steptoe, Deaton & Stone, 2015), σε μελέτη η ηλικία συνδέθηκε οριακά με χαμηλή ποιότητα ζωής και μάλιστα περισσότερο στους άνδρες παρά στις γυναίκες (Lukaschek, Vanajan, Johar, Weiland & Ladwig, 2017). Αυτό το ενθαρρυντικό εύρημα δείχνει ότι η αύξηση της ηλικίας δε συνδέεται αναπόφευκτα με χαμηλή ποιότητα ζωής (Tomini, Tomini & Groot, 2016). Επίσης βρέθηκε πως η μοναχική ζωή έχει επιβαρυντικό αποτέλεσμα κυρίως στις ηλικιωμένες γυναίκες. Η διαβίωση με σύντροφο στο ίδιο νοικοκυριό συνδέεται με περισσότερη ικανοποίηση από τη ζωή. Οι γυναίκες αποδίδουν μεγαλύτερη αξία στους κοινωνικούς δεσμούς απ' ό,τι οι άνδρες και έτσι η μοναχική ζωή οδηγεί συχνότερα σε κακή ποιότητα ζωής (Tomini et al., 2016).



Μελέτες δείχνουν πως η αρνητική συσχέτιση της κατάθλιψης με την ποιότητα ζωής είναι σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες απ' ό,τι στους άνδρες. Εξάλλου, άλλη έρευνα δείχνει πως περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες νιώθουν μοναξιά και απομόνωση. Ιδίως οι χήρες είναι πιο πιθανό να αναφέρουν τη μοναξιά ως αρνητικό παράγοντα για τη ζωής τους. Άλλωστε η μοναξιά σχετίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή και την ποιότητα ζωής (Taube, Kristensson, Midlön, Holst & Jakobsson, 2013) και έχει βρεθεί πως σχετίζεται θετικά με περισσότερες επισκέψεις σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Taube, Kristensson, Sandberg, Midlön & Jakobsson, 2015).

## **5. Παρουσίαση του ερευνητικού μέρους**

### **5.1 Σκοπός της έρευνας – Ερευνητικές υποθέσεις**

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τις διαφυλικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα. Θα επιχειρηθεί να εξεταστεί εάν υπάρχουν διαφυλικές διαφορές και αν αυτές έχουν σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εξεταζομένων ατόμων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, εκπαιδευτικό επίπεδο), αλλά και με την πολυνοσηρότητα και την πολυφαρμακία. Θα μελετηθούν οι επιθυμητές δραστηριότητες των ηλικιωμένων στον ελεύθερο χρόνο τους και θα αναζητηθούν οι διαφυλικές διαφορές. Επίσης, θα γίνει προσπάθεια εξαγωγής συμπερασμάτων ως προς τη χρήση γενοσήμων φαρμάκων από τους ηλικιωμένους και αν αυτό σχετίζεται με την αυτοαναφερόμενη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

Συνεπώς τίθενται οι κάτωθι ερευνητικές υποθέσεις:

- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές των ηλικιωμένων που επισκέπτονται ένα ιδιωτικό ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας ως προς την έδρα του ιατρείου (αστική ή ημιαστική).
- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές ως προς τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά τους.
- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές ως προς το αν ακολουθούν πρόγραμμα άσκησης.
- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές ως προς το αν ακολουθούν κάποιο διατροφικό πρόγραμμα.
- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές ως προς την πολυνοσηρότητα, πολυφαρμακία.
- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές ως προς τον τρόπο αξιοποίησης του ελεύθερου χρόνου τους.

- Υπάρχουν διαφυλικές διαφορές ως προς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και μάλιστα σε συγκεκριμένες διαστάσεις της.
- Τα επιμέρους κοινωνικο-δημογραφικά και υγεινοδιαιτητικά χαρακτηριστικά, το ιατρικό ιστορικό και οι συνήθειες των ηλικιωμένων επηρεάζουν τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους.

## 5.2 Υλικό – Μέθοδος

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως το Μάιο του 2018. Το δείγμα αφορά σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών που διαβιών στην κοινότητα και επισκέφθηκαν δύο ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με υπεύθυνο Γενικό ιατρό. Το πρώτο ιατρείο βρίσκεται στην Καλαμάτα (δήμος Καλαμάτας, αστική περιοχή) και το δεύτερο στο Μελιγαλά (δήμος Οιχαλίας, ημιαστική περιοχή). Τα δύο ιατρεία επισκέπτονται άτομα από όλη την Περιφερειακή ενότητα Μεσσηνίας, η οποία σύμφωνα με την απογραφή του 2011 έχει μόνιμο πληθυσμό 159.954 άτομα, εκ των οποίων τα 37.479 είναι άνω των 65 ετών.

Η αιτιολογία της επίσκεψης δεν επηρέασε τη συμμετοχή των ασθενών στη μελέτη (έκτακτο ή επείγον περιστατικό, παρακολούθηση χρόνιας νόσου, προληπτικός έλεγχος, συνταγογράφηση κ.α.). Από τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών που επισκέφθηκαν τα δύο ιατρεία έλαβαν μέρος στην έρευνα όλοι όσοι συγκατατέθηκαν αφενός και πληρούσαν κάποιες προϋποθέσεις αφετέρου. Οι ασθενείς που αποκλείστηκαν ήταν αυτοί με σοβαρά ψυχιατρικά ή διανοητικά προβλήματα, αλλά και σοβαρή κώφωση λόγω φυσικής αδυναμίας συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Οι αναλφάβητοι ή εκείνοι με προβλήματα όρασης μπόρεσαν να συμμετάσχουν και να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο με τη βοήθεια της ερευνήτριας. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν οι πρώτοι 120 ασθενείς με τα άνωθεν χαρακτηριστικά που επισκέφθηκαν τα δύο ιατρεία.

Κατά την άφιξη του ασθενούς στο ιατρείο, γινόταν ενημέρωσή τους για το σκοπό της έρευνας, το απόλυτα εμπιστευτικό περιεχόμενό της, αλλά και την ανωνυμία που θα τηρούσε από τον υπεύθυνο γενικό ιατρό. Ακολούθως, και αφού ο ασθενής διάβαζε το



έγγραφο που αφορά στην ενημέρωσή του, υπέγραφε δήλωση συμμετοχής του στη μελέτη.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τους ίδιους τους ασθενείς, στο χώρο των ιατρείων μετά το πέρας της επίσκεψης. Η ερευνήτρια παρενέβη στις περιπτώσεις όπου χρειαζόταν κάποια διευκρίνιση ή υπήρχε δυσκολία στην κατανόηση κάποιας ερώτησης.

Μετά τη συλλογή των 120 ερωτηματολογίων αυτά κωδικοποιήθηκαν στο πρόγραμμα Excel και επεξεργάστηκαν στατιστικά με το πρόγραμμα SPSS. Έγινε διάκριση κατηγορικών και μη κατηγορικών δεδομένων. Τα μη κατηγορικά ελέγχθηκαν ως προς το αν ακολουθούν κανονική ή μη κανονική κατανομή με τα στατιστικά κριτήρια Kolmogorov-Smirnov. Ο παραπάνω έλεγχος έδειξε πως όλες οι μη κατηγορικές μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Για τη στατική ανάλυση των κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά (συχνότητες, μέσες τιμές κ.α.) και ο έλεγχος  $\chi^2$  του Pearson ή το Fisher's Exact Test για τον έλεγχο ύπαρξης διαφορών μεταξύ τους. Για τα μη κατηγορικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος U των Mann-Whitney (Δαφέρμος, 2013). Τέλος έγιναν πολλαπλές συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών με τη χρήση του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Spearman's rho. Η στατιστική σημαντικότητα θεωρήθηκε σημαντική στο επίπεδο του p-value <0,05.

### **5.3 Ερευνητικά εργαλεία**

Για να συγκεντρωθούν τα απαιτούμενα δεδομένα της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το γενικό ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» που αξιολογεί τη ποιότητα ζωής, αλλά και ερωτήσεις που αφορούν στα κοινωνικο- δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τις χρόνιες παθήσεις, τη φαρμακευτική αγωγή, τις υγιεινο-διαιτητικές συνήθειες και την αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου τους.

### **5.3.1. Επισκόπηση Υγείας SF-36**

Τα γενικά εργαλεία αξιολόγησης της ΠΖ είναι ανεξάρτητα από καταστάσεις ή ασθένειες που βιώνει το άτομο, αλλά οι τιμές που προκύπτουν από αυτή την προσέγγιση επιτρέπουν συγκρίσεις μεταξύ ομάδων ασθενών και παρεμβάσεων. Τα εργαλεία αυτά συμβάλλουν στην αξιολόγηση της κατάστασης υγείας σε πολλούς διαφορετικούς τομείς της ΠΖ. Ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα γενικά εργαλεία για την αξιολόγηση της ΠΖ αποτελεί η Επισκόπηση Υγείας, και μάλιστα η σύντομη μορφή της, Sort Form-36 (SF-36) (Kastanias, Douda, Batsiou & Tokmakidis, 2015). Το SF-36 είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 36 ερωτήσεις που κωδικοποιούνται σε οκτώ διαστάσεις υγείας. Αυτές είναι:

- Σωματική Λειτουργικότητα (ΣΛ) (Physical Functioning), περιλαμβάνει 10 επιμέρους ερωτήσεις που αξιολογούν τις σωματικές δυνατότητες όπως την αυτοεξυπηρέτηση, το βάδισμα και την ευελιξία,
- Σωματικό Ρόλος (ΣΡ) (Role – Physical), περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις που βαθμολογούν το βαθμό στον οποίο περιορίζονται οι καθημερινές φυσικές δραστηριότητες,
- Σωματικός Πόνος (ΣΠ) (Bodily Pain), περιλαμβάνει 2 ερωτήσεις που αξιολογούν την αντιληπτή ένταση του σωματικού πόνου,
- Γενική Υγεία (ΓΥ) (General Health), 5 ερωτήσεις από τις οποίες τεκμαίρεται η προσωπική και γενική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του,
- Ζωτικότητα (Ζ) (Vitality) ( 4 ερωτήσεις που αξιολογούν τη ζωντάνια, την ενεργητικότητα και την κόπωση,
- Κοινωνική Λειτουργικότητα (ΚΛ) (Social Functioning), 2 ερωτήσεις που μετρούν το κατά πόσο η σωματική ή ψυχική υγεία επηρεάζουν τις κοινωνικές δραστηριότητες του ατόμου,
- Συναισθηματικός ρόλος (Συν.Ρ) (Role – Emotional), 3 ερωτήσεις που αξιολογούν κατά πόσο συναισθηματικοί παράγοντες παρεμβαίνουν στην εργασία ή σε άλλες δραστηριότητες,
- Ψυχική υγεία (ΨΥ) (Mental Health), αποτελείται από 5 ερωτήσεις που στόχο έχουν να αξιολογήσουν τα συναισθήματα κυρίως του άγχους και της κατάθλιψης.

Η 36η ερώτηση, HT (Health Transition) Μεταβολή της υγείας, αναφέρεται στις αλλαγές που έχουν υπάρξει στην υγεία του ατόμου είτε προς το χειρότερο είτε προς το καλύτερο. Δεν ανήκει σε καμιά από τις προηγούμενες 8 διαστάσεις, αλλά έχει βρεθεί πως είναι χρήσιμη για την εκτίμηση της προσωπικής αντίληψης των αλλαγών στην υγεία.

Κάθε διάσταση του SF-36 βαθμολογείται από 0–100 (όσο υψηλότερη βαθμολογία τόσο καλύτερη η υγεία) και κατηγοριοποιείται σε δύο συνοπτικές κλίμακες, αυτή της Σωματικής Υγείας (Physical Health) και αυτή της Ψυχικής Υγείας (Mental Health) (Καρανικόλα, Δημόπουλος, Νιάκας, & Αλετράς, 2018). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή (εάν χρειάζεται μπορεί ο ερευνητής να παρέμβει μόνο για να διευκρινίσει κάποια ερώτηση) και απαιτεί περίπου 5-10 λεπτά.

### **5.3.2. Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών κι άλλων ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων.**

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-36 οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις για το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ τους, τις χρόνιες ασθένειες και κάποιες συνήθειές τους. Συγκεκριμένα, οι ερωτήσεις σχετίζονταν με:

- Το φύλο
- Την ηλικία
- Την οικογενειακή κατάσταση (Ο ασθενής πρέπει να διαλέξει από τις κατηγορίες α.έγγαμος/η ή άγαμος β.συζεί με τον/τη σύντροφο γ.διαζευγμένος/η και δ.χήρος/α).
- Τον τόπο διαμονής (ο ασθενής πρέπει να διαλέξει από τις κατηγορίες α. αστικός, δηλαδή με μόνιμο πληθυσμό μεγαλύτερο των 10.000 κατοίκων β. ημιαστικός με μόνιμο πληθυσμό μεταξύ 2.000-10.000 κατοίκων και γ. αγροτικός με μόνιμο πληθυσμό μικρότερο των 2.000 κατοίκων).
- Τον αριθμό των ατόμων που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό (εδώ ο ασθενής καλείται να γράψει τον αριθμό των ατόμων που κατοικούν μόνιμα κάτω από την ίδια στέγη χωρίς να είναι υποχρεωτικά συγγενείς).



- Το εάν ζουν μόνοι, με συγγενικό άτομο ή με άλλο άτομο (κάποιοι ηλικιωμένοι ζουν με ένα μη συγγενικό άτομο που τους φροντίζει).
- Το εκπαιδευτικό επίπεδο (ο ασθενής πρέπει να διαλέξει από τις κατηγορίες α. κατώτερη εκπαίδευση β. μέση εκπαίδευση γ. ανώτερη εκπαίδευση δ. ανώτατη εκπαίδευση ε. μεταπτυχιακά. Για να επιλεγεί μια κατηγορία αρκεί το άτομο να έχει παρακολουθήσει κάποιο ή κάποια έτη από αυτή έστω και αν δεν την έχει ολοκληρώσει).
- Τον συνολικό αριθμό των εκπαιδευτικών ετών που έχουν παρακολουθήσει.
- Τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων από τις οποίες πάσχουν (αυτή η ερώτηση απαντήθηκε με τη βοήθεια της ερευνήτριας-ιατρού καθώς πολλοί ηλικιωμένοι δεν γνώριζαν τι σημαίνει χρόνια νόσος).
- Τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν συστηματικά (δηλαδή σε μόνιμη βάση με επαναλαμβανόμενο δοσολογικό σχήμα).
- Τον αριθμό των γενοσήμων φαρμάκων που λαμβάνουν συστηματικά.
- Το αν ακολουθούν ειδικό πρόγραμμα άσκησης (διευκρινίστηκε στους ηλικιωμένους πως αναφερόμαστε σε συγκεκριμένο πρόγραμμα που καταρτίζεται συνήθως από ειδικό επαγγελματία υγείας και όχι κάποια συνήθεια, όπως περπάτημα ή περιστασιακά αθλήματα).
- Το αν ακολουθούν ειδικό πρόγραμμα διατροφής (ομοίως διευκρινίστηκε πως αναφερόμαστε σε συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής που καταρτίζεται συνήθως από ειδικό επαγγελματία υγείας).
- Το αν έχουν ελεύθερο χρόνο (εννοούμε χρόνο που μπορούν να διαθέσουν όπου θέλουν και όχι το χρόνο που διαθέτουν σε δραστηριότητες που ίσως τους ευχαριστούν, αλλά είναι "υποχρεωμένοι" να τις κάνουν π.χ. φροντίδα εγγονιών λόγω εργασίας των παιδιών τους).
- Το αν υπάρχουν δραστηριότητες που τους ευχαριστούν (ασχέτως αν έχουν το χρόνο ή τη θέληση ή τη διάθεση να ασχοληθούν με αυτές π.χ. μπορεί κάποιον να τον ευχαριστεί πολύ το κολύμπι αλλά να μη δύναται να μεταβεί σε θάλασσα ή κολυμβητήριο).
- Το ποιες είναι αυτές οι δραστηριότητες (1η, 2η και 3η κατά σειρά που τους προσφέρουν τη μεγαλύτερη ικανοποίηση και χαρά).

## **5.4 Περιορισμοί της μελέτης**

Στη μελέτη υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί. Ο πρώτος σχετίζεται με το ότι έγινε σε δύο ιδιωτικά ιατρεία Γενικής Ιατρικής και ως εκ τούτου αποκλείστηκαν οι ηλικιωμένοι που επιλέγουν ιατρό της συγκεκριμένης ειδικότητας σε δημόσιες δομές. Επίσης, επειδή δεν έγινε επιλογή συγκεκριμένων ασθενών, αλλά γινόταν πρόταση συμμετοχής στη μελέτη σε κάθε έναν που επισκεπτόταν τα ιατρεία και πληρούσε τις προϋποθέσεις της έρευνας, συχνά δε διέθεταν τον απαιτούμενο χρόνο που απαιτείτο, αν και ήθελαν να συμμετάσχουν. Κάποιοι ηλικιωμένοι εξέφρασαν δυσπιστία, επιφυλάξεις και απορίες ως προς το σκοπό και τη διαδικασία της έρευνας, οι περισσότερες εκ των οποίων κάμφθηκαν μετά την πλήρη ενημέρωση. Οι δυσκολίες που παρουσιάστηκαν σε κάποιες περιπτώσεις σχετικά με την κατανόηση των ερωτήσεων άρθηκαν με τη συμβολή της ερευνήτριας.

### **5.4.1 Από άποψη ηθικής και δεοντολογίας**

Η ερευνήτρια, κατά τη διαδικασία διεξαγωγής της έρευνας, προσπάθησε να τηρήσει κάθε κανόνα ηθικής και δεοντολογίας που πρέπει διέπει τις επιστημονικές μελέτες. Η προσέγγιση των υποψηφίων συμμετεχόντων έγινε με διακριτικότητα. Ενημερώθηκαν πλήρως, προφορικά και ρητά (Παράρτημα Α) για το σκοπό που εξυπηρετεί η έρευνα και αφού τους δόθηκε χρόνος να σκεφτούν υπέγραψαν σχετική δήλωση συγκατάθεσης (Παράρτημα Α), την οποία είχαν τη δυνατότητα να άρουν οποιαδήποτε στιγμή αυτοί ήθελαν.

## **5.5 Αποτελέσματα**

Στις κάτωθι υποενότητες παρατίθενται τα αποτελέσματα της μελέτης. Αρχικά θα Στις κάτωθι υποενότητες παρατίθενται τα αποτελέσματα της μελέτης. Αρχικά θα αναφερθούμε στα περιγραφικά στατιστικά των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος, των χρόνιων παθήσεων και φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνουν οι ασθενείς, των υγιεινο-διαιτητικών συνηθειών τους, της ύπαρξης ελεύθερου χρόνου και των δραστηριοτήτων που τους ικανοποιούν, στις

διαφυλικές διαφορές, καθώς και σε συσχετίσεις που φάνηκαν στατιστικά σημαντικές.

Κατόπιν θα ασχοληθούμε με τα αποτελέσματα της επισκόπησης υγείας SF-36 σε όλες της διαστάσεις, τις διαφυλικές διαφορές που παρατηρούνται και τις συσχετίσεις τους με τα επιμέρους χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων.

### 5.5.1 Στατιστική ανάλυση των επιμέρους χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων

Από τον πίνακα των περιγραφικών στατιστικών (πίνακας 5.1) φαίνεται πως οι 120 συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν ηλικιακή μέση τιμή (mean) 78,863 έτη ( $SD \pm 7,86$ ). Η μικρότερη ηλικία βρέθηκε στα 65 έτη (το όριο που είχε θέσει η μελέτη) και η μεγαλύτερη στα 101 έτη.

	Άτομα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση
<b>Ηλικία</b>	120	65	101	<b>78,4583</b>	7,86322

Πίνακας 5.1: Περιγραφικά στατιστικά - Ηλικία

Από το Mann-Whitney Test που εφαρμόστηκε στην ηλικία σε σχέση με το φύλο (πίνακας 5.2) διαπιστώθηκε πως οι γυναίκες του δείγματος έχουν μεγαλύτερη τιμή μέσης κατάταξης (Mean Rank) από τους άνδρες, χωρίς να υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς την ηλικία ( $p > 0,05$ ).

Φύλο		Άτομα	Mean Rank	Sum of Ranks
<b>Ηλικία</b>	Άνδρας	52	<b>57,31</b>	2980,00
	Γυναίκα	68	<b>62,94</b>	4280,00
	Σύνολο	120		
	U Mann - Whitney=1,602		<b><math>p = ,379 &gt; 0,05</math></b>	

Πίνακας 5.2: U Mann-Whitney Test Φύλο - Ηλικία

Στον πίνακα 5.3 παρουσιάζονται τα ποσοστά των ανδρών και γυναικών που επισκέφτηκαν τα δύο ιατρεία. Συνολικά, από τους 120 ηλικιωμένους που πήραν μέρος στη μελέτη, οι 36 (ποσοστό 30%) προέρχονται από το ιατρείο της Καλαμάτας και οι 84 (ποσοστό 70%) από το ιατρείο του Μεγισαλά. Το ιατρείο της Καλαμάτας

επισκέφθηκαν 14 άνδρες (ποσοστό 11,7% επί του συνόλου) και 22 γυναίκες (ποσοστό 18,3% επί του συνόλου). Το ιατρείο του Μελιγαλά επισκέφθηκαν 38 άνδρες (ποσοστό 31,7% επί του συνόλου) και 46 γυναίκες (ποσοστό 38,3% επί του συνόλου). Και τα δύο ιατρεία συνολικά επισκέφθηκαν 52 άνδρες και 68 γυναίκες. Από το στατιστικό έλεγχο Pearson Chi-Square δεν προκύπτει στατιστικά σημαντική διαφορά των δύο φύλων σε σχέση με το ιατρείο που επισκέφθηκαν ( $p=0,520>0,05$ ).

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Έλεγχοι
Ιατρείο	Καλαμάτα	Άτομα	14	22	36	Pearson Chi-
		% Υποσυνόλου	38,9%	61,1%	100%	Square=0,414
		% Συνόλου	11,7%	18,3%	30,0%	Df=1
	Μελιγαλάς	Άτομα	38	46	84	$p=0,520>0,05$
		%Υποσυνόλου	45,2%	54,8%	100%	
		% Συνόλου	31,7%	38,3%	70,0%	
Σύνολο		Άτομα	52	68	120	
		% Συνόλου	43,3%	56,7%	100%	

Πίνακας 5.3: Φύλο ηλικιωμένων ανά ιατρείο

Στον πίνακα 5.4 αναγράφονται τα στατιστικά στοιχεία των ηλικιωμένων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση και το φύλο. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν έγγαμοι (67 άτομα) εκ των οποίων οι 36 ήταν άνδρες και οι 31 γυναίκες. Το ποσοστό στο σύνολο ανέρχεται σε 30% και 25,8% αντίστοιχα. Δηλαδή το 55,8% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι με υπεροχή των ανδρών. Άγαμοι δήλωσαν 4 άνδρες και 8 γυναίκες, το 10% του συνόλου. Μόνο άνδρες (2) βρέθηκαν να συζούν με άλλο άτομο, ποσοστό 1,7% του συνόλου. Βρέθηκαν, επίσης 5 διαζευγμένοι, ποσοστό 4,2% του συνόλου, 2 άνδρες και 3 γυναίκες. Όσον αφορά τη χηρεία, αποτελεί το 28,3% του συνόλου, δεύτερη συχνότερη οικογενειακή κατάσταση μετά τον έγγαμο βίο. Οι χήροι ανέρχονται σε 8 άτομα, ενώ οι χήρες είναι 26 αποτελώντας περισσότερο από το 1/5 των συμμετεχόντων στη μελέτη (ποσοστό 21,7% επί του συνόλου). Από τον στατιστικό έλεγχο Fisher's Exact Test δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση ( $p=0,013<0,05$ ).

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι
<b>Οικογε- Νειακή Κατάσταση</b>	Έγγαμος/η	Άτομα	<b>36</b>	<b>31</b>	<b>67</b>	
		% Υποσυνόλου	53,7%	46,3%	100%	
		% συνόλου	30,0%	25,8%	55,8%	Fisher's Exact
	Άγαμος/η	Άτομα	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	Test=11,231
		% Υποσυνόλου	33,3%	66,7%	100%	
		% συνόλου	3,3%	6,6%	10%	<b>p=0,013&lt;0,05</b>
	Συζεί με σύντροφο	Άτομα	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	
		% Υποσυνόλου	100%	0%	100%	
		% συνόλου	1,7%	0%	1,7%	
	Διαζευγμένος/η	Άτομα	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	
		% Υποσυνόλου	40%	60%	100%	
		% συνόλου	1,7%	2,5%	4,2%	
	Χήρος/α	Άτομα	<b>8</b>	<b>24</b>	<b>34</b>	
		% Υποσυνόλου	23,5%	76,5%	100%	
		% συνόλου	6,7%	21,7%	28,3%	
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	<b>52</b>	<b>68</b>	<b>120</b>	
		% συνόλου	43,3%	56,7%	100%	

Πίνακας 5.4: Σχέση Οικογενειακής κατάστασης - Φύλο

Στον πίνακα 5.5 φαίνεται η σχέση του αριθμού των ατόμων που ζουν στο ίδιο νοικοκυριό με τον ηλικιωμένο με το φύλο τους. Μόνες τους ζουν 22 γυναίκες (18,3% του συνόλου) και 7 άνδρες (5,8% του συνόλου). Τα περισσότερα άτομα συζούν με ένα ακόμη (ποσοστό 50,8% του συνόλου), ενώ 4 και 6 άτομα συζούν σε μικρότερα ποσοστά (4,2% και 2,5% αντίστοιχα στο σύνολο). Από το στατιστικό έλεγχο Fisher's Exact Test δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,067>0,05$ ) ανάμεσα στο φύλο και τον αριθμό των ατόμων που συγκατοικούν με τον ηλικιωμένο.

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι
<b>Αριθμός Ατόμων Νοικοκυριού</b>	1	Άτομα	<b>7</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	
		% Υποσυνόλου	24.10%	75.90%	100.00%	Fisher's Exact
		% Συνόλου	5.80%	18.30%	24.20%	Test=8,221
	2	Άτομα	<b>32</b>	<b>29</b>	<b>61</b>	<b>p=0,067&gt;0,05</b>
		% Υποσυνόλου	52.50%	47.50%	100.00%	
		% Συνόλου	26.70%	24.20%	50.80%	
	3	Άτομα	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>22</b>	
		% Υποσυνόλου	45.50%	54.50%	100.00%	
		% Συνόλου	8.30%	10.00%	18.30%	
	4	Άτομα	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	
		% Υποσυνόλου	20.00%	80.00%	100.00%	
		% Συνόλου	8.00%	3.30%	4.20%	
	6	Άτομα	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	

		% Υποσυνόλου	66.70%	33.30%	100.00%	
		% Συνόλου	1,7%	0,8%	2,5%	
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	52	68	120	
		% Συνόλου	43.30%	56.70%	100.00%	

**Πίνακας 5.5: Αριθμός ατόμων νοικοκυριού – Φύλο**

Τα περιγραφικά στατιστικά (πίνακας 5.6) δείχνουν πως ο αριθμός των ατόμων που αποτελούν το νοικοκυριό των ηλικιωμένων κυμαίνεται από 1 (δηλαδή ζουν μόνοι τους) έως και 6 άτομα με μέση τιμή 2,125 άτομα ανά νοικοκυριό ηλικιωμένου και σταθερή απόκλιση 0,992 άτομα.

	Άτομα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση
<b>Αριθμός ατόμων νοικοκυριού</b>	120	1,00	6,00	<b>2,1250</b>	0,99209

**Πίνακας 5.6: Περιγραφικά στατιστικά - Αριθμός ατόμων νοικοκυριού**

Ο μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney για τον αριθμό ατόμων του νοικοκυριού σε σχέση με τα δύο φύλα (πίνακας 5.7) εμφανίζει το μέσο της κατάταξης (mean rank) υψηλότερο για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,156>0,05$ )

	Άνδρες Mean Rank	Γυναίκες Mean Rank	U Mann-Whitney
<b>Αριθμός ατόμων νοικοκυριού</b>	65,25	56,87	U=1521 <b>p=0,156&gt;0,05</b>

**Πίνακας 5.7: U Mann-Whitney Test Φύλο - Ηλικία**

Στον πίνακα 5.8 φαίνονται οι διαφυλικές διαφορές των ηλικιωμένων σε σχέση με τον τόπο κατοικίας τους (αστική περιοχή με πληθυσμό άνω των 10.000 κατοίκων, ημιαστική περιοχή με πληθυσμό μεταξύ 2.000 και 10.000 κατοίκων και αγροτική περιοχή με πληθυσμό μικρότερο των 2.000 κατοίκων). Από τη στατιστική ανάλυση προέκυψε πως 31 άτομα (11 άνδρες και 20 γυναίκες), ποσοστό 25,8% του συνόλου, διαβιούσαν σε αστική περιοχή και κυρίως στη Δημοτική Ενότητα Καλαμάτας. Σε ημιαστική περιοχή, κυρίως στη Δημοτική Ενότητα Μελιγαλά του Δήμου Οιχαλίας διαβιούσαν 2 άτομα (1 άνδρας και 1 γυναίκα), ενώ σε αγροτική περιοχή κατοικούσε το 72,5% του συνόλου, 40 άνδρες και 47 γυναίκες. Οι αγροτικές περιοχές που

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι
<b>Βαθ.Αστ.</b>	Αστική	Άτομα	<b>11</b>	<b>20</b>	<b>31</b>	
		% Υποσυνόλου	35.50%	64.50%	100.00%	
		% Συνόλου	9.20%	16.70%	25.80%	
	Ημιαστική	Άτομα	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	Fisher's Exact
		% Υποσυνόλου	50.00%	50.00%	100.00%	Test=1,295
		% Συνόλου	8.00%	8.00%	1.70%	p=0,599>0,05
	Αγροτική	Άτομα	<b>40</b>	<b>47</b>	<b>87</b>	
		% Υποσυνόλου	46.00%	54.00%	100.00%	
		% Συνόλου	33.30%	39.20%	72.50%	
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	<b>52</b>	<b>68</b>	<b>120</b>	
		% Συνόλου	43.30%	56.70%	100.00%	

**Πίνακας 5.8: Βαθμός αστικότητας -Φύλο**

κατοικούν οι ηλικιωμένοι περιλαμβάνουν κυρίως χωριά των Δήμων Καλαμάτας και Οιχαλίας. Από το στατιστικό έλεγχο Fisher's Exact Test δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0,599>0,05$ ) του φύλου των ηλικιωμένων σε σχέση με τον τόπο κατοικίας τους.

Σημαντικά στοιχεία τεκμαίρονται από τον πίνακα 5.9 όπου φαίνεται η σχέση φύλου με το αν ο ηλικιωμένος κατοικεί με συγγενικό του άτομο, με κάποιον άλλο (συνήθως προσωπικό βοηθό ή φροντιστή) ή μόνος του. Τα στοιχεία δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων (70,8% του συνόλου) ζει με κάποιο συγγενή του (44 άνδρες και 41 γυναίκες). Πολύ μικρότερο ποσοστό (4,2% του συνόλου) αποτελούσαν οι ηλικιωμένοι που διαβιών με προσωπικό βοηθό (συνήθως πρόκειται για αλλοδαπές γυναίκες που συγκατοικούν με τον ηλικιωμένο φροντίζοντάς τον) και αφορά σε 1 άνδρα και 4 γυναίκες. Η μεγάλη διαφυλική διαφορά βρίσκεται σε αυτούς που ζουν μόνοι και αποτελούν το 25% του συνόλου (7 άνδρες και 23 γυναίκες). Το Fisher's Exact Test επιβεβαίωσε αυτό το εύρημα με σημαντικά στατιστική διαφορά ( $p=0,011<0,05$ ).

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι
Συγκατοίκηση	Με συγγενή	Άτομα	44	41	85	
		%Υποσυνόλου	51.80%	48.20%	100.00%	
		% Συνόλου	36.70%	34.20%	70.80%	Fisher's Exact
	Με βοηθό	Άτομα	1	4	5	Test=8,355
		% Υποσυνόλου	20.00%	80.00%	100.00%	p=0,011<0,05
		% Συνόλου	8.00%	3,3%	4,2%	
	Μόνος	Άτομα	7	23	30	
		% Υποσυνόλου	23.30%	76.70%	100.00%	
		% Συνόλου	5.80%	19.20%	25.00%	
Σύνολο		Άτομα	52	68	120	
		% Συνόλου	43,3%	56,7%	100%	

Πίνακας 5.9: Συγκατοίκηση -Φύλο

Στον πίνακα 5.10 φαίνεται η σχέση του εκπαιδευτικού επιπέδου των ηλικιωμένων με το φύλο τους. Το μεγαλύτερο ποσοστό (57,5% του συνόλου) με 27 άνδρες και 42 γυναίκες έχουν λάβει κατώτερη εκπαίδευση (6 έτη ή λιγότερα). Το 32,5% (19 άνδρες και 20 γυναίκες) έχουν λάβει μέση εκπαίδευση (7 έως 12 έτη) και το 4,2% (3 άνδρες και 2 γυναίκες) έχουν ανώτερη (φοίτηση σε σχολές ανωτέρου επιπέδου). Ανώτατη εκπαίδευση έχουν λάβει 3 άνδρες και 4 γυναίκες (ποσοστό 5,8% του συνόλου). Από τους στατιστικούς ελέγχους, το Fisher's Exact Test δεν ανέδειξε σημαντική στατιστικά διαφορά ( $p=0,668>0,05$ ) των δύο φύλων σε σχέση με το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων.

			Φύλο			Στατιστικοί έλεγχοι
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Μέση εκπαίδευση	Άτομα	27	42	69	
		% Υποσυνόλου	39,10%	60,90%	100,00%	Fisher's Exact
		% Συνόλου	22,50%	35,00%	57,50%	Test=1,673
	Μέση εκπαίδευση	Άτομα	19	20	39	
		% Υποσυνόλου	48,70%	51,30%	100,00%	p=0,668>0,05
		% Συνόλου	15,80%	16,70%	32,50%	
	Ανώτερη εκπαίδευση	Άτομα	3	2	5	
		% Υποσυνόλου	60,00%	40,00%	100,00%	
		% Συνόλου	2,50%	1,70%	4,20%	
	Ανώτατη	Άτομα	3	4	7	

	εκπαίδευση	% Υποσυνόλου	42,90%	57,10%	100,00%	
		% Συνόλου	2,50%	3,30%	5,80%	
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	52	68	120	
		% Συνόλου	43,30%	56,70%	100,00%	

**Πίνακας 5.10: Σχέση μορφωτικού επιπέδου - Φύλου**

Από τον πίνακα 5.11 των περιγραφικών στατιστικών φαίνεται πως τα έτη εκπαίδευσης των ηλικιωμένων κυμαίνονται από 0 έως 18 με μέση τιμή τα 6,6917 ( $SD \pm 4,42262$ ) έτη.

	Άτομα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση
<b>Έτη εκπαίδευσης</b>	120	0,00	18,00	6,6917	4,42262

**Πίνακας 5.11: Περιγραφικά στατιστικά - Έτη εκπαίδευσης**

	Άνδρες Mean Rank	Γυναίκες Mean Rank	U Mann-Whitney
<b>Έτη εκπαίδευσης</b>	68,16	54,64	U=1369,5 p=0,034<0,05

**Πίνακας 5.12: U Mann-Whitney Test Φύλο - Έτη εκπαίδευσης**

Ο μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney (πίνακας 5.12) έδειξε πως το μέσο της κατάταξης για τα έτη εκπαίδευσης στους άνδρες ήταν υψηλότερο από αυτό στις γυναίκες και μάλιστα με στατιστικά σημαντική διαφορά  $p=0,034<0,05$ .

Στον πίνακα 5.13 παρουσιάζονται περιγραφικά στατιστικά και ο μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney μεταξύ ανδρών-γυναικών που σχετίζονται με τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων που πάσχουν οι ηλικιωμένοι, τον αριθμό των φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνουν σε χρόνια βάση, αλλά και το πόσα από αυτά είναι γενόσημα. Όσον αφορά στις διαφυλικές διαφορές και για τα τρία χαρακτηριστικά που μελετώνται φάνηκε πως οι γυναίκες ήταν πιο επιβαρυνμένες με μεγαλύτερο αριθμό χρόνιων παθήσεων, μεγαλύτερη πολυφαρμακία, αλλά και περισσότερα γενόσημα (το mean rank των γυναικών ήταν μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών και για τα τρία χαρακτηριστικά), χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά για κανένα από αυτά. Από τη μελέτη όμως των περιγραφικών στατιστικών φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν από 0 έως 11 χρόνιες παθήσεις, με μέση τιμή 4,48 ( $SD=2,122$ ) παθήσεις για κάθε άτομο. Η χρόνια λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων κυμάνθηκε από 0 έως



και 15 σκευάσματα με μέση τιμή 6,233 (SD±3,490). Τα γενόσημα φάρμακα που λάμβαναν οι ηλικιωμένοι ήταν από 0 έως και 6 με μέση τιμή 1,216 (SD±1,379).

			Αριθμός χρόνιων παθήσεων	Αριθμός φαρμάκων	Αριθμός γενοσήμων
		Άτομα	120	120	120
Περιγραφικά στατιστικά		Ελάχιστη τιμή	0,00	0,00	0,00
		Μέγιστη τιμή	11,00	15,00	6,00
		Μέση τιμή	4,483	6,233	1,216
U Mann Whitney	Mean Rank	Σταθερή απόκλιση	2,122	3,490	1,379
		Άνδρες	58,4	59,55	54,21
		Γυναίκες	62,1	61,23	65,31
	Τιμή	U	1659	1718,5	1441,000
	P		0,560>0,05	0,792>0,05	0,070>0,05

**Πίνακας5. 13:** Περιγραφικά στατιστικά και μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney ανδρών - γυναικών σε σχέση με τον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, τον αριθμό φαρμάκων και τον αριθμό γενοσήμων

Στον πίνακα 5.14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης της σχέσης φύλου και διατροφικού προγράμματος. Οι ηλικιωμένοι ερωτήθηκαν εάν ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής που τους έχει προταθεί από επαγγελματία υγείας και σχετίζεται με την υγεία τους. Διαπιστώθηκε πως ένας στους τρεις, 40 άτομα (ποσοστό 33,3% στο σύνολο) ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής. Από αυτούς οι 27 ήταν γυναίκες και οι 13 άνδρες. Οι υπόλοιποι 80 ηλικιωμένοι (39 άνδρες και 41 γυναίκες) δεν ακολουθούσαν πρόγραμμα διατροφής. Ο στατιστικός έλεγχος Pearson Chi-Square Test έδειξε πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο και το εάν οι ηλικιωμένοι ακολουθούν συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα ( $p=0,090>0,05$ ).

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	έλεγχοι
Ακολουθεί	Ναι	Άτομα	13	27	40	
διατροφικό		% Υποσυνόλου	32,5%	67,5%	100%	Pearson Chi-
πρόγραμμα		% Συνόλου	10,8%	22,5%	33,3%	Square=2,868
	Όχι	Άτομα	39	41	80	df=1
		% Υποσυνόλου	48,75%	51,3%	100%	$p=0,090>0,05$

		% Συνόλου	32,5%	34,2%	66,7%	
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	52	68	120	
		% Συνόλου	43,3%	56,7%	100%	

**Πίνακας 5.14: Σχέση Φύλου - Διατροφικού προγράμματος**

Αντίστοιχα, στον πίνακα 5.15 φαίνεται η σχέση φύλου ηλικιωμένων και τακτικής άσκησης. Στην ερώτηση εάν ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης τα άτομα που μετείχαν στην έρευνα απάντησαν θετικά σε ποσοστό 14,2% (17 άτομα από τα 120 εκ των οποίων 7 ήταν άνδρες και 10 γυναίκες) και αρνητικά σε ποσοστό 85,8% (103 άτομα εκ των οποίων ήταν 45 άνδρες και 58 γυναίκες). Το Pearson Chi-Square Test δεν έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα σε σχέση με το εάν ακολουθούσαν συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης.

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο	Έλεγχοι
<b>Ακολουθεί</b>		Άτομα	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	
<b>πρόγραμμα</b>	Ναι	% Υποσυνόλου	41,2%	58,8%	100%	
<b>άσκησης</b>		% Συνόλου	5,8%	8,3%	14,2%	Pearson Chi-Square=0,038
		Άτομα	<b>45</b>	<b>58</b>	<b>103</b>	
	Όχι	% Υποσυνόλου	43,7%	56,3%	100%	
		% Συνόλου	37,5%	48,3%	85,8%	df=1
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	52	68	120	p=0,846>0,05
		% Συνόλου	43,3%	56,7%	100%	

**Πίνακας 5.15: Σχέση Φύλου - Προγράμματος άσκησης**

Η σχέση φύλου και ελεύθερου χρόνου που διέθεταν οι ηλικιωμένοι φαίνεται στον πίνακα 5.16. Τα άτομα που ανέφεραν πως διέθεταν ελεύθερο χρόνο ανέρχονται σε 101 (ποσοστό 84,2% του συνόλου) εκ των οποίων οι 44 είναι άνδρες και οι 57 γυναίκες. Ένα μικρότερο ποσοστό (15,8%) στο οποίο ανήκαν 8 άνδρες και 11 γυναίκες δήλωσαν πως δεν έχουν ελεύθερο χρόνο. Ο έλεγχος Pearson Chi-Square Test δεν έδειξε στατιστική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το εάν διέθεταν ή όχι ελεύθερο χρόνο ( $p>0,05$ ).

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι

<b>Ελεύθερος Χρόνος</b>	Ναι	Άτομα	<b>44</b>	<b>57</b>	<b>101</b>	
		% Υποσυνόλου	43,60%	56,40%	100,00%	Pearson Chi-Square=0,014
		% Σύνολο	36,70%	47,50%	84,20%	
	Όχι	Άτομα	<b>8</b>	<b>11</b>	<b>19</b>	Df=1
		% Υποσυνόλου	42,10%	57,90%	100,00%	
		% Σύνολο	6,70 %	9,10%	15,80%	p=0,906>0,05
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	52,00%	68,00%	120	
		% Σύνολο	43,30%	56,70%	100,00%	

Πίνακας 5.16: Σχέση Φύλου - Ελεύθερου χρόνου

Στην ερώτηση που αφορά στο εάν υπάρχουν δραστηριότητες που δίνουν ευχαρίστηση στους ηλικιωμένους (πίνακας 5.17) παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο. Στον πίνακα 5.17 φαίνεται πως 50 άνδρες και 49 γυναίκες (ποσοστό 82,5% του συνόλου των ερωτηθέντων) έβρισκαν ικανοποίηση από κάποιες δραστηριότητες. Αντίθετα, 21 άτομα (2 άνδρες και 21 γυναίκες) απάντησαν πως δε έβρισκαν ικανοποίηση σε κάποια δραστηριότητα. Από τον πίνακα 5.17 συνάγεται το συμπέρασμα πως οι γυναίκες ευχαριστιούνται λιγότερο σε σχέση με τους άνδρες τις δραστηριότητες που έχουν κατά τον ελεύθερο χρόνο τους ( $p<0,01$ ).

			<b>Φύλο</b>		<b>Σύνολο</b>	<b>Στατιστικοί</b>
			Άνδρας	Γυναίκα		έλεγχοι
<b>Υπάρχουν δραστηριότητες που σας ευχαριστούν</b>	Ναι	Άτομα	<b>50</b>	<b>49</b>	<b>99</b>	Pearson Chi-Square=11,849
		% Υποσυνόλου	50,50%	49,50%	100,00 %	Df=1
		% Συνόλου	41,70%	40,80%	82,50%	
	Όχι	Άτομα	<b>2</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	p=0,001<0,05
		% Υποσυνόλου	9,50%	90,50%	100,00 %	
		% Συνόλου	1,70%	15,80%	17,50%	
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	52	68	120	
		% Συνόλου	43,30%	56,70%	100,00 %	

Πίνακας 5.17: Σχέση Φύλου - Ικανοποίησης από δραστηριότητες

Στη συνέχεια μελετήθηκαν συγκεκριμένες δραστηριότητες που ευχαριστούν τους ηλικιωμένους (πίνακας 5.18). Από αυτούς που απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες που τους ευχαριστούν (99 από τα 120 άτομα

και ποσοστό 82,5%), ζητήθηκε να κατονομάσουν έως τρεις δραστηριότητες που τους ικανοποιούν κατά σειρά προτεραιότητας (η πρώτη δραστηριότητα τους προσέφερε τη μεγαλύτερη ικανοποίηση, η δεύτερη μικρότερη και η τρίτη ακόμη πιο μικρή). Δύο (2) άτομα (ποσοστό 1,70%) ανέφεραν 3 δραστηριότητες που τους ευχαριστούν, 42 άτομα (ποσοστό 35,00%) ανέφεραν 2 δραστηριότητες και 99 άτομα 1 δραστηριότητα.

	Περιπτώσεις					
	Θετικές	απαντήσεις	Αρνητικές	Απαντήσεις	Σύνολο	
	Άτομα	Ποσοστό	Άτομα	Ποσοστό	Άτομα	Ποσοστό
<b>Δραστηριότητα 1</b>	<b>99</b>	82,50%	<b>21</b>	17,5%	120	100,00%
<b>Δραστηριότητα 2</b>	<b>42</b>	35,00%	<b>78</b>	65,00%	120	100,00%
<b>Δραστηριότητα 3</b>	<b>2</b>	1,70%	<b>118</b>	98,30%	120	100,00%

**Πίνακας 5.18: Ποσοστά απαντήσεων στις δραστηριότητες που προσφέρουν ικανοποίηση**

Στον πίνακα 5.19 φαίνονται οι 9 συχνότερες δραστηριότητες που προσέφεραν ικανοποίηση και αναφέρονται ως πρώτη επιλογή από τους ηλικιωμένους. 36 άτομα (ποσοστό 36,4%), 19 άνδρες και 17 γυναίκες δήλωσαν πως περισσότερο απ' όλα τους ευχαριστεί να ασχολούνται με τον κήπο τους (περιποίηση λουλουδιών, κλάδεμα, σκάλισμα, πότισμα) ή με διάφορες αγροτικές εργασίες. 26 άτομα (ποσοστό 26,3%), 17 άνδρες και 9 γυναίκες ανέφεραν ως κύρια ενασχόληση που τους ευχαριστεί τη συναναστροφή στη γειτονιά και στο καφενείο. 11 άτομα (ποσοστό 11,1%) δήλωσαν πως η ενασχόληση με τα εγγόνια τους είναι η μεγαλύτερη ευχαρίστησή τους εκ των οποίων 3 ήταν άνδρες και 8 γυναίκες. Το ίδιο ποσοστό, 8,1%, ανέφερε ως βασική πηγή ευχαρίστησης αφενός τα ταξίδια-εκδρομές (3 άνδρες και 5 γυναίκες) και αφετέρου τον περίπατο-βόλτα σκύλου (2 άνδρες και 6 γυναίκες). Οι έντονες δραστηριότητες που περιελάμβαναν το κολύμπι, το κυνήγι, την ποδηλασία ή την πεζοπορία αναφέρονται ως πρώτη επιλογή από 5 άτομα (5,1%), 4 άνδρες και 1 γυναίκα. Ο εκκλησιασμός και η συμμετοχή σε δραστηριότητες διάφορων συλλόγων αποτελούσαν πρώτη επιλογή για το ίδιο ποσοστό (2%) με 2 άνδρες και 2 γυναίκες αντίστοιχα. Τέλος, 1 γυναίκα (ποσοστό 1%) δήλωσε πως μεγαλύτερη ευχαρίστηση της έδινε το να ασχολείται με οικιακές εργασίες. Το Fisher's Exact Test δεν έδειξε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την πρώτη επιλογή ευχάριστης δραστηριότητας ανάμεσα στα δύο φύλα.



			Φύλο			Στατιστικοί
			Ανδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι
Δραστηριότητα 1	Κήπος, Αγροτικές	Άτομα	19	17	36	
	Εργασίες	% Υποσυνόλου	52,80%	47,20%	100,00%	
		% Συνόλου	19,20%	17,20%	36,40%	
	Εκκλησία	Άτομα	2	0	2	Fisher's Exact
		% Υποσυνόλου	100,00%	0,00%	100,00%	Test=12,966
		% Συνόλου	2,00%	0,00%	2,00%	
	Γειτονιά,	Άτομα	17	9	26	
	Καφενείο	% Υποσυνόλου	65,40%	34,60%	100,00%	
		% Συνόλου	17,20%	9,10%	26,30%	p=0,069>0,05
	Εκδρομές,	Άτομα	3	5	8	
	Ταξίδια	% Υποσυνόλου	37,50%	62,50%	100,00%	
		% Συνόλου	3,00%	5,10%	8,10%	
	Περίπατος,	Άτομα	2	6	8	
	Βόλτα σκύλου	% Υποσυνόλου	25,00%	75,00%	100,00%	
		% Συνόλου	2,00%	6,10%	8,10%	
	Απασχόληση με	Άτομα	3	8	11	
	τα εγγόνια	% Υποσυνόλου	27,30%	72,70%	100,00%	
		% Συνόλου	3,00%	8,10%	11,10%	
	Δραστηριότητες	Άτομα	4	1	5	
	Έντασης	% Υποσυνόλου	80,00%	20,00%	100,00%	
		% Συνόλου	4,00%	1,00%	5,10%	
	Συμμετοχή	Άτομα	0	2	2	
	σε σύλλογο	% Υποσυνόλου	0,00%	100,00%	100,00%	
		% Συνόλου	0	2,00%	2,00%	
	Οικιακά	Άτομα	0	1	1	
		% Υποσυνόλου	0,00%	100,00%	100,00%	
		% Συνόλου	0,00%	1,00%	1,00%	
Σύνολο		Άτομα	50	49	99	
		% Συνόλου	50,50%	49,50%	100,00%	

Πίνακας 5.19: Σχέση Φύλου - Δραστηριότητας 1

σκάλισμα, πότισμα) ή με διάφορες αγροτικές εργασίες. 26 άτομα (ποσοστό 26,3%), 17 άνδρες κι 9 γυναίκες αναφέρουν ως κύρια ενασχόληση που τους ευχαριστεί τη συναναστροφή στη γειτονιά και στο καφενείο. 11 άτομα (ποσοστό 11,1%) λένε πως η ενασχόληση με τα εγγόνια τους είναι η μεγαλύτερη ευχαρίστησή τους, εκ των οποίων 3 ήταν άνδρες κι 8 γυναίκες. Το ίδιο ποσοστό, 8,1%, αναφέρει ως βασική πηγή ευχαρίστησης αφενός τα ταξίδια-εκδρομές (3 άνδρες και 5 γυναίκες) κι αφετέρου τον περίπατο-βόλτα σκύλου (2 άνδρες κι 6 γυναίκες). Οι έντονες δραστηριότητες που περιλαμβάνουν το κολύμπι, το κυνήγι, την ποδηλασία ή την πεζοπορία αναφέρονται ως πρώτη επιλογή από 5 άτομα (5,1%), 4 άνδρες και 1 γυναίκα. Ο εκκλησιασμός και η συμμετοχή σε δραστηριότητες διαφόρων συλλόγων αποτελούν πρώτη επιλογή για το ίδιο ποσοστό (2%) με 2 άνδρες και 2 γυναίκες αντίστοιχα. Τέλος, 1 γυναίκα (ποσοστό 1%) δηλώνει πως μεγαλύτερη ευχαρίστηση της δίνει το να ασχολείται με οικιακές εργασίες. Από τους στατιστικούς ελέγχους και συγκεκριμένα το Fisher's Exact Test δε φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την πρώτη επιλογή ευχάριστης δραστηριότητας ανάμεσα στα δύο φύλα.

			Φύλο			Στατιστικοί
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο	Έλεγχοι
Δραστηριότητα 2	Κήπος, Αγροτικές εργασίες	Άτομα	4	3	7	
		% Υποσυνόλου	57,10%	42,90%	100,00%	
		% Συνόλου	9,50%	7,10%	16,70%	
	Εκκλησία	Άτομα	0	5	5	Fisher's Exact
		% Υποσυνόλου	0,00%	100,00%	100,00%	Test=8,758
		% Συνόλου	0,00%	11,89%	11,90%	
	Γειτονιά, Καφενείο	Άτομα	6	7	13	
		% Υποσυνόλου	46,20%	53,80%	100,00%	
		% Συνόλου	14,30%	16,70%	31,00%	p=0,331>0,05
	Εκδρομές, Ταξίδια	Άτομα	0	1	1	
		% Υποσυνόλου	0,00%	100,00%	100,00%	
		% Συνόλου	0,00%	2,40%	2,40%	
	Περίπατος, Βόλτα σκύλου	Άτομα	2	3	5	
		% Υποσυνόλου	40,00%	60,00%	100,00%	
		% Συνόλου	4,80%	7,10%	11,90%	
	Απασχόληση με τα εγγόνια	Άτομα	0	2	2	
		% Υποσυνόλου	0,00%	100,00%	100,00%	
		% Συνόλου	0,00%	4,80%	4,80%	
	Δραστηριότητες έντασης	Άτομα	3	3	6	
		% Υποσυνόλου	50,00%	50,00%	100,00%	
		% Συνόλου	7,10%	7,10%	14,30%	
	Συμμετοχή σε σύλλογο	Άτομα	1	0	1	
		% Υποσυνόλου	100,00%	0,00%	100,00%	
		% Συνόλου	2,40%	0,00%	2,40%	
	Ψώνια	Άτομα	0	2	2	
		% Υποσυνόλου	0,00%	100,00%	100,00%	
		% Συνόλου	0,00%	4,80%	4,80%	
Σύνολο		Άτομα	16	26	42	
		% Συνόλου	38,10%	61,90%	100,00%	

Πίνακας 5.20: Σχέση Φύλου - Δραστηριότητας 2

Στον πίνακα 5.20 παρουσιάζονται οι δραστηριότητες που αποτελούν δεύτερη επιλογή για τους ηλικιωμένους ως προς την ευχαρίστηση που τους προσφέρουν. 42 άτομα ανέφεραν δεύτερη δραστηριότητα (16 άνδρες και 26 γυναίκες). Από αυτούς, 6 άνδρες και 7 γυναίκες δήλωσαν το καφενείο-γειτονιά, 4 άνδρες και 3 γυναίκες τη φροντίδα του κήπου ή αγροτικές εργασίες, 3 άνδρες και 3 γυναίκες δραστηριότητες έντασης, 5 άτομα τον εκκλησιασμό και τον περίπατο-βόλτα σκύλου (5 γυναίκες και 2 άνδρες και 3 γυναίκες αντίστοιχα), από 2 γυναίκες δήλωσαν την ενασχόληση με τα εγγόνια τους και τα ψώνια και τέλος 1 άνδρας ανέφερε τη συμμετοχή του σε σύλλογο και 1 γυναίκα τα ψώνια. Από το στατιστικό έλεγχο Fisher's Exact Test δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο και τις δραστηριότητες που ικανοποιούσαν τους ηλικιωμένους και αναφέρονται από αυτούς ως δεύτερη επιλογή.

Ως τρίτη επιλογή δραστηριότητας που τους ικανοποιεί, μόνο 2 άτομα ανέφεραν κάποια (πίνακας 5.21). Ένας άνδρας δήλωσε το καφενείο- γειτονιά και μία γυναίκα τον περίπατο-βόλτα σκύλου, χωρίς να μπορούν να εξαχθούν στατιστικά αποτελέσματα.

			Φύλο		
			Άνδρας	Γυναίκα	Σύνολο
<b>Δραστηριότητα 3</b>	Γειτονιά,	Άτομα	1	0	1
	Καφενείο	%	100,00%	0,00%	100,00%
		Υποσυνόλου			
		% Συνόλου	50,00%	0,00%	50,00%
	Περίπατος,	Άτομα	0	1	1
	Βόλτα	%	0,00%	100,00%	100,00%
	σκύλου	Υποσυνόλου			
		% Συνόλου	0,00%	50,00%	50,00%
<b>Σύνολο</b>		Άτομα	1	1	2
		% Συνόλου	50,00%	50,00%	100,00%

Πίνακας 5.21: Σχέση Φύλου - Δραστηριότητας 3

		Έτη Εκπαίδευσης	Αριθμός Φαρμάκ ων	Αριθμός Γενοσήμ ων	Ικανοποίη ση από τη ζωή	Διατροφικό πρόγραμμα
<b>Φύλο</b>	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,195</b>			<b>-0,314</b>	
	P	<b>0,033</b>			<b>0,000</b>	
<b>Ηλικία</b>	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,513</b>				
	P	<b>0,000</b>				
<b>Αριθμός Χρόνιων Παθήσεων</b>	Συντελεστής συσχέτισης		<b>0,886</b>	<b>0,480</b>		
	P		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		
<b>Αριθμός Φαρμάκω ν</b>	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,232</b>		<b>0,529</b>		
	P	<b>0,011</b>		<b>0,000</b>		
<b>Άσκηση</b>	Συντελεστής συσχέτισης					<b>0,270</b>
	P					<b>0,003</b>

Πίνακας 5.22: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho δημογραφικών χαρακτηριστικών - Μεταξύ τους σχέσεις με στατιστικά σημαντική διαφορά

Στον πίνακα 5.22 παρουσιάζονται αποτελέσματα συσχετίσεων με το συντελεστή συσχέτισης Spearman's (Spearman's rho) που αφορούν σε όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που αναλύθηκαν έως τώρα και εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά. Διαπιστώνεται από τον παραπάνω πίνακα πως το φύλο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση (-0,195) με τα έτη εκπαίδευσης, δηλαδή, οι

ηλικιωμένοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν λάβει περισσότερα έτη εκπαίδευσης συγκριτικά με τις ηλικιωμένες γυναίκες και αντίστροφα. Επίσης, προκύπτει πως το φύλο σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τις καθημερινές δραστηριότητες τους (συντελεστής συσχέτισης=0,314), γεγονός που δείχνει πως οι ηλικιωμένες γυναίκες συγκεντρώνουν στατιστικά πολύ περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τους ηλικιωμένους άνδρες να ικανοποιούνται από τις καθημερινές δραστηριότητες και αντίστροφα.

### 5.5.2 Αποτελέσματα του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36

Στην συνέχεια θα μελετηθούν τα αποτελέσματα του στατιστικού ελέγχου που σχετίζονται με τις επιμέρους κλίμακες του ερωτηματολογίου επισκόπησης υγείας SF-36 και χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που λαμβάνουν μέρος στη μελέτη.

	Άτομα	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Σταθερή απόκλιση
<b>ΣΛ</b>	120	0,00	100,00	<b>55,000</b>	28,733
<b>ΣΡ</b>	120	0,00	100,00	<b>41,875</b>	39,183
<b>Συν.Ρ</b>	120	0,00	100,00	<b>41,388</b>	40,536
<b>Ζ</b>	120	25,00	60,00	<b>45,625</b>	6,467
<b>ΨΥ</b>	120	12,00	80,00	<b>45,766</b>	17,087
<b>ΚΛ</b>	120	0,00	100,00	<b>55,416</b>	30,778
<b>ΣΠ</b>	120	10,00	100,00	<b>62,187</b>	27,760
<b>ΓΥ</b>	120	4,17	79,17	<b>34,652</b>	15,580
<b>ΣΚΣΥ</b>	120	12,29	88,13	<b>48,159</b>	16,480
<b>ΣΚΨΥ</b>	120	12,29	88,13	<b>48,196</b>	16,467

**Πίνακας 5.23: Περιγραφικά στατιστικά διαστάσεων ποιότητας ζωής του SF-36**

Στον πίνακα 5.23 παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 διαστάσεων και των 2 συνοπτικών κλιμάκων της ποιότητας ζωής της επισκόπησης υγείας SF-36. Κάθε τιμή προκύπτει από τη μέση τιμή των απαντήσεων σε συγκεκριμένες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Έτσι, οι τιμές της διάστασης της Σωματικής Λειτουργικότητας (ΣΛ) προκύπτουν από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12,

του Σωματικού Ρόλου (ΣΡ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, του Συναισθηματικού Ρόλου (ΣΡ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, της Ζωτικότητας (Ζ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, της Ψυχικής Υγείας (ΨΥ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, της Κοινωνικής Λειτουργικότητας (ΚΛ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 20 και 32, του Σωματικού Πόνου (ΣΠ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, της Γενικής Υγείας (ΓΥ) από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, η Συνοπτική Κλίμακα Σωματικής Υγείας (ΣΚΣΥ) από τις διαστάσεις ΣΛ, ΣΡ, ΣΠ και ΓΥ και τέλος η Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (ΣΚΨΥ) από τις διαστάσεις Συν.Ρ, Ζ, ΨΥ και ΚΛ.

Από τον πίνακα 5.23 προκύπτει πως οι μεγαλύτερες μέσες τιμές, στο σύνολο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, παρατηρήθηκαν στις κλίμακες του Σωματικού Πόνου (62,187,  $SD=\pm 27,760$ ), της Κοινωνικής Λειτουργικότητας (55,416,  $SD=\pm 30,778$ ) και της Σωματικής Λειτουργικότητας (55,000,  $SD=\pm 28,733$ ).

Στον πίνακα 5.24 παρουσιάζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος των διαστάσεων της ποιότητας ζωής του SF-36 σε σχέση με το φύλο των ηλικιωμένων. Από τα αποτελέσματα φαίνεται πως το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) όλων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής των ανδρών υπερέχει αυτού των γυναικών και μάλιστα με πολύ σημαντικές στατιστικά διαφορές (πλην της Ζωτικότητας) ( $p=0,000<0,05$ ).

	<b>Άνδρες Mean Rank</b>	<b>Γυναίκες Mean Rank</b>	<b>U Mann-Whitney</b>
<b>ΣΛ</b>	80,04	45,56	<b>U=752,000 p=0,000&lt;0,05</b>
<b>ΣΡ</b>	73,06	50,9	<b>U=1115,000 p=0,000&lt;0,05</b>
<b>Συν.Ρ</b>	74,47	49,82	<b>U=1041,500 p=0,000&lt;0,05</b>
<b>Ζ</b>	64,4	57,79	U=1584,000 p=0,316>0,05
<b>ΨΥ</b>	79,02	46,34	<b>U=805,000 p=0,000&lt;0,05</b>
<b>ΚΛ</b>	80,61	45,13	<b>U=722,500 p=0,000&lt;0,05</b>
<b>ΣΠ</b>	84,94	41,81	<b>U=497,000 p=0,000&lt;0,05</b>

<b>ΓΥ</b>	82,57	43,63	<b>U=620,500 p=0,000&lt;0,05</b>
-----------	-------	-------	--------------------------------------

**Πίνακας 5.24: U Mann-Whitney Test, Φύλο - Διαστάσεις SF-36**

Από τη μελέτη του πίνακα 5.25 προκύπτουν οι συσχετίσεις των διαφόρων χαρακτηριστικών των ηλικιωμένων (στο σύνολό τους) με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους. Η σχέση φύλου διαστάσεων ποιότητας ζωής επιβεβαιώνεται, όπως και με το Mann-Whitney U test, σε όλες τις διαστάσεις. Φαίνεται πως υπάρχει αρνητική συσχέτιση, δηλαδή οι άνδρες βαθμολογούν καλύτερα την ποιότητα ζωής τους, και μάλιστα με πολύ σημαντική στατιστική διαφορά (εκτός της διάστασης Ζωτικότητα) ( $p=0,000<0,05$ ).

Όσον αφορά στη σχέση ηλικίας και διαστάσεων ποιότητας ζωής, αυτή φαίνεται να είναι αρνητική για όλες τις διαστάσεις και για τη Σωματική Λειτουργικότητα, το Σωματικό Ρόλο, το Συναισθηματικό Ρόλο, την Κοινωνική Λειτουργικότητα και το Σωματικό Πόνο καταγράφηκε μεγάλη στατιστική διαφορά ( $p=0,000$ ,  $p=0,005$ ,  $p=0,013$ ,  $p=0,01$  και  $p=0,004$  αντίστοιχα), δηλαδή, τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα βαθμολογούν κατά κανόνα χαμηλότερα την ποιότητα ζωής τους και αντίστροφα.

Σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που συγκατοικούν στο ίδιο νοικοκυριό δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Αντίθετα, τα έτη εκπαίδευσης φάνηκε να σχετίζονται θετικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (δηλαδή όσο περισσότερα εκπαιδευτικά έτη έχουν παρακολουθήσει τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους και αντίστροφα).

		<b>ΣΛ</b>	<b>ΣΡ</b>	<b>Συν.Ρ</b>	<b>Ζ</b>	<b>ΨΥ</b>	<b>ΚΛ</b>	<b>ΣΠ</b>	<b>ΓΥ</b>
<b>Φύλο</b>	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,494</b>	<b>-0,330</b>	<b>-0,370</b>	-0,092	<b>-0,469</b>	<b>-0,511</b>	-	<b>-0,559</b>
	P	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,318	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
<b>Ηλικία</b>	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,462</b>	<b>-0,255</b>	<b>-0,226</b>	-0,026	-0,173	<b>-0,235</b>	-	-0,133
	P	<b>0,000</b>	<b>0,005</b>	<b>0,013</b>	0,782	0,059	<b>0,010</b>	<b>0,004</b>	0,147
<b>Αριθμός Ατόμων Νοικοκυριού</b>	Συντελεστής συσχέτισης	0,890	-0,036	-0,046	0,017	-0,073	-0,124	-	0,010
	P	0,765	0,693	0,619	0,853	0,430	0,177	0,395	0,914

Έτη Εκπαίδευσης	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,394</b>	0,160	<b>0,201</b>	0,109	<b>0,278</b>	<b>0,243</b>	<b>0,339</b>	<b>0,302</b>
	P	<b>0,000</b>	0,080	<b>0,028</b>	0,236	<b>0,002</b>	<b>0,007</b>	<b>0,000</b>	<b>0,001</b>
Αριθμός Φαρμάκων	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,374</b>	<b>-0,246</b>	-0,121	-0,088	-0,150	-0,138	-	<b>-0,234</b>
	P	<b>0,000</b>	<b>0,007</b>	0,187	0,341	0,102	0,133	<b>0,001</b>	<b>0,010</b>
Αριθμός Γενοσήμων	Συντελεστής συσχέτισης	<b>-0,249</b>	-0,112	-0,043	-0,138	-0,064	-0,115	-	-0,90
	P	<b>0,006</b>	0,223	0,640	0,134	0,486	0,212	0,158	0,330

**Πίνακας 5.25: : Συσχετίσεις με το δείκτη Spearman's rho διαστάσεων της ποιότητας ζωής με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των ηλικιωμένων**

Η σχέση αριθμού φαρμάκων και γενόσημων φαρμάκων, που λαμβάνονται σε χρόνια βάση, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής γενικά ήταν αρνητική (όσο περισσότερα φάρμακα λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχουν να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αντίστροφα), αλλά στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε στη Σωματική Λειτουργικότητα, Σωματικό Ρόλο, Σωματικό Πόνο και Γενική Υγεία ( $p=0,000$ ,  $p=0,007$ ,  $p=0,001$  και  $p=0,01$  αντίστοιχα) για το συνολικό αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν και στη Σωματική Λειτουργικότητα ( $p=0,006$ ) σε σχέση με τον αριθμό λήψης γενόσημων φαρμάκων.

Από τη μελέτη του πίνακα 5.26 προκύπτουν οι συσχετίσεις των διαστάσεων της ποιότητας ζωής με τρία συγκεκριμένα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (για το σύνολό τους): το αν ακολουθούν συγκεκριμένο διατροφικό πρόγραμμα, αν ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης και αν διαθέτουν ελεύθερο χρόνο. Παρατηρήθηκαν τρεις μόνο συσχετίσεις με σημαντικά στατιστική διαφορά. Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου στους ηλικιωμένους του δείγματος συσχετίστηκε θετικά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με τη Σωματική Λειτουργικότητα και το Σωματικό Ρόλο ( $p=0,021$  και  $p=0,007$  αντίστοιχα). Επίσης, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση στην τήρηση κάποιου διατροφικού προγράμματος με την Ψυχική Υγεία, δηλαδή, οι ηλικιωμένοι που δεν εφαρμόζουν ενδεδειγμένο διατροφικό πρόγραμμα από ειδικό έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μεγαλύτερες τιμές στον παράγοντα «ψυχική υγείας» της Επισκόπησης Υγείας SF-36 και αντίστροφα.

			Διατροφικό πρόγραμμα	Πρόγραμμα άσκησης	Ελεύθερος χρόνος
<b>Spearman's rho</b>	ΣΛ	Συντελεστής συσχέτισης	-0,052	-0,144	<b>0,210</b>
		P	0,570	0,118	<b>0,021</b>
	ΣΡ	Συντελεστής συσχέτισης	0,153	0,035	<b>0,244</b>
		P	0,095	0,706	<b>0,007</b>
	Συν.Ρ	Συντελεστής συσχέτισης	0,171	-0,029	0,089
		P	0,061	0,754	0,335
	Z	Συντελεστής συσχέτισης	0,078	-0,083	0,036
		P	0,399	0,365	0,097
	ΨΥ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,179</b>	-0,019	0,042
		P	<b>0,050</b>	0,840	0,646
	ΚΛ	Συντελεστής συσχέτισης	0,079	-0,016	0,040
		P	0,393	0,865	0,668
	ΣΠ	Συντελεστής συσχέτισης	0,008	0,005	0,139
		p	0,933	0,961	0,131
	ΓΥ	Συντελεστής συσχέτισης	0,113	-0,111	0,070
		P	0,219	0,228	0,445

**Πίνακας 5.26: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho διαστάσεων ποιότητας ζωής - άσκησης, διατροφής κι ελεύθερου χρόνου**

Στον πίνακα 5.27 φαίνονται οι συσχετίσεις των διαστάσεων της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μεταξύ τους (στο σύνολό τους). Για όλες τις περιπτώσεις υπάρχει θετική συσχέτιση και μάλιστα με μεγάλη στατιστική διαφορά ( $p=0,000<0,05$ ). Εξαίρεση αποτελεί η διάσταση της Ζωτικότητας, που αφορά στη ζωντάνια, την ενεργητικότητα αλλά και την κόπωση, η οποία δε βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με καμία από τις υπόλοιπες διαστάσεις.

			ΣΛ	ΣΡ	Συν.Ρ	Z	ΨΥ	ΚΛ	ΣΠ	ΓΥ
<b>Spearman's rho</b>	ΣΛ	Συντελεστής συσχέτισης	1,000	<b>0,580</b>	<b>0,643</b>	0,164	<b>0,577</b>	<b>0,672</b>	<b>0,774</b>	<b>0,640</b>
		p		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,073	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

	ΣΡ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,580</b>	1,000	<b>0,724</b>	0,091	<b>0,516</b>	<b>0,581</b>	<b>0,594</b>	<b>0,547</b>
		p	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>	0,325	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	Συν.Ρ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,643</b>	<b>0,724</b>	1,000	0,092	<b>0,667</b>	<b>0,690</b>	<b>0,568</b>	<b>0,601</b>
		p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		0,319	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	Z	Συντελεστής συσχέτισης	0,164	0,091	0,092	1,000	-0,057	-0,017	0,142	0,178
		p	0,073	0,325	0,319		0,540	0,858	0,121	0,051
	ΨΥ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,577</b>	<b>0,516</b>	<b>0,667</b>	-0,057	1,000	<b>0,744</b>	<b>0,626</b>	<b>0,729</b>
		p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,540		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	ΚΛ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,672</b>	<b>0,581</b>	<b>0,690</b>	-0,017	<b>0,744</b>	1,000	<b>0,708</b>	<b>0,613</b>
		p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,858	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>	<b>0,000</b>
	ΣΠ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,774</b>	<b>0,594</b>	<b>0,568</b>	0,142	<b>0,626</b>	<b>0,708</b>	1,000	<b>0,758</b>
		p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,121	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>
	ΓΥ	Συντελεστής συσχέτισης	<b>0,640</b>	<b>0,547</b>	<b>0,601</b>	0,178	<b>0,729</b>	<b>0,613</b>	<b>0,758</b>	1,000
		p	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	0,051	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	

Πίνακας 5.27: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho διαστάσεων ποιότητας ζωής

### 5.5.3 Συζήτηση

Η συγκεκριμένη έρευνα έγινε με σκοπό τη διερεύνηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών που ζουν στην κοινότητα, αλλά και των κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, του ιατρικού τους ιστορικού και κάποιων υγιεινο-διαιτητικών συνηθειών τους. Ιδιαίτερα επικεντρωθήκαμε στις διαφυλικές διαφορές που παρατηρήθηκαν κατά την ανωτέρω διερεύνηση. Το δείγμα μας αποτελείτο από 120 ηλικιωμένους που επισκέφθηκαν δύο ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Καλαμάτα και τον Μεγισαλά Μεσσηνίας. Αφού ενημερώθηκαν και συναίνεσαν, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας. Μετά τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων εξήχθησαν σημαντικά συμπεράσματα.

Αρχικά είδαμε πως το γυναικείο φύλο υπερέχει του ανδρικού και αριθμητικά, αλλά και ως προς τον ηλικιακό μέσο όρο. Αυτή η διαπίστωση συμπίπτει με τα αποτελέσματα πολλών ερευνών και στατιστικών δεδομένων, που υποστηρίζουν πως οι ηλικιωμένες γυναίκες είναι περισσότερες στον αριθμό από τους ηλικιωμένους

άνδρες, αλλά και παρουσιάζουν μεγαλύτερη νοσηρότητα και πολυνοσηρότητα που μπορούν να τις οδηγήσουν συχνότερα σε ένα ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Europeia, 2016 · Ward, Schiller & Goodman, 2014).

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων που πήραν μέρος στη μελέτη, τα ποσοστά πλησιάζουν σ' αυτά της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για την τελευταία απογραφή του πληθυσμού το 2011 (ΕΛΣΤΑΤ, 2011). Αλλά και στις περισσότερες μελέτες που αφορούν ηλικιωμένους και ασχολούνται με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους επιβεβαιώνονται τα στοιχεία μας, που δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αφορά σε έγγαμους κυρίως άρρενες και το αμέσως επόμενο αφορά σε χήρες. Τα μεγαλύτερα ποσοστά χηρείας στις γυναίκες προφανώς σχετίζονται με τη μακροβιότερη επιβίωση από τους συζύγους (οι άνδρες πεθαίνουν νωρίτερα από τις γυναίκες) (Romero-Ortuno, Fouweather & Jagger, 2013).

Ένα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης αφορά στη διαμονή των ηλικιωμένων. Φαίνεται πως το 25% (ένας στους τέσσερις) κατοικεί μόνος του ασχέτως της οικογενειακής του κατάστασης. Επίσης, η πλειοψηφία αυτών των ατόμων είναι γυναίκες (75%). Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί λόγω της υπεροχής του γυναικείου φύλου στη χηρεία, αλλά και λόγω της συχνής αδυναμίας των ανδρών να αυτοεξυπηρετούνται όσον αφορά τις απαιτούμενες καθημερινές εργασίες του νοικοκυριού. Σε ανάλογες διαπιστώσεις καταλήγουν και άλλες έρευνες. Μελέτη διάρκειας δύο ετών σε ηλικιωμένους που επισκέφθηκαν δύο ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αστικών και αγροτικών περιοχών κατέδειξε παραπλήσια αποτελέσματα: ένας στους 4-5 ηλικιωμένους ζει μόνος του, κυρίως λόγω της απώλειας του συζύγου, υπάρχουν τρεις φορές περισσότερες γυναίκες από ό, τι οι άνδρες που ζουν μόνοι (Velarde-Mayol Fragua-Gil, & García-de-Cecilia, 2016). Παλαιότερη μελέτη (2009) στην Ελλάδα δείχνει πως το 65% των ηλικιωμένων διαβιεί με άτομο ή άτομα της οικογένειάς του (Βανταράκης, χ.χ.) επιβεβαιώνοντας τη δικιά μας μελέτη (περίπου 66%). Πολύ πρόσφατη έρευνα έδειξε πως το 43% των ηλικιωμένων ζει με την οικογένειά του (Σαρλά, 2017).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που μελετήσαμε έχει λάβει κατώτερη εκπαίδευση (πάνω από τους μισούς), το οποίο συμφωνεί με τα στατιστικά ευρήματα



της τελευταίας απογραφής. Από τη μελέτη του αριθμού των ετών εκπαίδευσης φαίνεται πως οι άρρενες συμμετέχοντες έχουν περισσότερα συνολικά εκπαιδευτικά έτη απ' ό,τι οι γυναίκες.

Οι άνθρωποι που σήμερα έχουν ηλικία άνω των 65 ετών βρέθηκαν στα νεανικά τους χρόνια, που αποτελούν τη βάση της εκπαιδευτικής διαδικασίας, σε περιόδους δύσκολες, με διαφορετικά κοινωνικά πρότυπα και απαιτήσεις (μεσοπολεμική, κατοχική, περίοδος εμφυλίου πολέμου). Η θέση της γυναίκας ήταν διαφορετική με προεξάρχοντα ρόλο τη δημιουργία οικογένειας και όχι την εκπαίδευση (κάτι που δε θα συνέβαινε παράλληλα). Άλλωστε αυτός ήταν ο στόχος κάθε γονιού για την κόρη του. Η οικογενειακή αποκατάσταση ήταν μάλλον αυτοσκοπός και δεν προϋπέθετε την εκπαίδευση. Γι' αυτό βλέπουμε τον αριθμό των ετών εκπαίδευσης σ' αυτές τις ηλικίες να είναι μεγαλύτερος στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες.

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας προκύπτουν σημαντικά στοιχεία που αφορούν στον αριθμό των χρόνιων παθήσεων, το συνολικό αριθμό φαρμάκων που λαμβάνουν σε τακτική βάση, αλλά και τον αριθμό των γενόσημων φαρμάκων που καταναλώνουν. Όπως προκύπτει και από πολλές άλλες έρευνες οι γυναίκες “υπερτερούν” στην πολυνοσηρότητα και πολυφαρμακία (Abad-Díez, et al 2014 · Zielinski & Halling, 2015 · Ward et al., 2014) και αν αυτό σχετίζεται με τη αριθμητική υπεροχή των ηλικιωμένων γυναικών και το μεγαλύτερο ποσοστό σε μη θανατηφόρες χρόνιες παθήσεις (π.χ. οστεοαρθρίτιδα), οι μέγιστοι αριθμοί χρόνιων παθήσεων και φαρμάκων που καταγράφονται στην έρευνα είναι εντυπωσιακοί. Καταγράφονται έως και 11 χρόνιες παθήσεις και έως και 15 διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνονται ημερησίως ή σε τακτά χρονικά διαστήματα. Σε μια μελέτη, ο αριθμός των φαρμάκων που συνταγογραφούνται σε ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λαμβάνονται από τους ασθενείς σχετίζεται θετικά με την αύξηση της ηλικίας, με το γυναικείο φύλο, με το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Skoog, Midlöv, Beckman, Sundquist & Halling, 2014). Η πολυνοσηρότητα και πολυφαρμακία αποτελεί εξέχον πρόβλημα όλων των χωρών και συστημάτων υγείας. Σε έρευνα που έγινε στην Πορτογαλία βρέθηκε πως το 72% των ενηλίκων που έλαβαν μέρος έπασχαν από δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις (Prazeres, & Santiago, 2015).

Η χρήση των γενόσημων φαρμάκων κυμαίνεται στο 1,2 περίπου ανά ηλικιωμένο που συμμετείχε στην έρευνα ποσοστό περίπου 19% στο σύνολο των φαρμάκων που λαμβάνουν για τις χρόνιες παθήσεις τους. Αυτό το ποσοστό είναι λίγο μικρότερο από το επίσημο ποσοστό διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα που δίνει ο ΟΟΣΑ σε πρόσφατη έκθεσή του (OECD, 2017). Εκεί φαίνεται πως τα γενόσημα καλύπτουν το 23% της συνολικής αξίας των φαρμάκων που καταναλώνονται και το 24% των κυτίων, 24η θέση και 4η από το τέλος στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ. Στις περισσότερες χώρες είναι πολύ μεγαλύτερο και το ποσοστό κατανάλωσης, αλλά κυρίως το ποσοστό της αξίας των γενόσημων σε σχέση με τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Η διερεύνηση των αιτιών καταλήγει στο συμπέρασμα πως το πρόβλημα είναι πολυπαραγοντικό. Κυρίως αφορά στην πολιτική που ακολουθείται και ειδικότερα στην οικονομική προσέγγιση του θέματος.

Η επίδραση της υγιεινής διατροφής και της άσκησης στην ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί εκτενώς με θετικά αποτελέσματα (Schuch, et al 2015 · Carson, Hidalgo, Ard & Affuso, 2014). Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν μάλλον χαμηλά ποσοστά των ηλικιωμένων που ακολουθούν προγράμματα διατροφής και άσκησης. Είναι ένα πολυπαραγοντικό πρόβλημα που σχετίζεται τόσο με τον ίδιο τον ηλικιωμένο, το περιβάλλον του, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας. Ξεκινώντας από τους τελευταίους πρέπει να επισημάνουμε την ανάγκη διάθεσης χρόνου για ενημέρωση των ασθενών ως προς τα οφέλη που προδίδει στην προαγωγή της υγείας τους ο υγιεινο-διαιτητικός τρόπος ζωής και η άσκηση. Οφείλουμε να εξατομικεύσουμε τα προγράμματα διατροφής και άσκησης προσαρμόζοντάς τα στις ανάγκες του κάθε ηλικιωμένου και να επισημάνουμε πως συχνά αυτός ο τρόπος ζωής συμπληρώνει απαραίτητα τη φαρμακευτική αγωγή.

Φυσικά τα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης στις οδηγίες οφείλονται και σε άλλους παράγοντες, όπως τη διαφορετική κουλτούρα, τα σωματικά ελλείμματα των ηλικιωμένων, την ευπάθεια, την κατάθλιψη, την κακή διαμόρφωση του δομημένου περιβάλλοντος, την οικονομική δυσπραγία (συχνά προτείνουμε διαιτολόγια που απαιτούν τη διάθεση μεγάλων χρηματικών ποσών) και άλλα.

Ένα άλλο θέμα με το οποίο ασχοληθήκαμε αφορά στο εάν οι ηλικιωμένοι έχουν ελεύθερο χρόνο. Παρότι θα περίμενε κανείς πως θα απαντούσαν με μεγάλη ευκολία

θετικά σ' αυτή την ερώτηση, είδαμε πως ένα ποσοστό 15,8% δηλώνει πως δεν έχει ελεύθερο χρόνο. Αυτοί οι ηλικιωμένοι είναι κυρίως άτομα με καλή λειτουργικότητα και γνωστική επάρκεια που εργάζονται ακόμη ή διαθέτοντας τον προσωπικό τους χρόνο βοηθούν άλλα άτομα της οικογένειάς τους (π.χ. τα παιδιά τους βοηθώντας την ανατροφή των εγγονιών τους ή τον/τη σύζυγο φροντίζοντάς τον/την εάν χρήζει φροντιστή). Η οικονομική κρίση, η μείωση των συντάξεων, η ανεπάρκεια παροχών προς τους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη και κυρίως η κουλτούρα της ελληνικής οικογένειας που θέλει να είναι ενεργά παρούσα σε κάθε δυσκολία οποιουδήποτε μέλους της τροφοδοτούν συχνά την έλλειψη ελεύθερου χρόνου σε κάποιους ηλικιωμένους.

Ενώ οι περισσότεροι ηλικιωμένοι διαθέτουν ελεύθερο χρόνο, όταν αυτοί ερωτήθηκαν εάν υπάρχουν δραστηριότητες που τους ικανοποιούν, που βελτιώνουν τη σωματική και ψυχική τους υγεία, που τους κάνουν να νιώθουν καλύτερα, ένα ποσοστό 17,5 % απαντά όχι. Δηλαδή, ενώ διαθέτει το χρόνο να ασχοληθεί με διάφορα πράγματα, δεν τους/τις ευχαριστεί κάτι. Η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου είναι δύσκολο θέμα για όλους πόσο μάλλον για έναν ηλικιωμένο. Δεν είναι μόνο η λειτουργική και γνωστική έκπτωση που συχνά τους απομονώνει, είναι και έλλειψη συντροφικότητας και κυρίως δομών που θα φροντίσουν γι' αυτό.

Σε πολλά ευρωπαϊκά κράτη δημιουργούνται υπηρεσίες και δομές με αποκλειστική αρμοδιότητα τη διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων και της καταπολέμησης της μοναξιάς. Στη Γαλλία, το πρώτο πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας από το Τμήμα Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου της Τουλούζ. Αντίστοιχα στη Βρετανία, στην Ισπανία πάρκα για ηλικιωμένους με ειδικά όργανα γυμναστικής. Στην Ιρλανδία χρηματοδοτούνται 627 τοπικές αθλητικές ομάδες, ώστε να προωθήσουν τη συμμετοχή ηλικιωμένων. Το Βέλγιο είναι πρωτοπόρος στον ευρωπαϊκό εθελοντισμό των ηλικιωμένων, ενώ στην Ιαπωνία λειτουργούν κέντρα πρόληψης νοσηλευτικής φροντίδας και χωριά ηλικιωμένων στην ύπαιθρο. Όλα αυτά τα προγράμματα αποτελούν μέρος μόνο από τις πρωτοβουλίες που λαμβάνονται παγκόσμια για να προάγουν τη δημιουργική διαχείριση του ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων.

Από τα άτομα που μας απάντησαν πως δεν υπάρχουν δραστηριότητες που να τους ικανοποιούν το συντριπτικό ποσοστό τους (90,5%) ήταν γυναίκες. Αυτό δείχνει μια τάση των ηλικιωμένων γυναικών (στατιστικά σημαντική) για ανηδονία, εγκατάλειψη και απόσυρση. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με άλλες μελέτες που διαπιστώνουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία στις ηλικιωμένες γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (Hajian-Tilaki et al., 2017). Η απόσυρση κάποιων πολύ ηλικιωμένων γυναικών μπορεί να τεκμηριωθεί από μελέτες που καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η επίδραση των κοινωνικών δικτύων σ' αυτές δε βελτιώνει ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους (Tobiasz-Adameczyk et al., 2017). Εξάλλου, τα υψηλότερα ποσοστά εξασθένησης και ανικανότητας που παρατηρούνται στις ηλικιωμένες (Gomez-Olive et al., 2017), αλλά και η μοναξιά (Taube, Kristensson et al., 2013) συμβάλουν στην διαπίστωση της μη ικανοποίησης από κάποιες δραστηριότητες.

Από την μελέτη των αποτελεσμάτων που αφορούν στο είδος των δραστηριοτήτων που ικανοποιούν τους ηλικιωμένους φαίνεται πως οι περισσότεροι αρέσκονται να ασχολούνται με τη φροντίδα των κήπων και αγροτεμαχίων τους (κάτι που σχετίζεται με το γεγονός πως οι περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη ζουν σε αγροτικές περιοχές), να έχουν κοινωνικές συναναστροφές με άλλους ανθρώπους στον κοντινό τους περίγυρο (Tobiasz-Adameczyk et al., 2017) και να φροντίζουν τα εγγόνια τους, με αριθμητική υπεροχή των γυναικών, κάτι που επιβεβαιώνεται και σε άλλες μελέτες και φαίνεται πως μέσω των ενεργών σχέσεων με το συγγενικό περιβάλλον καλύπτουν συναισθηματικές ανάγκες (Thomas et al., 2017). Το πόσο σημαντικά είναι για τους ηλικιωμένους τα κοινωνικά και το οικογενειακό δίκτυο φαίνεται από το γεγονός πως οι κοινωνικές συναναστροφές και η φροντίδα των εγγονιών αποτελούν για πολλούς ηλικιωμένους και 2η ή 3η επιλογή.

Μετά τη συζήτηση που προηγήθηκε και αφορούσε τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που μετείχαν στη μελέτη, θα συζητήσουμε για τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους. Γενικά η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους είναι υποβαθμισμένη σε όλες τις διαστάσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες (Kautonen et al., 2017). Χαμηλότερες μέσες τιμές παρατηρούνται στις διαστάσεις της Γενικής Υγείας, του Συναισθηματικού Ρόλου και του Σωματικού Ρόλου. Επίσης οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές από τους άνδρες σε όλες τις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36 και μάλιστα με στατιστικά σημαντική

διαφορά (εκτός από τη Ζωτικότητα). Με αυτά τα ευρήματα συμφωνούν πολλές μελέτες (Hajian-Tilaki et al., 2017 · Baladón, Rubio-Valera, Serrano-Blanco, Palao & Fernández, 2016 · Santos-Lozada & Daw, 2018 · Hornby-Turner et al., 2017 · Kojima et al., 2016 · Tomini, Tomini & Groot, 2016).

Για να κατανοήσουμε τις διαφορές των ηλικιωμένων ως προς τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, πρέπει να μελετήσουμε το αν αυτές σχετίζονται με τα επί μέρους χαρακτηριστικά τους. Το γυναικείο φύλο όπως είδαμε αποτελεί βασικό παράγοντα που διαμορφώνει την ποιότητα ζωής σε χαμηλά επίπεδα. Η αύξηση της ηλικίας επίσης σχετίζεται με μείωση της ποιότητας ζωής σε όλες τις διαστάσεις της Σωματικής Υγείας και τη Κοινωνική Λειτουργικότητα και τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης με όλες της διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εκτός από το Σωματικό Ρόλο και τη Ζωτικότητα. Επίσης, ο μεγαλύτερος αριθμός φαρμάκων (και γενοσήμων) καθιστά χαμηλότερες όλες τις διαστάσεις της Σωματικής Υγείας.

Αυτοί οι καθοριστικοί (και άλλοι) παράγοντες βρέθηκε πως επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και κάποιοι από αυτούς διαμορφώνουν τις διαφυλικές διαφορές. Διαπιστώσαμε πως οι γυναίκες της μελέτης είχαν συνολικά λιγότερα εκπαιδευτικά έτη από τους άνδρες και ελάμβαναν μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων, κάτι που παραπέμπει σε μεγαλύτερη πολυνοσηρότητα. Σε αντίστοιχη μελέτη βρέθηκε πως προσαρμόζοντας τις διαφυλικές διαφορές στα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί με τον ηλικιωμένο, οικογενειακή κατάσταση, σωματική άσκηση και χρόνιες παθήσεις) παρέμεναν οι διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους (Hajian-Tilaki et al., 2017), ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε πως οι διαφορές αμβλύνθηκαν κάτω από το όριο της στατιστικής διαφοράς (Read, Grundy & Foverskov, 2016). Η χαμηλότερη ποιότητα ζωής των γυναικών μπορεί να οφείλεται σε υψηλότερα ποσοστά λειτουργικής ανεπάρκειας και αναπηρίας, αλλά και στις διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία από αυτές των ανδρών. Εξάλλου, οι γυναίκες μπορεί να "υπερβάλουν" ως προς την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους. Αναφέρεται πως οι άνδρες μπορεί να δείχνουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό ως προς τη βαθμολόγηση της ποιότητας ζωής, αλλά και ως προς την υγεία τους.

#### **5.5.4. Συμπεράσματα – Προτάσεις**

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης και σε σχέση με τα υποθετικά ερωτήματα μπορούμε να συμπεράνουμε:

- Δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφυλικές διαφορές των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα ως προς τις επισκέψεις τους σε ιδιωτικά ιατρεία Γενικής Ιατρικής αστικής και ημιαστικής περιοχής. Ενώ συνολικά οι γυναίκες ήταν περισσότερες δεν παρατηρήθηκε διαφορά που να σχετίζεται με την έδρα του ιατρού.
- Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι και χήροι με θετική συσχέτιση και στατική διαφορά ως προς το γυναικείο φύλο και τη χηρεία.
- Ως προς την οικογενειακή κατάσταση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν έγγαμοι και χήροι με θετική συσχέτιση και στατική διαφορά ως προς το γυναικείο φύλο και τη χηρεία.
- Το μεγαλύτερο ποσοστό είχε λάβει κατώτερη εκπαίδευση (έως 6 έτη ή λιγότερα) χωρίς σημαντική διαφυλική διαφορά, ενώ συγκρίνοντας τα συνολικά εκπαιδευτικά έτη προκύπτει αρνητική συσχέτιση με σημαντική στατιστική διαφορά ως προς το γυναικείο φύλο. Σημαντική ήταν και η αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ετών εκπαίδευσης.
- Ως προς την πολυνοσηρότητα και τη χρόνια λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων υπερτερούν οι γυναίκες με μεγαλύτερες μέσες τιμές χωρίς στατιστικά σημαντικές διαφορές. Ο αριθμός των χρόνιων παθήσεων των ηλικιωμένων ανέρχεται κατά μέσο όρο στις 4.5 παθήσεις και των σκευασμάτων που λαμβάνουν στα 6,2. Το ποσοστό των γενοσήμων ανέρχεται στο 19% περίπου.
- Τα ποσοστά των ηλικιωμένων που ακολουθούσαν συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής και άσκησης ήταν χαμηλά, χωρίς ιδιαίτερες διαφυλικές διαφορές.

Ένας ηλικιωμένος που ακολουθεί διατροφικό πρόγραμμα ήταν πιθανότερο να ακολουθεί και πρόγραμμα άσκησης, αλλά και το αντίστροφο.

- Περίπου ένας στους έξι ηλικιωμένους δε διέθετε ελεύθερο χρόνο και από αυτούς που διέθεταν περίπου το ίδιο ποσοστό δεν ικανοποιείται από κάποια δραστηριότητα. Η συντριπτική πλειοψηφία αυτών των ατόμων ήταν γυναίκες.
- Δραστηριότητες σχετικές με κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα αναφέρονται συχνότερα ως οι πιο δημοφιλείς για τους ηλικιωμένους.
- Η σχετιζόμενη με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που μελετήθηκαν ήταν γενικά χαμηλή με τις γυναίκες να βαθμολογούν χαμηλότερα από τους άνδρες όλες τις διαστάσεις της.
- Οι κυριότεροι παράγοντες, από αυτούς που μελετήθηκαν, που επιβαρύνουν την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, εκτός από το γυναικείο φύλο, ήταν η μεγαλύτερη ηλικία (με μεγαλύτερη σημαντική διαφορά στη διάσταση της Σωματικής Λειτουργικότητας), τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης και η χρόνια λήψη μεγάλου αριθμού φαρμάκων(επηρεάζει κυρίως τις σωματικές διαστάσεις) . Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου φάνηκε να επηρεάζει θετικά σωματικές διαστάσεις του SF-36.

Όπως φάνηκε, μπορεί η ηλικία να αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για χαμηλή ποιότητα ζωής, αλλά δεν τεκμαίρεται πως οι ηλικιωμένοι έχουν a priori κακή ποιότητα ζωής. Αντιθέτως, η ποιότητα ζωής τους μπορεί να είναι πολύ καλή ή να βελτιωθεί. Απαιτείται αφύπνιση, ενεργητικότητα, συμμετοχή σε κοινωνικά δρώμενα, αξιοποίηση των κοινωνικών δικτύων και επιλογή δραστηριοτήτων που να προκαλεί ευχαρίστηση και ικανοποίηση.

Οι ηλικιωμένοι οφείλουν να φροντίζουν την υγεία τους, να σέβονται το σώμα τους και να καλλιεργούν την αυτοεκτίμησή τους. Προτείνεται τακτική επαφή με δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, κατάρτιση συγκεκριμένου πλάνου παρακολούθησης ανάλογα με τη νοσηρότητα, υγιεινή διατροφή, άσκηση και συμμόρφωση με τις οδηγίες των ειδικών.



*Φωτεινή Στασινοπούλου, Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν στην κοινότητα*

Προϋπόθεση για μια κοινωνία με ηλικιωμένους με καλή ποιότητα ζωής είναι να παρέχονται ποιοτικές κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες υγείας που θα σέβονται τα δικαιώματα και την αξιοπρέπεια του ηλικιωμένου, θα προλαμβάνουν, θα είναι διαθέσιμες, προσβάσιμες, οικονομικές, συνεχείς, διαφανείς, αποτελεσματικά προσανατολισμένες και ευαίσθητες στις ιδιαιτερότητες των ηλικιωμένων.



## Βιβλιογραφικές Αναφορές

### Ελληνόγλωσσες

Βανταράκης, Α. (χ.χ.). Η ευαίσθητη τρίτη Ηλικία. Ανακτήθηκε 10 Ιουλίου 2018 από <http://www.avantarakis.gr/cms/wp-content/uploads/I-eyaisthiti-triti-ilikia3.pdf>

Δαφέρμος, Β. (2013). Παραγοντική ανάλυση με τα SPSS, LISREL, EQS, AMOS και STATA. Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη.

Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία. Ανακτήθηκε 10/6/2018 από <https://www.gerontology.gr/>

Ελληνική Στατιστική Αρχή. Ανακτήθηκε 10/6/2018 από <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/->

Καρανικόλα, Ε. Κ., Δημόπουλος, Ε. Χ., Νιάκας, Δ. Α. & Αλετράς, Β. Ο. (2018). Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(2).

Σαρλά, Ε. (2017). *Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ υποστηρικτικού περιβάλλοντος, υγείας και ποιότητας ζωής ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Δημόσιας Υγείας).

### Ξενόγλωσσες

Aasmul, I., Husebo, B. S., & Flo, E. (2018). Description of an advance care planning intervention in nursing homes: outcomes of the process evaluation. *BMC geriatrics*, 18(1), 26.

Abad-Díez, J. M., Calderón-Larrañaga, A., Poncel-Falcó, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Meza, J. M., Sicras-Mainar, A., ... & Prados-Torres, A. (2014). Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC geriatrics*, 14(1), 75.

Aboderin, I., & Beard, J. (2014). Older people's health in sub-Saharan Africa. *Lancet*. [https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61602-0](https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61602-0)

Adan, A., Marquez-Arrico, J. E., & Gilchrist, G. (2017). Comparison of health-related quality of life among men with different co-existing severe mental disorders in treatment for substance use. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 209.

Alcañiz, M., & Solé-Auró, A. (2018). Feeling good in old age: Factors explaining health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-0877-z>

Almousa, S., & van Loon, A. B. (2018). The prevalence of urinary incontinence in nulliparous adolescent and middle-aged women and the associated risk factors: A systematic review. *Maturitas*, 107, 78-83.

Althomali, M. (2017). Visual correlates of balance and mobility in older adults: Can visual attention training improve performance?. <http://hdl.handle.net/10012/11875>

Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Current psychiatry reports*, 17(7), 53.

Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., ... & Holland, C. (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. *JBIC database of systematic reviews and implementation reports*, 16(1), 140-232.

Apparao, P., Sandeep, G., Sudhakar, S., Ganapathy Swamy, C., Sudhan, S. G., Satya Prakash, T., & Geetha Mounika, R. (2017). Effectiveness of stabilization exercises and conventional physiotherapy in subjects with knee osteoarthritis. *International Journal of Research in Pharmaceutical Sciences*, 8(4), 542–548.

Artacho, R., Lujano, C., Sanchez-Vico, A. B., Sanchez, C. V., Calvo, J. G., Bouzas, P. R., & Ruiz-López, M. D. (2014). Nutritional status in chronically-ill elderly patients.

Is it related to quality of life?. *The journal of nutrition, health & aging*, 18(2), 192-197.

Artaud, F., Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Tzourio, C., & Elbaz, A. (2015). Decline in fast gait speed as a predictor of disability in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(6), 1129–1136. <https://doi.org/10.1111/jgs.13442>

Aspinall, R., & Lang, P. O. (2018). Interventions to restore appropriate immune function in the elderly. *Immunity & Ageing*, 15(1), 5.

Augustyn, B. D., Hall, T. W., Wang, D. C., & Hill, P. C. (2017). Relational spirituality: An attachment-based model of spiritual development and psychological well-being. *Psychology of Religion and Spirituality*, 9(2), 197.

Axmon, A., Höglund, P., & Ahlström, G. (2017, August). Chronic Respiratory Disorders and Their Treatment among Older People with Intellectual Disability and/or Autism Spectrum Disorder in Comparison with the General Population. In *Healthcare* (Vol. 5, No. 3, p. 40). Multidisciplinary Digital Publishing Institute.

Avasthi, A., & Grover, S. (2018). Clinical practice guidelines for management of depression in elderly. *Indian journal of psychiatry*, 60(Suppl 3), S341.

Bahramnezhad, F., Chalikh, R., Bastani, F., Taherpour, M., & Navab, E. (2017). The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic physician*, 9(5), 4306.

Bai, M., & Lazenby, M. (2015). A systematic review of associations between spiritual well-being and quality of life at the scale and factor levels in studies among patients with cancer. *Journal of palliative medicine*, 18(3), 286-298.

Baker, D. J., Childs, B. G., Durik, M., Wijers, M. E., Sieben, C. J., Zhong, J., ... & Khazaie, K. (2016). Naturally occurring p16 Ink4a-positive cells shorten healthy lifespan. *Nature*, 530(7589), 184.

Baladón, L., Rubio-Valera, M., Serrano-Blanco, A., Palao, D. J., & Fernández, A. (2016). Gender differences in the impact of mental disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life among non-demented primary care elderly patients. *Quality of Life Research*, 25(6), 1461-1474.

- Ballesteros, S., Kraft, E., Santana, S., & Tziraki, C. (2015). Maintaining older brain functionality: a targeted review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 55, 453-477.
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. *Clinical interventions in aging*, 13, 573.
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: a wild-goose chase?. *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185-203.
- Barja, G. (2014). The mitochondrial free radical theory of aging. In *Progress in molecular biology and translational science* (Vol. 127, pp. 1-27). Academic Press.
- Barnett, A., Zhang, C. J., Johnston, J. M., & Cerin, E. (2017). Relationships between the neighborhood environment and depression in older adults: a systematic review and meta-analysis. *International psychogeriatrics*, 1-24.
- Bartke, A., & Darcy, J. (2017). GH and ageing: Pitfalls and new insights. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 31(1), 113-125.
- Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Lancet*, 387(10033), 2145-2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Beard, J. R., Officer, A. M., & Cassels, A. K. (2016). The world report on ageing and health.
- Bonelli, R. M., & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: a systematic evidence-based review. *Journal of religion and health*, 52(2), 657-673.
- Borrat-Besson, C., Ryser, V. A., & Wernli, B. (2013). 15 Transitions between frailty states—a European comparison. *Active ageing and solidarity between generations in Europe: First results from SHARE after the economic crisis*, 175.



- Briggs, A. M., Valentijn, P. P., Thiyagarajan, J. A., & de Carvalho, I. A. (2018). Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ open*, 8(4), e021194.
- Brummelman, E., & Walton, G. M. (2015). "If you want to understand something, try to change it": Social-psychological interventions to cultivate resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38.
- Busutil, R., Espallardo, O., Torres, A., Martínez-Galdeano, L., Zozaya, N., & Hidalgo-Vega, Á. (2017). The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health and quality of life outcomes*, 15(1), 197.
- Caetano, S. C., Silva, C. M., & Vettore, M. V. (2013). Gender differences in the association of perceived social support and social network with self-rated health status among older adults: a population-based study in Brazil. *BMC geriatrics*, 13(1), 122.
- Campos, S. E., Avelar-Rivas, J. A., Garay, E., Juárez-Reyes, A., & Deluna, A. (2018). Genomewide mechanisms of chronological longevity by dietary restriction in budding yeast. *Aging Cell*. <https://doi.org/10.1111/accel.12749>
- Carlson, L. (2013). Research ethics and intellectual disability: broadening the debates. *The Yale journal of biology and medicine*, 86(3), 303.
- Carnes, B. A., Olshansky, S. J., & Hayflick, L. (2012). Can human biology allow most of us to become centenarians?. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 68(2), 136-142.
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2017). Adapting to aging: Older people talk about their use of selection, optimization, and compensation to maximize well-being in the context of physical decline. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(2), 351-361.
- Carson, T. L., Hidalgo, B., Ard, J. D., & Affuso, O. (2014). Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. *Journal of nutrition education and behavior*, 46(2), 90-101.
- Carvalho, A., Rea, I. M., Parimon, T., & Cusack, B. J. (2014). Physical activity and cognitive function in individuals over 60 years of age: a systematic review. *Clinical interventions in aging*, 9, 661.

Castelo-Branco, C., & Soveral, I. (2014). The immune system and aging: a review. *Gynecological Endocrinology*, 30(1), 16-22.

Cauley, J. A., Chalhoub, D., Kassem, A. M., & Fuleihan, G. E. H. (2014). Geographic and ethnic disparities in osteoporotic fractures. *Nature Reviews Endocrinology*. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2014.51>

Cesari, M., Prince, M., Thiagarajan, J. A., De Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., ... & Manas, L. R. (2016). Frailty: an emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188-192.

Cesari, M., Vellas, B., Hsu, F. C., Newman, A. B., Doss, H., King, A. C., ... & Pahor, M. (2014). A physical activity intervention to treat the frailty syndrome in older persons—results from the LIFE-P study. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 70(2), 216-222.

Cevenini, E., Monti, D., & Franceschi, C. (2013). Inflamm-ageing. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 16(1), 14-20.

Chandrasekaran, A., Idelchik, M. D. P. S., & Melendez, J. A. (2017). Redox control of senescence and age-related disease. *Redox biology*, 11, 91-102.

Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., Verdes, E (2015). Health, functioning, and disability in older adults--present status and future implications, *Lancet*, 7, 385 (9967), 563-575 [http://doi: 10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](http://doi: 10.1016/S0140-6736(14)61462-8)

Chinniah, N., & Gupta, M. (2014). Pruritus in the elderly-a guide to assessment and management. *Australian family physician*, 43(10), 710.

Cicekci, E., Ozisler, Z., Ozel, S., Unsal-Delialioglu, S., & Ozisler, C. (2017). The Factors of Musculoskeletal Pain in Geriatric Patients and the Relationship between Pain and Quality of Life. *International Journal of Clinical Medicine*, 8(08), 504.

Coste, J., Quinquis, L., D'Almeida, S., & Audureau, E. (2014). Smoking and health-related quality of life in the general population. Independent relationships and large differences according to patterns and quantity of smoking and to gender. *PloS one*, 9(3), e91562.

Counted, V., Possamai, A., & Meade, T. (2018). Relational spirituality and quality of life 2007 to 2017: an integrative research review. *Health and quality of life outcomes*, 16(1), 75.

Cupit-Link, M. C., Kirkland, J. L., Ness, K. K., Armstrong, G. T., Tchkonja, T., LeBrasseur, N. K., ... & Hashmi, S. K. (2017). Biology of premature ageing in survivors of cancer. *ESMO open*, 2(5), e000250.

Ćwirlej-Sozańska, A., Wilmowska-Pietruszyńska, A., Sozański, B., & Wiśniowska-Szurlej, A. (2018). Analysis of chronic illnesses and disability in a community-based sample of elderly people in south-eastern Poland. *Medical Science Monitor*, 24. <https://doi.org/10.12659/MSM.904845>

Dale, C. E., Bowling, A., Adamson, J., Kuper, H., Amuzu, A., Ebrahim, S., ... & Nüesch, E. (2013). Predictors of patterns of change in health-related quality of life in older women over 7 years: evidence from a prospective cohort study. *Age and ageing*, 42(3), 312-318.

Dao-Tran, T. H., Seib, C., Jones, L., & Anderson, D. (2018). A cross-cultural comparison of health-related quality of life and its associated factors among older women in Vietnam and Australia. *BMC research notes*, 11(1), 174.

Daskalopoulou, C., Stubbs, B., Kralj, C., Koukounari, A., Prince, M., & Prina, A. M. (2017). Physical activity and healthy ageing: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing research reviews*, 38, 6-17.

De Grey, A. D. (2013). Zeno's paradox and the faith that technological game-changers are impossible. *Gerontology*, 59(1), 93-94.

de Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T., & Millán-Calenti, J. C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *BMC geriatrics*, 15(1), 154.

de Labra, C., Maseda, A., Lorenzo-López, L., López-López, R., Buján, A., Rodríguez-Villamil, J. L., & Millán-Calenti, J. C. (2018). Social factors and quality of life aspects on frailty syndrome in community-dwelling older adults: the VERISAÚDE study. *BMC geriatrics*, 18(1), 66.

- Dillin, A., Gottschling, D. E., & Nyström, T. (2014). The good and the bad of being connected: the integrons of aging. *Current opinion in cell biology*, 26, 107-112.
- Dodds, R. M., Syddall, H. E., Cooper, R., Kuh, D., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2016). Global variation in grip strength: a systematic review and meta-analysis of normative data. *Age and ageing*, 45(2), 209-216.
- Dorner, T. E., Lackinger, C., Haider, S., Luger, E., Kapan, A., Luger, M., & Schindler, K. E. (2013). Nutritional intervention and physical training in malnourished frail community-dwelling elderly persons carried out by trained lay “buddies”: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 13(1), 1232.
- Douma, L., Steverink, N., Hutter, I., & Meijering, L. (2017). Exploring subjective well-being in older age by using participant-generated word clouds. *The Gerontologist*, 57(2), 229-239.
- Duarte, N., Rodrigues, A. M., Branco, J. D. C., Canhão, H., Hughes, S. L., & Paúl, C. (2017). Health and Lifestyles Factors Associated With Osteoarthritis among Older Adults in Portugal. *Frontiers in Medicine*, 4. <https://doi.org/10.3389/fmed.2017.00192>
- Eagle, D. E., Hybels, C. F., & Proeschold-Bell, R. J. (2018). Perceived social support, received social support, and depression among clergy. *Journal of Social and Personal Relationships*, 0265407518776134.
- Edrey, Y. H., & Salmon, A. B. (2014). Revisiting an age-old question regarding oxidative stress. *Free Radical Biology and Medicine*, 71, 368-378.
- Eifert, E. K., Hall, M., Smith, P. H., & Wideman, L. (2018). Quality of life as a mediator of leisure activity and perceived health among older women. *Journal of women & aging*, 1-21.
- Eisele, M., Kaduszkiewicz, H., König, H. H., Lange, C., Wiese, B., Prokein, J., ... & Heser, K. (2015). Determinants of health-related quality of life in older primary care patients: results of the longitudinal observational AgeCoDe Study. *Br J Gen Pract*, 65(640), e716-e723.

Erickson, J., & Kaplan, R. M. (2014). Quality Adjusted Life Expectancy for Men and Women in the United States. In *Behavior, Health, and Aging* (pp. 27-38). Psychology Press.

Europeia, C. (2016). Eurostat. Your key for European statistics.

Fancourt, D., & Steptoe, A. (2018). Community group membership and multidimensional subjective well-being in older age. *J Epidemiol Community Health*, 72(5), 376-382

Feng, Y., Devlin, N., & Herdman, M. (2015). Assessing the health of the general population in England: how do the three-and five-level versions of EQ-5D compare?. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), 171.

Fernández-Garrido, J., Ruiz-Ros, V., Buigues, C., Navarro-Martinez, R., & Cauli, O. (2014). Clinical features of prefrail older individuals and emerging peripheral biomarkers: a systematic review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 59(1), 7-17.

Forte, R., Boreham, C. A., De Vito, G., & Pesce, C. (2015). Health and quality of life perception in older adults: the joint role of cognitive efficiency and functional mobility. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11328-11344.

Fouweather, T., Gillies, C., Wohland, P., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J. M., ... Jagger, C. (2015). Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe: 2005 and 2010. *European Journal of Public Health*, 25(6), 978–983. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv070>

Fricke, T. R., Tahhan, N., Resnikoff, S., Papas, E., Burnett, A., Ho, S. M., ... & Naidoo, K. S. (2018). Global Prevalence of Presbyopia and Vision Impairment from Uncorrected Presbyopia: Systematic Review, Meta-analysis, and Modelling. *Ophthalmology*.

Gafari, S., Khoshknab, M. F., Nourozi, K., & Mohamadi, E. (2017). Informal caregivers' experiences of caring of multiple sclerosis patients: A qualitative study. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 22(3), 243.

Garin, N., Olaya, B., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., Power, M., Bucciarelli, P., & Haro, J. M. (2014). Built environment and elderly population health: a comprehensive

literature review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 10, 103.

Garin, N., Olaya, B., Perales, J., Moneta, M. V., Miret, M., Ayuso-Mateos, J. L., & Haro, J. M. (2014). Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PLoS One*, 9(1), e84794.

Gavrilova, N. S., & Gavrilov, L. A. (2014). Mortality Trajectories at Extreme Old Ages: A Comparative Study of Different Data Sources on US Old-Age Mortality. *Living 100 Monogr.*

Gems, D., & Partridge, L. (2013). Genetics of longevity in model organisms: debates and paradigm shifts. *Annual review of physiology*, 75, 621-644.

Genova, M. L., & Lenaz, G. (2015). The interplay between respiratory supercomplexes and ROS in aging. *Antioxidants & redox signaling*, 23(3), 208-238.

Gladyshev, V. N. (2013). The origin of aging: imperfectness-driven non-random damage defines the aging process and control of lifespan. *Trends in genetics*, 29(9), 506-512.

Gladyshev, V. N. (2014). The free radical theory of aging is dead. Long live the damage theory!. *Antioxidants & redox signaling*, 20(4), 727-731.

Gladyshev, T. V., & Gladyshev, V. N. (2016). A disease or not a disease? Aging as a pathology. *Trends in molecular medicine*, 22(12), 995-996.

Global AgeWatch Index, (2015)

Godaert, L., Bartholet, S., Dorléans, F., Najioullah, F., Colas, S., Fanon, J. L., ... & Dramé, M. (2018). Prognostic factors of inhospital death in elderly patients: a time-to-event analysis of a cohort study in Martinique (French West Indies). *BMJ open*, 8(1), e018838.

Gomez-Olive, F. X., Schröders, J., Aboderin, I., Byass, P., Chatterji, S., Davies, J. I., ... & Kahn, K. (2017). Variations in disability and quality of life with age and sex between eight lower income and middle-income countries: data from the INDEPTH WHO-SAGE collaboration. *BMJ global health*, 2(4), e000508.

Gonzalez-Freire, M., De Cabo, R., Bernier, M., Sollott, S. J., Fabbri, E., Navas, P., & Ferrucci, L. (2015). Reconsidering the role of mitochondria in aging. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 70(11), 1334-1342.

Hajian-Tilaki, K. (2015). Metabolic syndrome and its associated risk factors in Iranian adults: A systematic review. *Caspian journal of internal medicine*, 6(2), 51.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2016). Solitary and combined negative influences of diabetes, obesity and hypertension on health-related quality of life of elderly individuals: A population-based cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 10(2), S37-S42.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017). Are gender differences in health-related quality of life attributable to sociodemographic characteristics and chronic disease conditions in elderly people?. *International journal of preventive medicine*, 8.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., & Hajian-Tilaki, A. (2017). Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: a population based cross-sectional study. *Journal of caring sciences*, 6(1), 39.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., Firouzjahi, A., Bagherzadeh, M., Hajian-Tilaki, A., & Halalkhor, S. (2014). Prevalence of metabolic syndrome and the association with socio-demographic characteristics and physical activity in urban population of Iranian adults: a population-based study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 8(3), 170-176.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B., Hajian-Tilaki, A., Firouzjahi, A., & Bagherzadeh, M. (2014). The discriminatory performance of body mass index, waist circumference, waist-to-hip ratio and waist-to-height ratio for detection of metabolic syndrome and their optimal cutoffs among Iranian adults. *Journal of research in health sciences*, 14(4), 276-281.

Han, K. T., Park, E. C., Kim, J. H., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life?. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 109.

Hardikar, S., Burnett-Hartman, A. N., Phipps, A. I., Upton, M. P., Zhu, L. C., & Newcomb, P. A. (2018). Telomere length differences between colorectal polyp subtypes: a colonoscopy-based case-control study. *BMC cancer*, 18(1), 513.

Harris, R. E. (2013). *Epidemiology of chronic disease*. Jones & Bartlett Publishers.

Hasnain, M., & Vieweg, V. R. (2014). Possible role of vascular risk factors in Alzheimer's disease and vascular dementia. *Current pharmaceutical design*, 20(38), 6007-6013.

Hayman, K. J., Kerse, N., & Consedine, N. S. (2017). Resilience in context: the special case of advanced age. *Aging & mental health*, 21(6), 577-585.

Hegde, M. L., Bohr, V. A., & Mitra, S. (2017). DNA damage responses in central nervous system and age-associated neurodegeneration. *Mechanisms of ageing and development*, 161(Pt A), 1.

Heid, J., Cencioni, C., Ripa, R., Baumgart, M., Atlante, S., Milano, G., ... & Farsetti, A. (2017). Age-dependent increase of oxidative stress regulates microRNA-29 family preserving cardiac health. *Scientific reports*, 7(1), 16839.

Hendred, S. K., & Foster, E. R. (2016). Use of the World Health Organization Quality of Life assessment short version in mild to moderate parkinson disease. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 97(12), 2123-2129.

Holthe, T., Halvorsrud, L., Karterud, D., Hoel, K. A., & Lund, A. (2018). Usability and acceptability of technology for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment and dementia: a systematic literature review. *Clinical interventions in aging*, 13, 863.

Hornby-Turner, Y. C., Peel, N. M., & Hubbard, R. E. (2017). Health assets in older age: a systematic review. *BMJ open*, 7(5), e013226.

Huang, I. C., Hudson, M. M., Robison, L. L., & Krull, K. R. (2017). Differential impact of symptom prevalence and chronic conditions on quality of life in cancer survivors and non-cancer individuals: a population study. *Cancer Epidemiology and Prevention Biomarkers*, cebp-1007.

Huang, T. Y., Liang, C. K., Shen, H. C., Chen, H. I., Liao, M. C., Chou, M. Y., ... & Chen, L. K. (2017). Gait Speed rather than Dynapenia Is a Simple Indicator for Complex Care Needs: A Cross-sectional Study Using Minimum Data Set. *Scientific Reports*, 7(1), 8418.

Itani, L., Calugi, S., Dalle Grave, R., Kreidieh, D., El Kassas, G., El Masri, D., ... & El Ghoch, M. (2018). The Association between Body Mass Index and Health-Related Quality of Life in Treatment-Seeking Arab Adults with Obesity. *Medical Sciences*, 6(1), 25.

Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-Related Diseases and Clinical and Public Health implications for the 85 Years Old and Over Population. *Frontiers in public health*, 5.

Jespersen, L., Abildstrøm, S. Z., Hvelplund, A., & Prescott, E. (2013). Persistent angina: highly prevalent and associated with long-term anxiety, depression, low physical functioning, and quality of life in stable angina pectoris. *Clinical Research in Cardiology*, 102(8), 571-581.

Jia, H., Zack, M. M., Gottesman, I. I., & Thompson, W. W. (2018). Associations of Smoking, Physical Inactivity, Heavy Drinking, and Obesity with Quality-Adjusted Life Expectancy among US Adults with Depression. *Value in Health*, 21(3), 364–371. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2017.08.002>

Jivraj, S., & Nazroo, J. (2014). Determinants of socioeconomic inequalities in subjective well-being in later life: a cross-country comparison in England and the USA. *Quality of Life Research*, 23(9), 2545-2558.

Karlsson, M. K., Magnusson, H., von Schewelow, T., & Rosengren, B. E. (2013). Prevention of falls in the elderly—a review. *Osteoporosis International*, 24(3), 747-762.

Kastanias, T. V., Douda, H. T., Batsiou, S. A., & Tokmakidis, S. P. (2015). Health-related quality of life in parents of children with intellectual disability. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(3).

Kautonen, T., Kibler, E., & Minniti, M. (2017). Late-career entrepreneurship, income and quality of life. *Journal of Business Venturing*, 32(3), 318-333.



Keaton, S. A., McCann, R. M., & Giles, H. (2017). The role of communication perceptions in the mental health of older adults: Views from Thailand and the United States. *Health communication*, 32(1), 92-102.

Keesing, S., Rosenwax, L., & McNamara, B. (2018). The implications of women's activity limitations and role disruptions during breast cancer survivorship. *Women's Health*, 14, 1745505718756381.

Kelaiditi, E., van Kan, G. A., & Cesari, M. (2014). Frailty: role of nutrition and exercise. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 17(1), 32-39.

Kelly, S., O'Brien, I., Smuts, K., O'Sullivan, M., & Warters, A. (2017). Prevalence of frailty among community dwelling older adults in receipt of low level home support: a cross-sectional analysis of the North Dublin Cohort. *BMC geriatrics*, 17(1), 121.

Kenny, G. P., Groeller, H., McGinn, R., & Flouris, A. D. (2016). Age, Human Performance, and Physical Employment Standards. *Applied Physiology, Nutrition & Metabolism*, 41(June), S92-S107. <https://doi.org/10.1139/apnm-2015-0483>

Kirkwood, T. B. (2015). Deciphering death: a commentary on Gompertz (1825)'On the nature of the function expressive of the law of human mortality, and on a new mode of determining the value of life contingencies'. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 370(1666), 20140379.

Kojima, G., Iliffe, S., Morris, R. W., Taniguchi, Y., Kendrick, D., Skelton, D. A., ... & Bowling, A. (2016). Frailty predicts trajectories of quality of life over time among British community-dwelling older people. *Quality of Life Research*, 25(7), 1743-1750.

Kumar, M., Lechel, A., & Güneş, Ç. (2016). Telomerase: the devil inside. *Genes*, 7(8), 43.

Kurlinski, L., ... Bean, J. F. (2016). A novel approach to identifying trajectories of mobility change in older adults. *PLoS ONE*, 11(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169003>

Lang, P. O., Govind, S., & Aspinall, R. (2013). Reversing T cell immunosenescence: why, who, and how. *Age*, 35(3), 609-620.

Lawson, C. A., Solis-Trapala, I., Dahlstrom, U., Mamas, M., Jaarsma, T., Kadam, U. T., & Stromberg, A. (2018). Comorbidity health pathways in heart failure patients: A sequences-of-regressions analysis using cross-sectional data from 10,575 patients in the Swedish Heart Failure Registry. *PLoS medicine*, 15(3), e1002540.

Lecouvey, G., Gonneaud, J., Piolino, P., Madeleine, S., Orriols, E., Fleury, P., ... & Desgranges, B. (2017). Is binding decline the main source of the ageing effect on prospective memory? A ride in a virtual town. *Socioaffective neuroscience & psychology*, 7(1), 1304610.

Lee, D. M., Nazroo, J., O'Connor, D. B., Blake, M., & Pendleton, N. (2016). Sexual health and well-being among older men and women in England: findings from the English Longitudinal Study of Ageing. *Archives of sexual behavior*, 45(1), 133-144.

Lee, S. S., Yu, W., Chung, H. Y., Kwon, O. K., & Lee, W. K. (2017). Using Quality of Life Scales with Nutritional Relevance after Gastrectomy: a Challenge for Providing Personalized Treatment. *Journal of gastric cancer*, 17(4), 342-353.

Lenardt, M. H., Carneiro, N. H. K., Binotto, M. A., Willig, M. H., Lourenço, T. M., & Albino, J. (2016). Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Revista brasileira de enfermagem*, 69(3), 478-483.

Lenox-Smith, A., Reed, C., Lebec, J., Belger, M., & Jones, R. W. (2018). Potential cost savings to be made by slowing cognitive decline in mild Alzheimer's disease dementia using a model derived from the UK GERAS observational study. *BMC geriatrics*, 18(1), 57.

Leonardi, M., Guido, D., Quintas, R., Silvaggi, F., Guastafierro, E., Martinuzzi, A., ... & Cabello, M. (2018). Factors related to unemployment in Europe. A cross-sectional study from the COURAGE Survey in Finland, Poland and Spain. *International journal of environmental research and public health*, 15(4), 722.

Leong, D. P., Teo, K. K., Rangarajan, S., Lopez-Jaramillo, P., Avezum, A., Orlandini, A., ... Yusuf, S. (2015). Prognostic value of grip strength: Findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *The Lancet*, 386(9990), 266-273. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62000-6)

- Leslie, T. A. (2016). Itch management in the elderly. In *Itch-Management in Clinical Practice* (Vol. 50, pp. 192-201). Karger Publishers.
- Lin, C. H., Yen, Y. C., Chen, M. C., & Chen, C. C. (2014). Depression and pain impair daily functioning and quality of life in patients with major depressive disorder. *Journal of affective disorders*, 166, 173-178.
- Lin, X. J., Lin, I. M., & Fan, S. Y. (2013). Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Medical Journal*, 25(1), 8-12.
- Liochev, S. I. (2013). Reactive oxygen species and the free radical theory of aging. *Free Radical Biology and Medicine*, 60, 1-4.
- Liochev, S. I. (2015). Which is the most significant cause of aging?. *Antioxidants*, 4(4), 793-810.
- Llibre, J. D. J., López, A. M., Valhuerdi, A., Guerra, M., Llibre-Guerra, J. J., Sánchez, Y. Y., ... & Moreno, C. (2014). Frailty, dependency and mortality predictors in a cohort of Cuban older adults, 2003-2011. *MEDICC review*, 16(1), 24-30.
- Lochlainn, M. N., & Kenny, R. A. (2013). Sexual activity and aging. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(8), 565-572.
- Lorencini, M., Brohem, C. A., Dieamant, G. C., Zanchin, N. I., & Maibach, H. I. (2014). Active ingredients against human epidermal aging. *Ageing research reviews*, 15, 100-115.
- Lukaschek, K., Vanajan, A., Johar, H., Weiland, N., & Ladwig, K. H. (2017). "In the mood for ageing": determinants of subjective well-being in older men and women of the population-based KORA-Age study. *BMC geriatrics*, 17(1), 126.
- Lusti-Narasimhan, M., & Beard, J. R. (2013). Sexual health in older women. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(9), 707-709.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A. F., Herrmann, F. R., & Ludwig, C. (2015). Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research*, 24(7), 1687-1696.
- Macaulay, R., Akbar, A. N., & Henson, S. M. (2013). The role of the T cell in age-related inflammation. *Age*, 35(3), 563-572.

Mackenbach, J. D., Lakerveld, J., Lenthe, F. J., Kawachi, I., McKee, M., Rutter, H., ... & Oppert, J. M. (2016). Neighbourhood social capital: measurement issues and associations with health outcomes. *Obesity reviews*, 17(S1), 96-107.

MacNee, W., Rabinovich, R. A., & Choudhury, G. (2014). Ageing and the border between health and disease.

Malkina-Pykh, I. G., & Pykh, Y. A. (2016). Environmental Sustainability And Quality Of Life: From Theory To Practice. *Environmental & Economic Impact on Sustainable Development*, 27.

Mancini, F., & Barcaccia, B. (2014). DO WE NEED A COGNITIVE THEORY FOR OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER? YES, WE DO. *Clinical Neuropsychiatry*, 11(6).

Martin, L. R., & DiMatteo, M. R. (2017). Social Influence and Health. *The Oxford Handbook of Social Influence*, 381.

McCarthy, V. L., & Bockweg, A. (2013). The role of transcendence in a holistic view of successful aging: A concept analysis and model of transcendence in maturation and aging. *Journal of Holistic Nursing*, 31(2), 84-92.

Merle, B. M., Moreau, G., Ozguler, A., Srour, B., Cougnard-Grégoire, A., Goldberg, M., ... & Delcourt, C. (2018). Unhealthy behaviours and risk of visual impairment: The CONSTANCES population-based cohort. *Scientific reports*, 8.

Mielck, A., Vogelmann, M., & Leidl, R. (2014). Health-related quality of life and socioeconomic status: inequalities among adults with a chronic disease. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 58.

Milholland, B., Suh, Y., & Vijg, J. (2017). Mutation and catastrophe in the aging genome. *Experimental gerontology*, 94, 34-40.

Milsom, I., Coyne, K. S., Nicholson, S., Kvasz, M., Chen, C. I., & Wein, A. J. (2014). Global prevalence and economic burden of urgency urinary incontinence: a systematic review. *European urology*, 65(1), 79-95.

Mitnitski, A., Song, X., & Rockwood, K. (2013). Assessing biological aging: the origin of deficit accumulation. *Biogerontology*, 14(6), 709-717.



Morton, L. (2017). Sexuality in the Older Adult. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(3), 429-438.

Moriyama, Y., Tamiya, N., Kawachi, N., & Miyairi, M. (2018). What Makes Super-Aged Nations Happier? Exploring Critical Factors of Happiness Among Middle-Aged Men and Women in Japan. *World medical & health policy*, 10(1), 83-98.

M., Q., B., B., & R.R., K. (2017). Comparative Effectiveness for Glycemic Control in Older Adults with Diabetes. *Current Geriatrics Reports*, 6(3), 175–186. <https://doi.org/10.1007/s13670-017-0215-z>

Moss, S. (2016). Socioemotional selectivity theory. *Journal of Research in Personality*, 42, 1137-1147.

Muraki, S., Akune, T., Ishimoto, Y., Nagata, K., Yoshida, M., Tanaka, S., ... & Yoshimura, N. (2013). Risk factors for falls in a longitudinal population-based cohort study of Japanese men and women: the ROAD Study. *Bone*, 52(1), 516-523.

Nagpal, N., Heid, A. R., Zarit, S. H., & Whitlatch, C. J. (2015). Religiosity and quality of life: a dyadic perspective of individuals with dementia and their caregivers. *Aging & mental health*, 19(6), 500-506.

Naughton, M. J., Brunner, R. L., Hogan, P. E., Danhauer, S. C., Brenes, G. A., Bowen, D. J., ... & Shumaker, S. A. (2016). Global quality of life among WHI women aged 80 years and older. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*, 71(Suppl\_1), S72-S78.

Northwood, M., Ploeg, J., Markle-Reid, M., & Sherifali, D. (2018). Integrative review of the social determinants of health in older adults with multimorbidity. *Journal of advanced nursing*, 74(1), 45-60.

OECD, (2017). Health at a Glance 2017. Ανακτήθηκε 10 Ιουλίου 2018 από [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en#page195](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page195)

Olofsson, J., Padyab, M., & Malmberg, G. (2018). Health disparities in Europe's ageing population: the role of social network. *Global health action*, 11(1), 1445498.

Olshansky, S. J., & Carnes, B. A. (2013). Zeno's paradox of immortality. *Gerontology*, 59(1), 85-92.

Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane Library*.

Olusanya, B. O., Neumann, K. J., & Saunders, J. E. (2014). The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bulletin World Health Organization*, 92(5), 367–373. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.128728>

Ottinger, M. A. (2018). A Comparative Approach to Metabolic Aspects of Aging: Conserved Mechanisms and Effects of Calorie Restriction and Environment. In *Progress in molecular biology and translational science* (Vol. 155, pp. 109-127). Academic Press.

Ouellet, G. M., Geda, M., Murphy, T. E., Tsang, S., Tinetti, M. E., & Chaudhry, S. I. (2017). Prehospital Delay in Older Adults with Acute Myocardial Infarction: The Comprehensive Evaluation of Risk Factors in Older Patients with Acute Myocardial Infarction Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, Lake, R. e. <https://doi.org/10.1111/jgs.15102>

Pahor, M., Guralnik, J. M., Ambrosius, W. T., Blair, S., Bonds, D. E., Church, T. S., ... & King, A. C. (2014). Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial. *Jama*, 311(23), 2387-2396.

Parham, K., Lin, F. R., Coelho, D. H., Sataloff, R. T., & Gates, G. A. (2013). Comprehensive Management of Presbycusis. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 148(4), 537–539. <https://doi.org/10.1177/0194599813477596>

Park D. C., Yeo S. G. (2013). Aging. *Korean Journal of Audiology*. 17:39–44. doi: 10.7874/kja.2013.17.2.39.

Park, D. J. (2016). Effect of visual stimulus using central and peripheral visual field on postural control of normal subjects. *Journal of physical therapy science*, 28(6), 1769-1771.

Park, D. C., & Festini, S. B. (2017). Theories of memory and aging: A look at the past and a glimpse of the future. *The Journals of Gerontology: Series B*, 72(1), 82-90.

Ponocny, I., Weismayer, C., Stross, B., & Dressler, S. G. (2016). Are most people happy? Exploring the meaning of subjective well-being ratings. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), 2635-2653.

Prazeres, F., & Santiago, L. (2015). Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(9), e009287.

Puvill, T., Lindenberg, J., Slaets, J. P., de Craen, A. J., & Westendorp, R. G. (2017). How is change in physical health status reflected by reports of nurses and older people themselves?. *The Journals of Gerontology: Series A*, 72(4), 579-585.

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

Reed-Jones, R. J., Solis, G. R., Lawson, K. A., Loya, A. M., Cude-Islas, D., & Berger, C. S. (2013). Vision and falls: a multidisciplinary review of the contributions of visual impairment to falls among older adults. *Maturitas*, 75(1), 22-28.

Read, S., Grundy, E., & Foverskov, E. (2016). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & mental health*, 20(5), 529-542.

Rigo, L., Garbin, R. R., Rodrigues, J. L. S. D. A., Menezes-Júnior, L. R., Paranhos, L. R., & Barelli, C. (2017). Self-perceived quality of health and satisfaction by elderly seen by the Family Health Strategy team. *Einstein (São Paulo)*, 15(4), 428-434.

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

Romero-Ortuno, R., Fouweather, T., & Jagger, C. (2013). Cross-national disparities in sex differences in life expectancy with and without frailty. *Age and ageing*, 43(2), 222-228.

Rosenkranz, R. R., Duncan, M. J., Rosenkranz, S. K., & Kolt, G. S. (2013). Active lifestyles related to excellent self-rated health and quality of life: cross sectional

findings from 194,545 participants in The 45 and Up Study. *BMC Public Health*, 13(1), 1071.

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.

Salinari, G., & De Santis, G. (2015). On the beginning of mortality acceleration. *Demography*, 52(1), 39-60.

Salvioli, S., Monti, D., Lanzarini, C., Conte, M., Pirazzini, C., Giulia Bacalini, M., ... & Bucci, L. (2013). Immune system, cell senescence, aging and longevity-inflamm-aging reappraised. *Current pharmaceutical design*, 19(9), 1675-1679.

Sanders, K. M., Lim, K., Stuart, A. L., Macleod, A., Scott, D., Nicholson, G. C., & Busija, L. (2017). Diversity in fall characteristics hampers effective prevention: the precipitants, the environment, the fall and the injury. *Osteoporosis international*, 28(10), 3005-3015.

Santos-Lozada, A. R., & Daw, J. (2018). The contribution of three dimensions of allostatic load to racial/ethnic disparities in poor/fair self-rated health. *SSM-population health*, 4, 55-65.

Sathyan, S., Barzilai, N., Atzmon, G., Milman, S., Ayers, E., & Verghese, J. (2018). Genetic insights into frailty: Association of 9p21-23 locus with frailty. *Frontiers in medicine*, 5.

Schuch, F. B., Vasconcelos-Moreno, M. P., Borowsky, C., Zimmermann, A. B., Rocha, N. S., & Fleck, M. P. (2015). Exercise and severe major depression: effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of psychiatric research*, 61, 25-32.

Seematter-Bagnoud, L., & Büla, C. (2018). Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. *Public health reviews*, 39(1), 8.

Selb, M., Escorpizo, R., Kostanjsek, N., Stucki, G., Üstün, B., & Cieza, A. (2015). A guide on how to develop an International Classification of Functioning, Disability and



Health Core Set. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 51(1), 105–117. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010508.pub2>. Corresponding

Selvamani, Y., & Singh, P. (2018). Socioeconomic patterns of underweight and its association with self-rated health, cognition and quality of life among older adults in India. *PloS one*, 13(3), e0193979.

Sepúlveda, E., Póinhos, R., Constante, M., Pais-Ribeiro, J., Freitas, P., & Carvalho, D. (2015). Health-related quality of life in type 1 and type 2 diabetic patients in a Portuguese central public hospital. *Diabetes, metabolic syndrome and obesity: targets and therapy*, 8, 219.

Sgarbieri, V. C., & Pacheco, M. T. B. (2017). Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Brazilian Journal of Food Technology*, 20.

Sharpe, L., McDonald, S., Correia, H., Raue, P. J., Meade, T., Nicholas, M., & Areal, P. (2017). Pain severity predicts depressive symptoms over and above individual illnesses and multimorbidity in older adults. *BMC psychiatry*, 17(1), 166.

Sinnige, J., Braspenning, J., Schellevis, F., Stirbu-Wagner, I., Westert, G., & Korevaar, J. (2013). The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases—a systematic literature review. *PloS one*, 8(11), e79641.

Skoog, J., Midlöv, P., Beckman, A., Sundquist, J., & Halling, A. (2014). Drugs prescribed by general practitioners according to age, gender and socioeconomic status after adjustment for multimorbidity level. *BMC family practice*, 15(1), 183.

Solé-Auró, A., Beltrán-Sánchez, H., & Crimmins, E. M. (2014). Are Differences in Disability-Free Life Expectancy by Gender, Race, and Education Widening at Older Ages? *Population Research and Policy Review*, 34(1). <https://doi.org/10.1007/s11113-014-9337-6>

Soleimani, M. A., Lehto, R. H., Negarandeh, R., Bahrani, N., & Chan, Y. H. (2017). Death anxiety and quality of life in Iranian caregivers of patients with cancer. *Cancer nursing*, 40(1), E1-E10.

Song, S., & Johnson, F. B. (2018). Epigenetic Mechanisms Impacting Aging: A Focus on Histone Levels and Telomeres. *Genes*, 9(4), 201.



- Spring, A. (2017). Short-and long-term impacts of neighborhood built environment on self-rated health of older adults. *The Gerontologist*, 58(1), 36-46.
- Stahl, S. T., & Schulz, R. (2014). The effect of widowhood on husbands' and wives' physical activity: the cardiovascular health study. *Journal of behavioral medicine*, 37(4), 806-817.
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 385(9968), 640-648.
- Stewart, S. T., Cutler, D. M., & Rosen, A. B. (2013). US trends in quality-adjusted life expectancy from 1987 to 2008: Combining national surveys to more broadly track the health of the nation. *American Journal of Public Health*, 103(11). <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.30125>
- Storey, S., Gray, T. F., & Bryant, A. L. (2017). Comorbidity, Physical Function, and Quality of Life in Older Adults with Acute Myeloid Leukemia. *Current Geriatrics Reports*, 6(4), 247-254.
- St Sauver, J. L., Boyd, C. M., Grossardt, B. R., Bobo, W. V., Rutten, L. J. F., Roger, V. L., ... & Rocca, W. A. (2015). Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: differences by sex and ethnicity. *BMJ open*, 5(2), e006413.
- Tang, E., Bansal, A., Novak, M., & Mucsi, I. (2017). Patient-Reported Outcomes in Patients with Chronic Kidney Disease and Kidney Transplant-Part 1. *Frontiers in medicine*, 4, 254.
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G., & Jakobsson, U. (2013). Loneliness among older people: Results from the Swedish national study on aging and care—Blekinge. *Open Geriatric Medicine Journal*, 6(1), 1-10.
- Taube, E., Kristensson, J., Sandberg, M., Midlöv, P., & Jakobsson, U. (2015). Loneliness and health care consumption among older people. *Scandinavian journal of caring sciences*, 29(3), 435-443.
- Terrett, G., Rose, N. S., Henry, J. D., Bailey, P. E., Altgassen, M., Phillips, L. H., ... & Rendell, P. G. (2016). The relationship between prospective memory and episodic future thinking in younger and older adulthood. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 69(2), 310-323.



Theofilou, P. (2014). OUTCOMES ASSESSMENT IN END-STAGE KIDNEY DISEASE—MEASUREMENTS AND APPLICATIONS IN CLINICAL PRACTICE (E-BOOK) Published by Bentham Science Publishers eISBN: 978-1-60805-735-1. *Journal of Renal Care*, 40(2), 147-147.

Theofilou, P. (2015). Translation and cultural adaptation of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support for Greece. *Health Psychology Research*, 3(1).

The World Bank. (2015). Fertility rate, total (births per woman). *Data*, 1. Retrieved from <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

Thomas, P. A., Liu, H., Umberson, D., & Suitor, J. J. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innovation in Aging*, 1(3).

Tkacheva, O. N., Runikhina, N. K., Ostapenko, V. S., Sharashkina, N. V., Mkhitarian, E. A., Onuchina, J. S., ... & Press, Y. (2018). Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow. *Clinical interventions in aging*, 13, 251.

Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J. M., Ayuso-Mateos, J. L., ... & Leonardi, M. (2017). Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*, 26(7), 1865-1878.

Tomini, F., Tomini, S. M., & Groot, W. (2016). Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC geriatrics*, 16(1), 203.

Ungar, A., Rafanelli, M., Iacomelli, I., Brunetti, M. A., Ceccofiglio, A., Tesi, F., & Marchionni, N. (2013). Fall prevention in the elderly. *Clinical Cases in mineral and bone metabolism*, 10(2), 91.

Uy, E. J. B., Bautista, D. C., Xin, X., Cheung, Y. B., Thio, S. T., & Thumboo, J. (2018). Using best-worst scaling choice experiments to elicit the most important domains of health for health-related quality of life in Singapore. *PloS one*, 13(2), e0189687.



Van Damme, A., Declercq, T., Lemey, L., Tandt, H., & Petrovic, M. (2018). Late-life depression: issues for the general practitioner. *International journal of general medicine*, 11, 113.

van Loon, M. S., van Leeuwen, K. M., Ostelo, R. W. J. G., Bosmans, J. E., & Widdershoven, G. A. M. (2018). Quality of life in a broader perspective: Does ASCOT reflect the capability approach?. *Quality of Life Research*, 1-9.

Van Merode, T., Van De Ven, K., & Van Den Akker, M. (2018). Patients with multimorbidity and their treatment burden in different daily life domains: a qualitative study in primary care in the Netherlands and Belgium. *Journal of comorbidity*, 8(1), 9-15.

Van Oyen, H., Nusselder, W., Jagger, C., Kolip, P., Cambois, E., & Robine, J. M. (2013). Gender differences in healthy life years within the EU: an exploration of the “health–survival” paradox. *International journal of public health*, 58(1), 143-155.

Van Raamsdonk, J. M. (2017). Mechanisms underlying longevity: A genetic switch model of aging. *Experimental gerontology*.

Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S., & García-de-Cecilia, J. M. (2016). Validation of the UCLA loneliness scale in an elderly population that live alone. *Semergen*, 42(3), 177-183.

Vina, J., Borras, C., Abdelaziz, K. M., Garcia-Valles, R., & Gomez-Cabrera, M. C. (2013). The free radical theory of aging revisited: the cell signaling disruption theory of aging. *Antioxidants & redox signaling*, 19(8), 779-787.

Vyas, S., Nagarajappa, S., Dasar, P. L., & Mishra, P. (2018). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of oral health impact profile among school teacher community. *Journal of Education and Health Promotion*, 7(1), 4.

Wang, X., Ma, Z., Cheng, J., & Lv, Z. (2014). A genetic program theory of aging using an RNA population model. *Ageing research reviews*, 13, 46-54.

Ward, B. W., Schiller, J. S., & Goodman, R. A. (2014). Peer reviewed: Multiple chronic conditions among us adults: A 2012 update. *Preventing chronic disease*, 11.

Ward, R. E., Beauchamp, M. K., Latham, N. K., Leveille, S. G., Percac-Lima, S., Wang, H. H., Wang, J. J., Wong, S. Y., Wong, M. C., Li, F. J., Wang, P. X., ... & Mercer, S. W. (2014). Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC medicine*, 12(1), 188.

Wilkins, J. M. (2015). More than capacity: Alternatives for sexual decision making for individuals with dementia. *The Gerontologist*, 55(5), 716-723.

Williamson, P. R., Altman, D. G., Bagley, H., Barnes, K. L., Blazeby, J. M., Brookes, S. T., ... & Kirkham, J. J. (2017). The COMET handbook: version 1.0. *Trials*, 18(3), 280.

Wong, A. Y., Forss, K. S., Jakobsson, J., Schoeb, V., Kumlien, C., & Borglin, G. (2018). Older adult's experience of chronic low back pain and its implications on their daily life: Study protocol of a systematic review of qualitative research. *Systematic Reviews*, 7(1), 81.

Wong, S. Y. S., Wong, C. K., Chan, F. W. K., Chan, P. K., Ngai, K., Mercer, S., & Woo, J. (2013). Chronic psychosocial stress: does it modulate immunity to the influenza vaccine in Hong Kong Chinese elderly caregivers?. *Age*, 35(4), 1479-1493.

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version, December 1996* (No. WHOQOL-BREF). Geneva: World Health Organization.

World Health Organisation. (2014). Global health estimates: Deaths by cause, age, sex and country, 2000-2012. Geneva. <https://doi.org/10.1016/j.mpmmed.2016.06.006>

World Health Organization. (2015). *WHO | Global Health Estimates 2015 Summary Tables. Global Health Estimates: Key figures and tables*(Vol. Multimedia). [https://doi.org/entity/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](https://doi.org/entity/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html)

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). The global strategy and action plan on ageing and health. 2016.



- Wu, S., Wang, R., Jiang, A., Ding, Y., Wu, M., Ma, X., ... & He, J. (2014). Abdominal obesity and its association with health-related quality of life in adults: a population-based study in five Chinese cities. *Health and quality of life outcomes*, 12(1), 100.
- Xiao, Y., Miao, S., Sarkar, C., Geng, H., & Lu, Y. (2018). Exploring the Impacts of Housing Condition on Migrants' Mental Health in Nanxiang, Shanghai: A Structural Equation Modelling Approach. *International journal of environmental research and public health*, 15(2), 225.
- Xie, J. F., Ding, S. Q., Zhong, Z. Q., Yi, Q. F., Zeng, S. N., Hu, J. H., & Zhou, J. D. (2014). Mental health is the most important factor influencing quality of life in elderly left behind when families migrate out of rural China. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(3), 364-370.
- Yamasoba, T., Lin, F. R., Someya, S., Kashio, A., Sakamoto, T., & Kondo, K. (2013). Current concepts in age-related hearing loss: Epidemiology and mechanistic pathways. *Hearing Research*. <https://doi.org/10.1016/j.heares.2013.01.021>
- Yang, F., & Chen, Q. W. (2018). Evaluation of frailty and influencing factors in old people in hospital institution: Evidence for a phenotype of frailty. *Medicine*, 97(3), e9634.
- Zajacova, A., Huzurbazar, S., & Todd, M. (2017). Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science & Medicine*, 187, 58-66.
- Zawisza, K., Galas, A., Tobiasz-Adamczyk, B., Chatterji, S., Haro, J. M., Miret, M., ... & Leonardi, M. (2014). The validity of the instrument to evaluate social network in the ageing population: the Collaborative Research on Ageing in Europe Social Network Index. *Clinical psychology & psychotherapy*, 21(3), 227-241.
- Zebhauser, A., Hofmann-Xu, L., Baumert, J., Häfner, S., Lacruz, M. E., Emeny, R. T., ... & Ladwig, K. H. (2014). How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *International journal of geriatric psychiatry*, 29(3), 245-252.
- Zielinski, A. (2014). Ageing individuals and ageing populations. *Przegl. Epidemiol.*, 68(3), 396-399.
- Zimmerman, M., Martinez, J. H., Dalrymple, K.,



Chelminski, I., & Young, D. (2013). Should criteria be specified for depressive disorder not otherwise specified?. *Journal of affective disorders*, 147(1), 118-122.

Zielinski, A., & Halling, A. (2015). Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC research notes*, 8(1), 714.



## Παράρτημα Α

### Ενημερωτικό σημείωμα και δήλωση συγκατάθεσης

#### Ενημερωτικό σημείωμα συμμετοχής του ασθενούς σε ερευνητική μελέτη

Στα πλαίσια του Διαπανεπιστημιακού Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών <<Διαχείριση Γήρανσης και Χρόνιων Νοσημάτων>> με την σύμπραξη του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου και του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, η Γενική Ιατρός Φωτεινή Στασινοπούλου διεξάγει ερευνητική μελέτη με θέμα: << Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα>>. Σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξουμε τυχόν διαφορές στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που διαβιούν ανάμεσά μας έτσι ώστε να προτείνουμε στοχευμένες δράσεις για την βελτίωσή της. Αυτό που θα θέλαμε από εσάς είναι να διαθέσετε λίγα λεπτά για να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο που θα σας δοθεί.

Οφείλουμε να διευκρινίσουμε πως θα διασφαλιστεί απόλυτη ανωνυμία και εμπιστευτικότητα ενώ τα αποτελέσματα που θα προκύψουν δε θα χρησιμοποιηθούν παρά μόνο για περαιτέρω έρευνα. Δεν είστε υποχρεωμένοι να συμμετάσχετε, είναι εθελοντική η διαδικασία, δεν επιβαρύνεστε καθόλου οικονομικά και φυσικά εάν συμφωνήσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο, δεν δεσμεύεστε καθόλου και μπορείτε να διακόψετε οποιαδήποτε στιγμή και για οποιονδήποτε λόγο, χωρίς να απαιτείται να τον δηλώσετε.

Αν θέλετε να συμμετάσχετε θα πρέπει να υπογράψετε σχετική δήλωση συγκατάθεσης.

### **Δήλωση συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα**

Μετά την ενημέρωση από την ερευνήτρια, τη μελέτη του σχετικού εγγράφου κι αφού είχα όλο τον απαιτούμενο χρόνο να σκεφτώ, αποφάσισα να συμμετέχω στη μελέτη με θέμα: << Διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα>> της Γενικής Ιατρού Φωτεινής Στασινοπούλου, γνωρίζοντας εκ των προτέρων πως δύναμαι να διακόψω τη διαδικασία όποτε εγώ το θελήσω χωρίς να υποχρεούμαι να δώσω εξηγήσεις.

Ονοματεπώνυμο ερευνητή: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία:

Υπογραφή:

Ονοματεπώνυμο συμμετέχοντα: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία:

Υπογραφή:



## Παράρτημα Β

### Ερωτηματολόγια

**Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών, ιατρικού ιστορικού, υγιεινοδιατροφικών παρεμβάσεων και δραστηριοτήτων.**

- Φύλο \_\_\_\_\_ (άρεν ή θήλυ)
- Ηλικία \_\_\_\_\_ (έτη)
- Οικογενειακή κατάσταση \_\_\_\_\_ (έγγαμος/η, άγαμος/η, συζεί με τον/τη σύντροφο, διαζευγμένος/η, χήρος/α)
- Τόπος διαμονής \_\_\_\_\_ (αστική περιοχή, ημιαστική, αγροτική)  
Αριθμός ατόμων νοικοκυριού \_\_\_\_\_
- Διαμονή με \_\_\_\_\_ (συγγενικό άτομο, μόνος/η, άλλο άτομο)
- Εκπαιδευτικό επίπεδο \_\_\_\_\_ (κατώτερη εκπαίδευση, μέση εκπαίδευση, ανώτερη εκπαίδευση, ανώτατη εκπαίδευση, μεταπτυχιακά)
- Αριθμός ετών εκπαίδευσης \_\_\_\_\_
- Αριθμός χρόνιων παθήσεων \_\_\_\_\_
- Αριθμός φαρμακευτικών σκευασμάτων που λαμβάνονται συστηματικά \_\_\_\_\_
- Αριθμός γενοσήμων φαρμάκων που λαμβάνονται συστηματικά \_\_\_\_\_
- Ακολουθείτε κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης· \_\_\_\_\_  
(Ναι ή όχι)
- Ακολουθείτε κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής· \_\_\_\_\_  
(Ναι ή όχι)
- Έχετε ελεύθερο χρόνο· \_\_\_\_\_ (Ναι ή όχι)



- Υπάρχουν κάποιες δραστηριότητες που σας ικανοποιούν ή σας ευχαριστούν· \_\_\_\_\_  
(Ναι ή όχι)
- Αναφέρεται έως τρεις δραστηριότητες που σας ικανοποιούν ή σας ευχαριστούν, κατά σειρά προτίμησης
- α) \_\_\_\_\_
- β) \_\_\_\_\_
- γ) \_\_\_\_\_

### Ερωτηματολόγιο Επισκόπησης Υγείας SF-36

1. Σε γενικές γραμμές, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι : 1 Άριστη <input type="checkbox"/> , 2 Πολύ καλή <input type="checkbox"/> , 3 Καλή <input type="checkbox"/> , 4 Μέτρια <input type="checkbox"/> , 5 Κακή <input type="checkbox"/>			
2. Κάνοντας σύγκριση με την κατάστασή σας πριν από ένα χρόνο που κατατάσσετε την υγεία σας σε γενικές γραμμές τώρα:			
1. Πολύ καλύτερα <input type="checkbox"/> 2. Κάπως καλύτερα <input type="checkbox"/> 3. Τα ίδια <input type="checkbox"/> 4. Κάπως χειρότερα <input type="checkbox"/> 5. Πολύ χειρότερα <input type="checkbox"/>			
<b>Τώρα η υγεία σας, σας περιορίζει....</b>	1.πολύ	2.λίγο	3.καθόλου
3. Να κάνετε έντονες σωματικές δραστηριότητες π.χ. τρέξιμο, σήκωμα βαριών αντικειμένων, συμμετοχή σε επίπονα αθλήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Να κάνετε μέτριες σωματικές δραστηριότητες π.χ. Μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας, περίπατο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Να σηκώνετε ή να μεταφέρετε σακουλές με ψώνια από το σούπερ μάρκετ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Να ανεβαίνετε αρκετούς ορόφους από τις σκάλες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Να ανεβαίνετε έναν όροφο από τις σκάλες	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Να σκύβετε ή να γονατίζετε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Να περπατάτε περισσότερο από 1 χιλιόμετρο	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



10. Να περπατάτε αρκετά τετράγωνα			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Να περπατάτε ένα τετράγωνο			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Να πλένεστε ή να ντύνεστε μόνος /η σας			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Τον τελευταίο μήνα η υγεία σας, σας ανάγκασε	1. NAI	2. OXI	Τον τελευταίο μήνα είχατε κάποιο πρόβλημα ψυχολογικής κατάστασης π.χ. εάν αισθανθήκατε καταθλιπτικά ή αγχωμένα σας ανάγκασε να	1. NAI	2. OXI	
13. Μειώσατε τον χρόνο που διαθέσατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Μειώσατε το χρόνο που διαθέτατε για την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Κάνατε λιγότερα πράγματα από όσο θα θέλατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Περιορίσατε το είδος της εργασίας ή των άλλων ασχολιών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16. Χρειαστήκατε να κάνετε μεγαλύτερη προσπάθεια για να εκτελέσετε την εργασία σας ή τις άλλες ασχολίες σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. Δεν κάνατε εργασία ή τις άλλες εργασίες σας τόσο προσεκτικά όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Οι παρακάτω ερωτήσεις αναφέρονται στο πως αισθάνεστε και πως σας πήγαν τα πράγματα τον τελευταίο μήνα. Πόσο συχνά τον τελευταίο μήνα						
	Συνέχεια	Πολύ συχνά	Αρκετά συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
23. Αισθανθήκατε γεμάτος ζωτικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Ήσασταν πολύ νευρικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Αισθανθήκατε τόσο άσχημα που τίποτα δεν	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



μπορούσε να σας δώσει λίγη χαρά						
26. Αισθανθήκατε ήρεμα και γαλήνια	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Είχατε μεγάλη ενεργητικότητα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Αισθανθήκατε απογοητευμένος και μελαγχολικός	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Αισθανθήκατε εξαντλημένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Νιώσατε ευτυχισμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Αισθανθήκατε κουρασμένος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Τον τελευταίο μήνα πόσο συχνά η υγεία σας ή η ψυχολογική σας κατάσταση επηρέασαν τις κοινωνικές σας δραστηριότητες π.χ με φίλους, συγγενείς κλπ	Συνέχεια <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνά <input type="checkbox"/>	Μερικές φορές <input type="checkbox"/>	Σπάνια <input type="checkbox"/>	Ποτέ <input type="checkbox"/>	
Ποιο σωστό ή λάθος είναι για σας οι παρακάτω ερωτήσεις	Εντελώς σωστό	Μάλλον σωστό	Δεν γνωρίζω	Μάλλον λάθος	Εντελώς λάθος	
33. Νομίζω ότι αρρωσταίνω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
34. Είμαι υγιής όπως κάθε άλλος που γνωρίζω	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
35. Περιμένω ότι η υγεία μου θα χειροτερέψει	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
36. Η υγεία μου είναι εξαιρετική	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.