



ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ (ΔΜΥ)

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ
ΣΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ 60 ΚΑΙ ΑΝΩ.**

ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.

ΑΝΔΡΙΚΟΠΟΥΛΟΥ ΑΓΓΕΛΙΚΗ

ΑΜ:164711

Επιβλέπων Α΄ Καθηγητής: Γκανάς Αντώνιος
Συν-επιβλέπουσα Β΄ Καθηγήτρια: Λάππα Ευαγγελία

ΠΑΤΡΑ, ΜΑΙΟΣ 2026

Ολοκληρώνοντας τη διπλωματική μου εργασία, θα ήθελα να εκφράσω την ειλικρινή μου ευγνωμοσύνη σε όσους με στήριξαν και συνέβαλαν καθοριστικά στην πορεία αυτή.

Πρώτα απ' όλα, ευχαριστώ θερμά τον επιβλέποντα Καθηγητή μου, κ. Γκανά Αντώνιο, για τη συνεχή καθοδήγηση και την πολύτιμη συμβολή του καθ' όλη τη διάρκεια της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να αναγνωρίσω τη συμβολή όλων των διδασκόντων μου κατά την φοίτηση μου στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, οι οποίοι με τις γνώσεις και την υποστήριξή τους αποτέλεσαν βασικό στήριγμα στη συνολική μου ακαδημαϊκή διαδρομή.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συμμετέχοντες στην έρευνά μου για την πολύτιμη συμβολή τους στην ολοκλήρωση αυτής της μελέτης. Χωρίς την πρόθυμη συμμετοχή τους και την ειλικρινή δέσμευσή τους, τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δεν θα είχαν πραγματοποιηθεί.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την ηθική στήριξη, την ενθάρρυνση και την κατανόηση που μου προσέφεραν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Η υγιής γήρανση αποτελεί μία από τις σημαντικότερες προκλήσεις για τα σύγχρονα συστήματα υγείας, αναδεικνύοντας την ανάγκη για πολυδιάστατες προσεγγίσεις που υπερβαίνουν τη στενή βιοϊατρική οπτική. Στο πλαίσιο αυτό, η έννοια της εγγενούς ικανότητας (intrinsic capacity) έχει προταθεί ως ένας δυναμικός και πολυπαραγοντικός δείκτης λειτουργικής υγείας στους ηλικιωμένους, ο οποίος ενσωματώνει σωματικές, γνωστικές και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις. Παράλληλα, παράγοντες όπως η μοναξιά και η κοινωνική υποστήριξη φαίνεται να διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της πορείας της γήρανσης.

Η παρούσα εργασία βασίστηκε σε ανασκόπηση της σύγχρονης επιστημονικής βιβλιογραφίας, με ιδιαίτερη έμφαση σε συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-ανалύσεις που διερευνούν τη σχέση μεταξύ εγγενούς ικανότητας, λειτουργικής ανεξαρτησίας, ψυχικής υγείας και κοινωνικών παραγόντων στους ηλικιωμένους. Ειδικότερα, εξετάστηκαν μελέτες που αφορούν τη συμβολή της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της κοινωνικής υποστήριξης σε κρίσιμες εκβάσεις υγείας, όπως η ευθραυστότητα, η λειτουργική έκπτωση και η θνησιμότητα.

Παράλληλα, πραγματοποιήθηκε πρωτογενής ποσοτική έρευνα σε δείγμα 107 ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου που περιλάμβανε δημογραφικά χαρακτηριστικά και τις διεθνώς αναγνωρισμένες κλίμακες WHOQOL-BREF και WHOQOL-OLD για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής και της λειτουργικής ανεξαρτησίας. Τα δεδομένα αναλύθηκαν με κατάλληλες στατιστικές μεθόδους, προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ λειτουργικότητας, ποιότητας ζωής και ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν ότι η λειτουργική ανεξαρτησία και η κοινωνική υποστήριξη συνδέονται θετικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ζωής, ενώ η μοναξιά και η μειωμένη ψυχική ευεξία σχετίζονται αρνητικά με βασικούς δείκτες ευημερίας.

Από την ανάλυση προκύπτει ότι η εγγενής ικανότητα αποτελεί έναν αξιόπιστο και πολυδιάστατο προγνωστικό δείκτη, ο οποίος υπερβαίνει τη στενή έννοια της λειτουργικής ικανότητας και συμβάλλει ουσιαστικά στην πρόβλεψη δυσμενών εκβάσεων υγείας.

Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική συμμετοχή, η ανθεκτικότητα και η συναισθηματική ευεξία, συνδέονται θετικά με τη διατήρηση της αυτονομίας των ηλικιωμένων. Αντίθετα, η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση εμφανίζουν ισχυρή συσχέτιση με αυξημένη ευθραυστότητα και επιδείνωση τόσο της σωματικής όσο και της γνωστικής λειτουργίας.

Τα παραπάνω ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη υιοθέτησης ολιστικών και προσωποκεντρικών προσεγγίσεων στη φροντίδα των ηλικιωμένων, οι οποίες να ενσωματώνουν τόσο βιολογικούς όσο και ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. Οι μη φαρμακευτικές και κοινωνικές παρεμβάσεις αναδεικνύονται ως κρίσιμα εργαλεία για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την προαγωγή της υγιούς γήρανσης. Ωστόσο, η ετερογένεια των μεθοδολογικών προσεγγίσεων και η περιορισμένη δυνατότητα αιτιολογικής ερμηνείας των σχέσεων αποτελούν σημαντικούς περιορισμούς της υπάρχουσας βιβλιογραφίας. Συνεπώς, απαιτείται περαιτέρω έρευνα με στόχο την ενίσχυση της εννοιολογικής σαφήνειας και την ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων που θα υποστηρίζουν τη βιώσιμη και υγιή γήρανση σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια.

Λέξεις-κλειδιά: εγγενής ικανότητα, λειτουργική ανεξαρτησία, μοναξιά, ευθραυστότητα, υγιής γήρανση.

Abstract

Healthy ageing constitutes a major challenge for contemporary healthcare systems, highlighting the need for multidimensional approaches that extend beyond a purely biomedical perspective. Within this context, the concept of intrinsic capacity has emerged as a dynamic and multifactorial indicator of functional health in older adults, encompassing physical, cognitive, and psychosocial domains. At the same time, factors such as loneliness and social support appear to play a decisive role in shaping ageing trajectories.

The present study is based on a comprehensive review of contemporary scientific literature, with particular emphasis on systematic reviews and meta-analyses examining the relationships between intrinsic capacity, functional independence, mental health, and social determinants in older populations. In particular, attention is given to evidence exploring the impact of loneliness, social isolation, and social support on key health outcomes, including frailty, functional decline, and mortality.

In addition, a primary quantitative survey was conducted involving a sample of 107 community-dwelling adults aged 60 years and older. Data were collected using a structured questionnaire that included demographic characteristics together with the internationally validated WHOQOL-BREF and WHOQOL-OLD instruments for the assessment of quality of life and functional independence. Statistical analyses were performed to explore the associations between functional status, quality of life, and psychosocial factors.

The findings of the study indicated that functional independence and social support are positively associated with perceived quality of life, whereas loneliness and reduced psychological well-being are negatively related to key indicators of overall well-being.

The analysis suggests that intrinsic capacity is a reliable and multidimensional prognostic indicator that extends beyond the traditional concept of functional ability and provides valuable predictive information regarding adverse health outcomes. Furthermore, psychosocial factors such as social participation, resilience, and emotional well-being are positively associated with the maintenance of autonomy in later life. In contrast, loneliness

and social isolation are consistently linked to increased frailty and deterioration in both physical and cognitive functioning.

These findings underscore the importance of adopting holistic and person-centered approaches in the care of older adults, integrating both biological and psychosocial dimensions. Non-pharmacological and socially oriented interventions emerge as critical strategies for enhancing quality of life and promoting healthy ageing. Nevertheless, methodological heterogeneity and the limited capacity to establish causal relationships remain important limitations within the existing body of literature. Therefore, further research is required to strengthen conceptual clarity and to design effective interventions that support sustainable and healthy ageing across diverse social contexts.

Keywords: intrinsic capacity, functional independence, loneliness, frailty, healthy ageing.

Ακρωνύμια

ADL – Activities of Daily Living (Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής)
IADL – Instrumental Activities of Daily Living (Σύνθετες Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής)
IC – Intrinsic Capacity (Εγγενής Ικανότητα)
WHO – World Health Organization (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας)
QoL – Quality of Life (Ποιότητα Ζωής)
HRQoL – Health-Related Quality of Life (Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής)
SLAS – Singapore Longitudinal Ageing Study
CHARLS – China Health and Retirement Longitudinal Study
ELSI – Brazilian Longitudinal Study of Aging
JMIR – Journal of Medical Internet Research
BMC – BioMed Central
RCT – Randomized Controlled Trial (Τυχαιοποιημένη Ελεγχόμενη Μελέτη)
CI – Confidence Interval (Διάστημα Εμπιστοσύνης)
SD – Standard Deviation (Τυπική Απόκλιση)
ANOVA – Analysis of Variance (Ανάλυση Διακύμανσης)
SPSS – Statistical Package for the Social Sciences
WHOQOL – World Health Organization Quality of Life
WHOQOL-BREF – World Health Organization Quality of Life – BREF Version
WHOQOL-OLD – World Health Organization Quality of Life – Older Adults Module

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	3
Abstract	5
Ακρωνύμια	7
Πίνακας Περιεχομένων	8
Πίνακας Πινάκων	10
Κεφάλαιο 1°	11
1.1 Εισαγωγή	11
Κεφάλαιο 2°	16
Θεωρητικό πλαίσιο της ποιότητας ζωής και της λειτουργικότητας στην τρίτη ηλικία....	16
2.1 Λειτουργικότητα και ανεξαρτησία στην Τρίτη ηλικία	16
2.2 Υγής γήρανση και λειτουργική ικανότητα (WHO).....	20
2.3 Ευθραυστότητα (frailty) και λειτουργική έκπτωση	24
2.4 Ψυχοκοινωνικές συνέπειες της λειτουργικής έκπτωσης στην τρίτη ηλικία.....	28
Κεφάλαιο 3°	31
Μεθοδολογία	31
3.1 Σχεδιασμός έρευνας	31
3.2 Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	32
3.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	34
3.4 Στατιστική ανάλυση και ηθικά ζητήματα.....	37
Κεφάλαιο 4°	40
Αποτελέσματα	40
4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	40
4.2 Περιγραφική ανάλυση ποιότητας ζωής.....	41
4.3 Ανεξαρτησία και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	45
4.4 Συσχετίσεις βασικών μεταβλητών	47
Κεφάλαιο 5°	50
Συζήτηση	50
5.1 Ερμηνεία βασικών ευρημάτων	50
5.2 Λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και μοναξιά	51
5.3 Ρόλος κοινωνικής υποστήριξης και ανεξαρτησίας	53
5.4 Επιπτώσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας.....	54
Κεφάλαιο 6°	57
Συμπεράσματα	57
6.1 Κύρια συμπεράσματα	57

6.2 Θεωρητικές και πρακτικές προεκτάσεις.....	60
6.3 Περιορισμοί της μελέτης	61
6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα	62
Βιβλιογραφία	64
Παράρτημα	68
Ερωτηματολόγιο	68

Πίνακας Πινάκων

Πίνακας 4.1: Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος ($N = 107$).....	40
Πίνακας 4.2: Περιγραφικά στατιστικά βασικών δεικτών ποιότητας ζωής ($N = 107$)....	42
Πίνακας 4.3: Συσχετίσεις βασικών μεταβλητών ποιότητας ζωής (Pearson r).....	42
Πίνακας 4.4: Έλεγχος κανονικότητας (Shapiro–Wilk).....	43
Πίνακας 4.5: Δείκτες αξιοπιστίας βασικών διαστάσεων ποιότητας ζωής.....	44
Πίνακας 4.6: Αποτελέσματα t -test ως προς το φύλο.....	45
Πίνακας 4.7 : ANOVA – Διαφορές μεταξύ ομάδων.....	46
Πίνακας 4.8: Συσχετίσεις βασικών μεταβλητών (Pearson r).....	48

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί μία από τις πλέον καθοριστικές δημογραφικές εξελίξεις των σύγχρονων κοινωνιών, με εκτεταμένες επιπτώσεις στα συστήματα υγείας, κοινωνικής φροντίδας και κοινωνικής συνοχής. Η συνεχής αύξηση του προσδόκιμου ζωής, σε συνδυασμό με τη μείωση της γονιμότητας, έχει οδηγήσει σε σημαντική διεύρυνση του πληθυσμού των ατόμων ηλικίας 60 ετών και άνω. Στο πλαίσιο αυτό, η πρόκληση για τις σύγχρονες κοινωνίες δεν περιορίζεται μόνο στη διασφάλιση της μακροβιότητας, αλλά επεκτείνεται στη διατήρηση της λειτουργικότητας, της ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής κατά τη μεγαλύτερη ηλικία (World Health Organization, 2015).

Η διεθνής βιβλιογραφία αναγνωρίζει πλέον ότι η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητα του ατόμου να διατηρεί λειτουργική αυτονομία και ενεργό ρόλο στην καθημερινή και κοινωνική ζωή. Η λειτουργικότητα δεν συνιστά απλώς δείκτη φυσικής κατάστασης, αλλά αντικατοπτρίζει τη συνολική αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η απώλειά της συχνά σηματοδοτεί μεταβάσεις που επηρεάζουν βαθιά την αυτοαντίληψη και την αίσθηση αξιοπρέπειας των ηλικιωμένων.

Στην Ελλάδα, το δημογραφικό πρόβλημα λαμβάνει ιδιαίτερη ένταση. Η χώρα συγκαταλέγεται μεταξύ των ταχύτερα γηρασκουσών κοινωνιών της Ευρώπης, με υψηλό ποσοστό ηλικιωμένων και αυξανόμενο δείκτη εξάρτησης (ΕΛΣΤΑΤ, 2024). Παράλληλα, κοινωνικοοικονομικές μεταβολές, όπως η μείωση του μεγέθους των νοικοκυριών, η γεωγραφική κινητικότητα και η μεταναστευτική εκροή νεότερων ηλικιακών ομάδων, περιορίζουν τη διαθεσιμότητα άτυπης οικογενειακής φροντίδας. Οι εξελίξεις αυτές καθιστούν την απώλεια ανεξαρτησίας όχι μόνο ατομικό, αλλά και συλλογικό ζήτημα κοινωνικής πολιτικής.

Η απώλεια λειτουργικότητας στην τρίτη ηλικία αποτελεί πολυπαραγοντική εμπειρία που υπερβαίνει τα στενά όρια της σωματικής υγείας. Ο περιορισμός στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής συνδέεται συχνά με αυξημένη εξάρτηση από τρίτους, αναδιαμόρφωση των κοινωνικών ρόλων και περιορισμό της κοινωνικής συμμετοχής. Οι μεταβολές αυτές ενδέχεται να συνοδεύονται από συναισθήματα ανεπάρκειας, άγχους και κοινωνικής

απόσυρσης, επηρεάζοντας αρνητικά την ψυχική ευεξία (Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969).

Παρά το αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον για τη γήρανση, μεγάλο μέρος των μελετών εστιάζει κυρίως σε κλινικούς και βιοϊατρικούς δείκτες, όπως η παρουσία χρόνιων παθήσεων ή η αναπηρία. Ωστόσο, οι προσεγγίσεις αυτές συχνά παραγνωρίζουν τη βιωματική διάσταση της απώλειας ανεξαρτησίας και τον τρόπο με τον οποίο οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται και διαχειρίζονται τις αλλαγές στη λειτουργικότητά τους. Ιδίως στο ελληνικό πλαίσιο, παραμένει περιορισμένη η συστηματική διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων που συνδέονται με τη λειτουργική έκπτωση.

Η παρούσα διπλωματική εργασία υιοθετεί μια ολιστική προσέγγιση, εξετάζοντας την απώλεια λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας ως σύνθετο φαινόμενο που επηρεάζεται τόσο από ατομικούς όσο και από κοινωνικούς και θεσμικούς παράγοντες. Η μελέτη δεν περιορίζεται στην καταγραφή του επιπέδου λειτουργικότητας, αλλά επιδιώκει να διερευνήσει τη σχέση της με την ψυχική ευεξία, την κοινωνική υποστήριξη και την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας.

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η διερεύνηση της εμπειρίας της απώλειας λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω, με έμφαση στις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις και στις υγειονομικές προσεγγίσεις που μπορούν να συμβάλουν στη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας και της κοινωνικής ένταξης.

Οι ειδικοί στόχοι της μελέτης είναι:

- α) η αποτύπωση του επιπέδου λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας των συμμετεχόντων,
- β) η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ λειτουργικότητας και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως η μοναξιά και η κοινωνική υποστήριξη,
- γ) η εξέταση της πρόσβασης και χρήσης υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας,
- δ) η ανάδειξη αναγκών και πεδίων παρέμβασης για τον σχεδιασμό πολιτικών και υπηρεσιών που προάγουν την ανεξάρτητη διαβίωση.

Η παρούσα εργασία διαφοροποιείται από άλλες συναφείς μελέτες, καθώς εστιάζει στη βιωματική και υποκειμενική διάσταση της απώλειας ανεξαρτησίας, συνδυάζει

ψυχοκοινωνικές και υγειονομικές παραμέτρους και εντάσσει την ανάλυση στο ελληνικό κοινωνικό και θεσμικό πλαίσιο. Με τον τρόπο αυτό, φιλοδοξεί να συμβάλει στην ανάπτυξη τεκμηριωμένων, ανθρωποκεντρικών προσεγγίσεων για την υποστήριξη των ηλικιωμένων.

Σύντομη περιγραφή για το τι ακολουθεί στην εργασία: Στο πλαίσιο της παρούσας διπλωματικής εργασίας, η ανάλυση που ακολουθεί οργανώνεται με στόχο τη συστηματική και πολυεπίπεδη διερεύνηση της λειτουργικότητας και της ανεξαρτησίας στην τρίτη ηλικία, μέσα από ένα συνδυασμό θεωρητικών και εμπειρικών προσεγγίσεων. Αρχικά, η εργασία εδράζεται σε ένα ισχυρό εννοιολογικό υπόβαθρο, το οποίο αντλεί από τη σύγχρονη γεροντολογική και ψυχολογική βιβλιογραφία, αναδεικνύοντας τη λειτουργικότητα όχι ως μονοδιάστατο βιοϊατρικό δείκτη, αλλά ως δυναμικό αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ εγγενούς ικανότητας και περιβαλλοντικών παραγόντων (World Health Organization, 2015). Η θεωρητική αυτή αφετηρία επιτρέπει την κατανόηση της γήρανσης ως διαδικασίας που εμπεριέχει τόσο απώλειες όσο και δυνατότητες προσαρμογής, επαναπροσδιορίζοντας την έννοια της ανεξαρτησίας πέρα από την απλή φυσική επάρκεια.

Εν συνεχεία, η εργασία προχωρά στην εμβάθυνση των βασικών εννοιολογικών διακρίσεων που σχετίζονται με τη λειτουργική ικανότητα και την ανεξαρτησία, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στη διαφοροποίηση μεταξύ αντικειμενικών και υποκειμενικών διαστάσεων της αυτονομίας. Η προσέγγιση αυτή εναρμονίζεται με σύγχρονες ερευνητικές κατευθύνσεις, οι οποίες αναδεικνύουν ότι η εμπειρία της ανεξαρτησίας δεν καθορίζεται αποκλειστικά από το επίπεδο λειτουργικών περιορισμών, αλλά και από την αντίληψη του ατόμου σχετικά με τον έλεγχο της ζωής του και την ικανότητα λήψης αποφάσεων (Taylor et al., 2024). Παράλληλα, γίνεται εκτενής αναφορά στα καθιερωμένα εργαλεία αξιολόγησης της λειτουργικότητας, όπως οι δείκτες ADL και IADL, οι οποίοι, παρά τη διαχρονική τους αξία, παρουσιάζουν περιορισμούς ως προς την αποτύπωση της βιωματικής και ψυχοκοινωνικής διάστασης της αυτονομίας (Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969).

Η ανάλυση μετατοπίζεται προς την έννοια της υγιούς γήρανσης, όπως αυτή διατυπώνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αναδεικνύοντας τη λειτουργική ικανότητα ως κεντρικό άξονα της ευημερίας στην τρίτη ηλικία (World Health Organization, 2015). Η υγιής γήρανση προσεγγίζεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης μεταξύ βιολογικών,

ψυχολογικών και κοινωνικών παραμέτρων, με ιδιαίτερη έμφαση στη σημασία του περιβάλλοντος και της κοινωνικής συμμετοχής. Στο πλαίσιο αυτό, εξετάζεται η συμβολή παραγόντων όπως η προσβασιμότητα, η κοινωνική υποστήριξη και η ενεργός ένταξη στην κοινότητα, οι οποίοι δύνανται να ενισχύσουν ή να περιορίσουν τη λειτουργική ανεξαρτησία των ηλικιωμένων (World Health Organization, 2020; Beard et al., 2016). Η προσέγγιση αυτή υπογραμμίζει την ανάγκη για πολιτικές και παρεμβάσεις που υπερβαίνουν το στενό κλινικό πλαίσιο και ενσωματώνουν ευρύτερες κοινωνικές διαστάσεις.

Στη συνέχεια, η εργασία εστιάζει στην έννοια της ευθραυστότητας, η οποία αναλύεται ως κρίσιμος παράγοντας κινδύνου για τη λειτουργική έκπτωση και την απώλεια ανεξαρτησίας. Η ευθραυστότητα παρουσιάζεται ως πολυδιάστατη κατάσταση, η οποία δεν περιορίζεται σε σωματικούς δείκτες, αλλά περιλαμβάνει ψυχολογικές και κοινωνικές συνιστώσες (Fried et al., 2001; Rockwood & Mitnitski, 2007). Η ενσωμάτωση της έννοιας αυτής στο θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας επιτρέπει την κατανόηση των διαφορών μεταξύ ατόμων της ίδιας ηλικιακής ομάδας, καθώς και την ανάδειξη της δυναμικής φύσης της λειτουργικής έκπτωσης. Επιπλέον, εξετάζεται η δυνατότητα πρόληψης και αναστροφής της ευθραυστότητας μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων, ενισχύοντας την προοπτική μιας ενεργητικής και παρεμβατικής προσέγγισης στη γήρανση (Cesari et al., 2018).

Ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται στις ψυχοκοινωνικές συνέπειες της λειτουργικής έκπτωσης, οι οποίες αποτελούν κεντρικό άξονα της παρούσας μελέτης. Η απώλεια ανεξαρτησίας αναλύεται ως εμπειρία που επηρεάζει βαθιά την αυτοεκτίμηση, την ταυτότητα και τις κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων, δημιουργώντας συχνά έναν φαύλο κύκλο μεταξύ λειτουργικής έκπτωσης και ψυχικής επιβάρυνσης (World Health Organization, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, εξετάζεται ο ρόλος της μοναξιάς, της κοινωνικής απομόνωσης και της μειωμένης κοινωνικής υποστήριξης ως παραγόντων που επιταχύνουν την επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης και της ψυχικής υγείας (Victor et al., 2005; Goodarzi et al., 2024). Ταυτόχρονα, αναδεικνύονται προστατευτικοί μηχανισμοί, όπως η ανθεκτικότητα και η ενεργός κοινωνική συμμετοχή, οι οποίοι συμβάλλουν στη διατήρηση της ποιότητας ζωής, ακόμη και υπό συνθήκες λειτουργικών περιορισμών (Taylor et al., 2024).

Σε εμπειρικό επίπεδο, η εργασία προχωρά στη διερεύνηση των παραπάνω θεωρητικών αξόνων μέσω της ανάλυσης δεδομένων που συλλέχθηκαν με τη χρήση του ερωτηματολογίου WHOQOL-BREF και WHOQOL-OLD, τα οποία αποτελούν διεθνώς αναγνωρισμένα εργαλεία αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και της λειτουργικής ανεξαρτησίας (World Health Organization, 2015). Η μεθοδολογική προσέγγιση επιτρέπει την ποσοτική αποτύπωση τόσο των αντικειμενικών όσο και των υποκειμενικών διαστάσεων της λειτουργικότητας, καθώς και τη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ φυσικής κατάστασης, ψυχικής ευεξίας, κοινωνικής υποστήριξης και ανεξαρτησίας. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην ανάλυση των ψυχοκοινωνικών μεταβλητών, με στόχο την ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν την εμπειρία της γήρανσης στο ελληνικό πλαίσιο.

Τέλος, καταλήγει σε μια συνθετική συζήτηση των ευρημάτων, η οποία επιχειρεί να γεφυρώσει τη θεωρία με την εμπειρική πραγματικότητα. Μέσα από τη σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, αναδεικνύονται τόσο οι ομοιότητες όσο και οι ιδιαιτερότητες της ελληνικής περίπτωσης, ιδίως σε σχέση με τον ρόλο της οικογένειας και της άτυπης φροντίδας. Η ανάλυση αυτή οδηγεί στη διατύπωση τεκμηριωμένων συμπερασμάτων και προτάσεων για την ενίσχυση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ψυχικής ευεξίας των ηλικιωμένων, συμβάλλοντας στον σχεδιασμό ανθρωποκεντρικών πολιτικών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Με τον τρόπο αυτό, η παρούσα εργασία επιχειρεί να αναδείξει τη σημασία μιας ολιστικής προσέγγισης στη γήρανση, η οποία λαμβάνει υπόψη όχι μόνο τις βιολογικές, αλλά και τις ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της ανθρώπινης εμπειρίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

2.1 Λειτουργικότητα και ανεξαρτησία στην Τρίτη ηλικία

Η λειτουργικότητα αποτελεί έναν από τους πιο κρίσιμους δείκτες υγείας και ποιότητας ζωής στην τρίτη ηλικία, επειδή αποτυπώνει την ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις της καθημερινής διαβίωσης και της κοινωνικής συμμετοχής (World Health Organization, 2015). Στη σύγχρονη γεροντολογική βιβλιογραφία, η λειτουργικότητα δεν περιορίζεται στη σωματική επάρκεια, αλλά περιλαμβάνει γνωστικές και ψυχολογικές διαστάσεις, καθώς και την επίδραση του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος στη δυνατότητα «να κάνει» και «να είναι» το άτομο σε καθημερινές συνθήκες (Rowe and Kahn, 1997).

Η ανεξαρτησία συνδέεται στενά με τη λειτουργικότητα, όμως δεν ταυτίζεται πλήρως με αυτήν. Η αντικειμενική ανεξαρτησία αφορά το μετρήσιμο επίπεδο ικανότητας εκτέλεσης δραστηριοτήτων χωρίς βοήθεια, ενώ η υποκειμενική ανεξαρτησία αφορά την αίσθηση αυτονομίας, ελέγχου και αυτοδιάθεσης (Taylor et al., 2024). Έτσι, ένα άτομο με λειτουργικούς περιορισμούς μπορεί να διατηρεί υψηλή υποκειμενική ανεξαρτησία όταν διαθέτει προσαρμογές στο σπίτι, κατάλληλα βοηθήματα και υποστηρικτικά δίκτυα, ενώ ένα άτομο με καλύτερη φυσική κατάσταση μπορεί να βιώνει μειωμένη ανεξαρτησία λόγω φόβου πτώσεων ή υπερπροστατευτικότητας από το περιβάλλον (World Health Organization, 2015).

Η αξιολόγηση της λειτουργικότητας στηρίζεται διαχρονικά στις κλίμακες Βασικών Δραστηριοτήτων Καθημερινής Ζωής (Activities of Daily Living – ADL), που εισήγαγαν οι Katz et al. (1963), και στις Σύνθετες/Εργαλειακές Δραστηριότητες Καθημερινής Ζωής (Instrumental Activities of Daily Living – IADL), που διατύπωσαν οι Lawton and Brody (1969). Οι ADL περιλαμβάνουν βασικές πράξεις αυτοεξυπηρέτησης (π.χ. σίτιση, ένδυση, προσωπική υγιεινή, βασική κινητικότητα), ενώ οι IADL αφορούν πιο σύνθετες δεξιότητες που προϋποθέτουν γνωστική οργάνωση και κοινωνική λειτουργικότητα (π.χ. διαχείριση χρημάτων, χρήση τηλεφώνου, φαρμακευτική συμμόρφωση, μετακινήσεις, προετοιμασία

γευμάτων). Παρά τη χρησιμότητά τους, οι δείκτες ADL/IADL αποτυπώνουν κυρίως τη σωματική διάσταση και ενδέχεται να μην καταγράφουν επαρκώς την ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων ή το ψυχολογικό νόημα της αυτονομίας (Rowe and Kahn, 1997).

Η τελευταία πενταετία ανέδειξε έντονα τη συμβολή ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διατήρηση ή απώλεια ανεξαρτησίας. Συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-ανалύσεις καταδεικνύουν ότι κατάθλιψη, κοινωνική απομόνωση, μοναξιά και χαμηλή αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο λειτουργικής έκπτωσης και εξάρτησης (Goodarzi et al., 2024). Παράλληλα, η αυτοαποτελεσματικότητα, η ανθεκτικότητα και η ενεργός κοινωνική συμμετοχή λειτουργούν προστατευτικά, ενισχύοντας την ικανότητα προσαρμογής σε χρόνιες παθήσεις και περιορισμούς (Taylor et al., 2024). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζουν ότι η λειτουργικότητα δεν είναι αποκλειστικά βιοϊατρικό αποτέλεσμα, αλλά προϊόν αλληλεπίδρασης σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών (World Health Organization, 2015).

Το κοινωνικό και θεσμικό περιβάλλον επηρεάζει καθοριστικά τη λειτουργική ανεξαρτησία. Η προσβασιμότητα δημόσιων χώρων, η ασφάλεια της κατοικίας, η διαθεσιμότητα πρωτοβάθμιας φροντίδας και κοινοτικών υπηρεσιών, καθώς και η πρόσβαση σε αποκατάσταση, μπορούν να επιβραδύνουν τη λειτουργική έκπτωση και να μειώσουν την ανάγκη μακροχρόνιας φροντίδας (World Health Organization, 2020). Στην Ελλάδα, η άτυπη φροντίδα από την οικογένεια παραμένει κεντρικός μηχανισμός υποστήριξης. Η οικογένεια μπορεί να λειτουργεί προστατευτικά για τον ηλικιωμένο, αλλά η υπερεξάρτηση ενδέχεται να περιορίζει την αυτονομία και να αυξάνει την επιβάρυνση των φροντιστών. Συνολικά, η λειτουργικότητα και η ανεξαρτησία είναι πολυδιάστατες έννοιες που απαιτούν συνδυαστική αξιολόγηση και παρεμβάσεις προσανατολισμένες στη διατήρηση της αξιοπρέπειας και της ποιότητας ζωής.

Η λειτουργικότητα αξιοποιείται ευρέως και ως κριτήριο κατάταξης αναγκών φροντίδας, καθώς επηρεάζει άμεσα την πιθανότητα νοσηλείων, την κατανάλωση υπηρεσιών και την ανάγκη υποστήριξης στο σπίτι. Ιδιαίτερα σε γηράσκοντες πληθυσμούς, η εστίαση στη λειτουργικότητα επιτρέπει τη μετάβαση από νοσοκομειοκεντρικές λογικές προς προληπτικές και κοινοτικές παρεμβάσεις (World Health Organization, 2015).

Στο επίπεδο της εμπειρίας, η λειτουργική ικανότητα συνδέεται με την αυτοεκτίμηση και την ταυτότητα του ατόμου. Η απώλεια ικανοτήτων που θεωρούνται «αυτονόητες» (π.χ. να

ψωνίζει μόνος/η, να οργανώνει το σπίτι, να επισκέπτεται φίλους) μπορεί να βιωθεί ως σταδιακή απώλεια ρόλων και κοινωνικού νοήματος. Για τον λόγο αυτό, η αξιολόγηση της ανεξαρτησίας οφείλει να συνδυάζει αντικειμενικά μέτρα και την υποκειμενική οπτική του ηλικιωμένου, ώστε οι παρεμβάσεις να είναι ανθρωποκεντρικές. Στην πράξη, οι ADL/IADL κλίμακες παρέχουν τυποποιημένη εικόνα, αλλά απαιτείται προσοχή στην ερμηνεία. Διαφορετικά πολιτισμικά πλαίσια επηρεάζουν το τι θεωρείται «ανεξάρτητη» λειτουργία, ενώ η τεχνολογική εξέλιξη μεταβάλλει τις απαιτήσεις των IADL (π.χ. ηλεκτρονικές πληρωμές, ψηφιακές υπηρεσίες). Επομένως, η λειτουργικότητα χρειάζεται περιοδική αναθεώρηση δεικτών και συνδυασμό με ποιοτικές πληροφορίες. Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν και μέσω συμπεριφορών υγείας. Η κατάθλιψη και η μοναξιά μπορεί να μειώσουν τη φυσική δραστηριότητα, να επιβαρύνουν τον ύπνο και να περιορίσουν τη συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα, επιταχύνοντας τη λειτουργική έκπτωση (Goodarzi et al., 2024). Αντίστροφα, η κοινωνική υποστήριξη διευκολύνει την πρόσβαση σε φροντίδα, ενισχύει τα κίνητρα αυτοφροντίδας και μειώνει το άγχος που συνδέεται με τις καθημερινές δυσκολίες.

Τέλος, στο ελληνικό πλαίσιο, η διατήρηση της ανεξαρτησίας συνδέεται συχνά με άτυπες πρακτικές φροντίδας και με περιορισμένη αξιοποίηση τυποποιημένων υπηρεσιών κατ' οίκον. Η ενίσχυση της πρωτοβάθμιας φροντίδας, η διασύνδεση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας και η συστηματική λειτουργική αξιολόγηση μπορούν να υποστηρίξουν την «παραμονή στο σπίτι» ως επιλογή, μειώνοντας παράλληλα την επιβάρυνση οικογενειών και συστημάτων (World Health Organization, 2020).

Συνεπώς, οι υπηρεσίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν τη λειτουργικότητα ως «κοινό τελικό σημείο» για πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση, με έμφαση στη διεπιστημονική συνεργασία και στη συμμετοχή του ηλικιωμένου στη λήψη αποφάσεων. Η ολιστική αυτή προσέγγιση ευθυγραμμίζεται με τις αρχές της ενεργού και υγιούς γήρανσης και υποστηρίζει την κοινωνική ένταξη των ατόμων 60+. Παράλληλα, η συστηματική παρακολούθηση λειτουργικών δεικτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα διευκολύνει τον έγκαιρο εντοπισμό κινδύνου, τη στοχευμένη παραπομπή σε αποκατάσταση και την ενεργοποίηση υποστηρικτικών δικτύων. Έτσι, η ανεξαρτησία ενισχύεται πριν η έκπτωση καταστεί μη αναστρέψιμη.

Συμπληρωματικά ως προς τα παραπάνω, η σύγχρονη επιστημονική βιβλιογραφία αναδεικνύει με αυξανόμενη σαφήνεια ότι η λειτουργική ανεξαρτησία δεν μπορεί να ερμηνευθεί επαρκώς χωρίς την ενσωμάτωση της έννοιας της εγγενούς ικανότητας (intrinsic capacity), η οποία περιγράφει το συνολικό απόθεμα σωματικών, γνωστικών και ψυχολογικών λειτουργιών του ατόμου. Ειδικότερα, η εγγενής ικανότητα φαίνεται να λειτουργεί ως θεμελιώδης προσδιοριστής της μελλοντικής λειτουργικής πορείας, υπερβαίνοντας την περιορισμένη περιγραφική ισχύ των παραδοσιακών δεικτών λειτουργικότητας. Εμπειρικά δεδομένα από μετα-αναλύσεις καταδεικνύουν ότι η μείωση της εγγενούς ικανότητας σχετίζεται γραμμικά με αυξημένο κίνδυνο λειτουργικής έκπτωσης, ενώ ταυτόχρονα συνδέεται με σημαντικά υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας σε βάθος χρόνου, υποδεικνύοντας ότι αποτελεί έναν ολοκληρωμένο δείκτη πρόγνωσης της υγείας στην τρίτη ηλικία (Sánchez-Sánchez et al., 2024). Παράλληλα, διαπιστώνεται ότι η εγγενής ικανότητα διαφοροποιείται εννοιολογικά από τη λειτουργική ικανότητα, καθώς δεν αποτυπώνει απλώς την εκτέλεση δραστηριοτήτων, αλλά το δυναμικό του οργανισμού να ανταποκρίνεται σε προκλήσεις, γεγονός που εξηγεί γιατί εμφανίζει μεγαλύτερη προγνωστική ακρίβεια ως προς τις βιολογικές εκβάσεις της γήρανσης (Lee et al., 2023).

Η κατανόηση της λειτουργικότητας μέσα από το πρίσμα των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας, καθώς πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι οι κοινωνικές συνθήκες ασκούν ισχυρότερη επίδραση στη λειτουργική πορεία σε σχέση με καθαρά βιοϊατρικούς δείκτες. Συγκεκριμένα, η κοινωνική ευθραυστότητα, η οποία περιλαμβάνει παραμέτρους όπως η κοινωνική απομόνωση, η περιορισμένη κοινωνική συμμετοχή και η αίσθηση αποκοπής από κοινωνικά δίκτυα, έχει αναδειχθεί ως κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει άμεσα την εγγενή ικανότητα και, κατ' επέκταση, τη λειτουργική ανεξαρτησία (Huang et al., 2024). Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν ότι η λειτουργικότητα δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί αποκλειστικά ως αποτέλεσμα φυσιολογικών διεργασιών, αλλά ως σύνθετο προϊόν κοινωνικών και ψυχολογικών αλληλεπιδράσεων, οι οποίες διαμορφώνουν την ικανότητα του ατόμου να παραμένει ενεργό και αυτόνομο.

Ταυτόχρονα, η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ λειτουργικότητας και ψυχοκοινωνικών παραγόντων έχει εμπλουτιστεί σημαντικά μέσα από πρόσφατες συστηματικές

ανασκοπήσεις, οι οποίες τεκμηριώνουν ότι παράγοντες όπως η μοναξιά, η κατάθλιψη και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη δεν αποτελούν απλώς συνοδευτικά φαινόμενα, αλλά ενεργούς μηχανισμούς που επιταχύνουν τη λειτουργική έκπτωση. Συγκεκριμένα, μετα-αναλυτικά δεδομένα καταδεικνύουν ότι τα άτομα με υψηλά επίπεδα κοινωνικής απομόνωσης παρουσιάζουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο απώλειας ανεξαρτησίας, με ποσοστά που σε ορισμένες περιπτώσεις υπερβαίνουν το 30% σε σύγκριση με άτομα με ισχυρά κοινωνικά δίκτυα (Goodarzi et al., 2024). Η επίδραση αυτή φαίνεται να διαμεσολαβείται τόσο από συμπεριφορικούς μηχανισμούς, όπως η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και η κακή συμμόρφωση σε θεραπευτικά σχήματα, όσο και από βιολογικές διεργασίες, συμπεριλαμβανομένης της αυξημένης φλεγμονώδους δραστηριότητας που συνδέεται με το χρόνιο ψυχολογικό στρες.

Η δε μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση δεν επηρεάζουν μόνο τη λειτουργικότητα άμεσα, αλλά διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο και στην εξέλιξη της ευθραυστότητας, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο επιδείνωσης. Ειδικότερα, διαχρονικές μελέτες δείχνουν ότι τα άτομα που βιώνουν έντονη μοναξιά έχουν σημαντικά αυξημένη πιθανότητα μετάβασης από κατάσταση προ-ευθραυστότητας σε πλήρη ευθραυστότητα, ενώ παράλληλα εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες αναστροφής της κατάστασης αυτής (Jarach et al., 2020). Η σχέση αυτή επιβεβαιώνεται και από πρόσφατες αφηγηματικές ανασκοπήσεις, οι οποίες υπογραμμίζουν ότι η μοναξιά λειτουργεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για λειτουργική έκπτωση, ανεξαρτήτως της παρουσίας χρόνιων παθήσεων (Gheorghe et al., 2024). Επιπροσθέτως, καινοτόμες ερευνητικές προσεγγίσεις που βασίζονται σε οικολογική στιγμιαία αξιολόγηση καταδεικνύουν ότι οι καθημερινές διακυμάνσεις στην κοινωνική αλληλεπίδραση σχετίζονται άμεσα με μεταβολές στη λειτουργική κατάσταση, αναδεικνύοντας τη δυναμική φύση της σχέσης μεταξύ κοινωνικής ζωής και λειτουργικότητας (Kang et al., 2024).

2.2 Υγιής γήρανση και λειτουργική ικανότητα (WHO).

Η υγιής γήρανση, όπως ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί ένα σύγχρονο θεωρητικό πλαίσιο που μετατοπίζει το ενδιαφέρον από τη νόσο και τη

μακροβιότητα προς τη λειτουργικότητα και την ευημερία στην τρίτη ηλικία (World Health Organization, 2015). Η γήρανση δεν αντιμετωπίζεται πλέον ως γραμμική πορεία έκπτωσης, αλλά ως δυναμική διαδικασία, στην οποία τα άτομα μπορούν να διατηρούν ποιότητα ζωής παρά την παρουσία χρόνιων παθήσεων.

Η συγκεκριμένη προσέγγιση έχει ιδιαίτερη σημασία για γηράσκοντες πληθυσμούς, καθώς αναγνωρίζει ότι η ευημερία δεν εξαρτάται αποκλειστικά από τη σωματική υγεία, αλλά και από ψυχοκοινωνικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες (Beard et al., 2016).

Κεντρική έννοια στο πλαίσιο της υγιούς γήρανσης είναι η λειτουργική ικανότητα (functional ability), η οποία προκύπτει από τη δυναμική αλληλεπίδραση της εγγενούς ικανότητας (intrinsic capacity) με το περιβάλλον (World Health Organization, 2015). Η εγγενής ικανότητα περιλαμβάνει το σύνολο των σωματικών, γνωστικών, ψυχολογικών και αισθητηριακών ικανοτήτων του ατόμου. Η λειτουργική ικανότητα δεν είναι στατική, αλλά μεταβάλλεται στον χρόνο υπό την επίδραση βιολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Η ενίσχυση της εγγενούς ικανότητας μέσω πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και αποκατάστασης αποτελεί βασικό στόχο πολιτικών υγιούς γήρανσης (Cesari et. al., 2018).

Το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της λειτουργικής ικανότητας. Παράγοντες όπως η προσβασιμότητα κατοικιών, η ασφάλεια δημόσιων χώρων και η διαθεσιμότητα μεταφορικών μέσων επηρεάζουν άμεσα την καθημερινή λειτουργικότητα (World Health Organization, 2020). Παράλληλα, η κοινωνική συμμετοχή και τα υποστηρικτικά δίκτυα λειτουργούν προστατευτικά, ενώ η κοινωνική απομόνωση συνδέεται με ταχύτερη λειτουργική έκπτωση (Beard et al., 2016).

Το πλαίσιο της υγιούς γήρανσης έχει επηρεάσει τον σχεδιασμό σύγχρονων πολιτικών υγείας, δίνοντας έμφαση στην πρόληψη και στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Ο ΠΟΥ προωθεί παρεμβάσεις κύκλου ζωής και τη δημιουργία φιλικών προς τους ηλικιωμένους κοινοτήτων (World Health Organization, 2020). Η ενσωμάτωση της λειτουργικής αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας επιτρέπει τον έγκαιρο εντοπισμό κινδύνου και τη στοχευμένη παρέμβαση.

Παρά τη διεθνή αποδοχή του πλαισίου, η βιβλιογραφία αναγνωρίζει δυσκολίες εφαρμογής, όπως η μέτρηση της λειτουργικής ικανότητας και οι κοινωνικοοικονομικές ανισότητες. Ωστόσο, το πλαίσιο της υγιούς γήρανσης προσφέρει ένα συνεκτικό θεωρητικό υπόβαθρο για τον σχεδιασμό πολιτικών που στοχεύουν στη διατήρηση της αυτονομίας και της

ποιότητας ζωής. Η υιοθέτηση της υγιούς γήρανσης συνεπάγεται αλλαγές και στην επιστημονική έρευνα, καθώς δίνεται έμφαση σε δείκτες λειτουργικότητας, κοινωνικής συμμετοχής και υποκειμενικής ευεξίας αντί αποκλειστικά σε βιοϊατρικούς δείκτες. Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την ανάγκη για διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, κοινωνικών επιστημόνων και φορέων πολιτικής. Η εγγενή ικανότητα επηρεάζεται από παράγοντες που εκτείνονται σε ολόκληρο τον κύκλο ζωής, όπως το μορφωτικό επίπεδο, οι συνθήκες εργασίας και οι συμπεριφορές υγείας. Κατά συνέπεια, η υγιής γήρανση δεν αποτελεί ζήτημα μόνο της τρίτης ηλικίας, αλλά αποτέλεσμα μακροχρόνιων κοινωνικών και βιογραφικών διεργασιών. Ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται στην προσαρμοστικότητα του περιβάλλοντος. Ακόμη και μικρές παρεμβάσεις, όπως εργονομικές τροποποιήσεις στην κατοικία ή η βελτίωση της προσβασιμότητας, μπορούν να ενισχύσουν τη λειτουργική ικανότητα και να καθυστερήσουν την απώλεια ανεξαρτησίας.

Στο επίπεδο των συστημάτων υγείας, η υγιής γήρανση συνδέεται με τη βιωσιμότητα των υπηρεσιών, καθώς η διατήρηση της λειτουργικότητας μειώνει την ανάγκη για νοσηλείες και μακροχρόνια φροντίδα. Η συστηματική αξιολόγηση και αναπροσαρμογή πολιτικών αποτελεί προϋπόθεση επιτυχίας. Συνολικά, το πλαίσιο της υγιούς γήρανσης συνδέει τη λειτουργική ικανότητα με την ψυχική ευεξία, την κοινωνική ένταξη και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας, προσφέροντας ένα ολοκληρωμένο μοντέλο κατανόησης της γήρανσης. Η συνεχής έρευνα παραμένει αναγκαία.

Εμβαθύνοντας περαιτέρω στο εννοιολογικό υπόβαθρο της υγιούς γήρανσης, η πρόσφατη ερευνητική δραστηριότητα αναδεικνύει την εγγενή ικανότητα όχι απλώς ως περιγραφική έννοια, αλλά ως βασικό προγνωστικό μηχανισμό της λειτουργικής πορείας των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, μετα-αναλυτικά δεδομένα από διαχρονικές μελέτες καταδεικνύουν ότι η σταδιακή μείωση της εγγενούς ικανότητας συνδέεται με σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης λειτουργικής έκπτωσης, καθώς και με αυξημένο κίνδυνο θνησιμότητας, ανεξάρτητα από την παρουσία χρόνιων νοσημάτων (Sánchez-Sánchez et al., 2024). Η παρατήρηση αυτή μετατοπίζει το ερευνητικό ενδιαφέρον από την απλή διαχείριση παθολογικών καταστάσεων προς την ενεργή ενίσχυση των λειτουργικών αποθεμάτων του οργανισμού, ενισχύοντας τη σημασία προληπτικών παρεμβάσεων ήδη

από τα πρώιμα στάδια της γήρανσης. Παράλληλα, η διαφοροποίηση μεταξύ εγγενούς ικανότητας και λειτουργικής ικανότητας αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς έχει αποδειχθεί ότι η πρώτη εμφανίζει μεγαλύτερη προγνωστική ακρίβεια ως προς βιολογικούς δείκτες και μακροχρόνιες εκβάσεις υγείας, γεγονός που υποδηλώνει ότι η αξιολόγηση της γήρανσης οφείλει να υπερβαίνει τα παραδοσιακά λειτουργικά μέτρα (Lee et al., 2023).

Ταυτόχρονα, η σύγχρονη βιβλιογραφία υπογραμμίζει ότι η εγγενής ικανότητα δεν εξελίσσεται ανεξάρτητα από το κοινωνικό περιβάλλον, αλλά επηρεάζεται καθοριστικά από κοινωνικούς και συμπεριφορικούς παράγοντες, οι οποίοι συχνά υπερβαίνουν σε σημασία τους βιοϊατρικούς δείκτες. Ειδικότερα, πρόσφατες εμπειρικές μελέτες δείχνουν ότι η κοινωνική ευθραυστότητα, η οποία περιλαμβάνει τη μειωμένη κοινωνική συμμετοχή, την αίσθηση απομόνωσης και τη χαμηλή διαθεσιμότητα υποστηρικτικών δικτύων, ασκεί ισχυρή αρνητική επίδραση στην εγγενή ικανότητα, επηρεάζοντας τόσο τη φυσική όσο και τη γνωστική λειτουργία (Huang et al., 2024). Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η υγιής γήρανση αποτελεί κοινωνικά ενσωματωμένη διαδικασία, στην οποία η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων και η ένταξη στην κοινότητα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της αυτονομίας.

Η αλληλεπίδραση μεταξύ κοινωνικής ζωής και λειτουργικής ικανότητας αποτυπώνεται με ιδιαίτερη σαφήνεια μέσα από τη διερεύνηση της μοναξιάς ως παράγοντα κινδύνου. Συγκεκριμένα, η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς ψυχολογική εμπειρία, αλλά λειτουργεί ως πολυεπίπεδος μηχανισμός που επηρεάζει τη λειτουργική κατάσταση μέσω συμπεριφορικών και βιολογικών οδών. Διαχρονικά δεδομένα από ευρωπαϊκούς πληθυσμούς καταδεικνύουν ότι τα άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα μοναξιάς παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα μετάβασης σε καταστάσεις ευθραυστότητας, ενώ εμφανίζουν μειωμένες πιθανότητες επαναφοράς σε καλύτερα επίπεδα λειτουργικότητας (Jarach et al., 2020). Η συσχέτιση αυτή επιβεβαιώνεται και από νεότερες ανασκοπήσεις, οι οποίες υποδεικνύουν ότι η μοναξιά συνδέεται με επιτάχυνση της λειτουργικής έκπτωσης, ανεξαρτήτως ηλικίας και συννοσηρότητας (Gheorghe et al., 2024). Παράλληλα, μελέτες που χρησιμοποιούν μεθόδους υψηλής χρονικής ανάλυσης αναδεικνύουν ότι ακόμη και βραχυπρόθεσμες μειώσεις στην κοινωνική αλληλεπίδραση σχετίζονται με άμεσες

επιδεινώσεις σε δείκτες λειτουργικότητας, γεγονός που καταδεικνύει τη δυναμική και αμφίδρομη φύση της σχέσης αυτής (Kang et al., 2024).

Περαιτέρω, η υγιής γήρανση συνδέεται στενά με την έννοια της ανθεκτικότητας, η οποία περιγράφει την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται σε απώλειες και περιορισμούς διατηρώντας ικανοποιητικό επίπεδο λειτουργικότητας. Μετα-αναλυτικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι η ανθεκτικότητα σχετίζεται θετικά με τη διατήρηση της ανεξαρτησίας, καθώς λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι της ψυχολογικής επιβάρυνσης και της κοινωνικής απόσυρσης (Górska et al., 2021). Η ύπαρξη υψηλών επιπέδων ανθεκτικότητας φαίνεται να ενισχύει τη συμμόρφωση σε υγιεινές συμπεριφορές, να βελτιώνει τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων και να συμβάλλει στη διατήρηση ενεργού κοινωνικής συμμετοχής, στοιχεία που συνδέονται άμεσα με την έννοια της λειτουργικής ικανότητας.

2.3 Ευθραυστότητα (frailty) και λειτουργική έκπτωση

Η ευθραυστότητα (frailty) αποτελεί μια σύνθετη γηριατρική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από μειωμένη φυσιολογική εφεδρεία και αυξημένη ευαλωτότητα σε στρεσογόνους παράγοντες (Fried et al., 2001). Δεν ταυτίζεται με τη νόσο ή την αναπηρία, αλλά περιγράφει μια ενδιάμεση κατάσταση αυξημένου κινδύνου, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε λειτουργική έκπτωση, εξάρτηση και αυξημένη θνησιμότητα (Rockwood and Mitnitski, 2007). Η έννοια της ευθραυστότητας αναπτύχθηκε για να εξηγήσει γιατί άτομα με παρόμοια χρονολογική ηλικία εμφανίζουν διαφορετικά επίπεδα αντοχής και λειτουργικής ικανότητας. Η ευθραυστότητα θεωρείται πλέον πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις (World Health Organization, 2015). Η αναγνώρισή της έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς επιτρέπει την έγκαιρη παρέμβαση πριν την εγκατάσταση μη αναστρέψιμης λειτουργικής εξάρτησης. Στη βιβλιογραφία έχουν αναπτυχθεί διαφορετικά μοντέλα προσέγγισης της ευθραυστότητας. Το πλέον διαδεδομένο είναι το φαινοτυπικό μοντέλο των Fried et al. (2001), το οποίο την ορίζει με βάσει πέντε κριτήρια: ακούσια απώλεια βάρους, εξάντληση, μυϊκή αδυναμία, βραδύτητα και χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας. Η παρουσία τριών ή περισσότερων κριτηρίων υποδηλώνει ευθραυστότητα. Παράλληλα, το μοντέλο

συσσωρευμένων ελλειμμάτων προσεγγίζει την ευθραυστότητα ως το αποτέλεσμα της συσσώρευσης πολλαπλών προβλημάτων υγείας (Rockwood and Mitnitski, 2007). Τα δύο αυτά μοντέλα, αν και διαφορετικά, αναδεικνύουν την πολυπαραγοντική φύση της ευθραυστότητας και χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά στην έρευνα και την κλινική πράξη.

Η ευθραυστότητα συνδέεται στενά με τη λειτουργική έκπτωση, καθώς αυξάνει τον κίνδυνο απώλειας ανεξαρτησίας και εξάρτησης από τρίτους (Cesari et al., 2018). Πλήθος μελετών έχει καταδείξει ότι τα ευθραυστά άτομα παρουσιάζουν ταχύτερη επιδείνωση της λειτουργικότητας και υψηλότερη πιθανότητα εμφάνισης αναπηρίας. Η ευθραυστότητα λειτουργεί συχνά ως προγνωστικός δείκτης αρνητικών εκβάσεων, όπως πτώσεις, νοσηλείες και εισαγωγή σε δομές μακροχρόνιας φροντίδας (Fried et al., 2001).

Σημαντικό στοιχείο της σύγχρονης βιβλιογραφίας είναι η αναγνώριση της, ως δυναμικής και δυνητικά αναστρέψιμης κατάστασης, ιδιαίτερα στα πρώιμα στάδια (Cesari et al., 2018). Η έννοια της προ-ευθραυστότητας (pre-frailty) υπογραμμίζει τη δυνατότητα πρόληψης και επιβράδυνσης της λειτουργικής έκπτωσης μέσω έγκαιρων παρεμβάσεων.

Κατά την τελευταία δεκαετία, η έρευνα έχει αναδείξει τον σημαντικό ρόλο των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην εμφάνιση και εξέλιξη της ευθραυστότητας. Παράγοντες όπως η κατάθλιψη, η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη έχουν συσχετιστεί με αυξημένη πιθανότητα ευθραυστότητας και ταχύτερη λειτουργική έκπτωση (Goodarzi et al., 2024). Οι ψυχοκοινωνικοί αυτοί παράγοντες επιδρούν τόσο άμεσα, μέσω συμπεριφορών υγείας, όσο και έμμεσα, μέσω της επιβάρυνσης της σωματικής και ψυχικής ανθεκτικότητας. Σύγχρονες μετα-αναλύσεις επιβεβαιώνουν ότι η κοινωνική υποστήριξη και η ενεργός κοινωνική συμμετοχή λειτουργούν προστατευτικά έναντι της ευθραυστότητας (World Health Organization, 2015).

Η αναγνώριση και αξιολόγηση της ευθραυστότητας έχει σημαντικές επιπτώσεις για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Η ενσωμάτωση εργαλείων ανίχνευσης της, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας επιτρέπει την έγκαιρη ταυτοποίηση ευάλωτων ατόμων και τον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων (World Health Organization, 2015). Παρεμβάσεις που συνδυάζουν σωματική άσκηση, διατροφική υποστήριξη και

ψυχοκοινωνική ενδυνάμωση έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη μείωση της ευθραυστότητας και στη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας (Cesari et al., 2018). Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας αποτελεί βασική προϋπόθεση για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της.

Η έννοια της ευθραυστότητας εντάσσεται άμεσα στο πλαίσιο της υγιούς γήρανσης, καθώς συνδέεται με τη διατήρηση ή απώλεια της λειτουργικής ικανότητας (World Health Organization, 2015). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας την αναγνωρίζει ως σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την εγγενή ικανότητα και τη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων. Η αντιμετώπιση της ευθραυστότητας δεν περιορίζεται στη θεραπεία μεμονωμένων συμπτωμάτων, αλλά απαιτεί ολιστική προσέγγιση που λαμβάνει υπόψη το σύνολο των βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η εμφάνιση και εξέλιξη της επηρεάζεται σημαντικά από κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Χαμηλό εισόδημα, περιορισμένη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και ανεπαρκείς συνθήκες στέγασης έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα ευθραυστότητας (World Health Organization, 2015). Η αναγνώριση των κοινωνικών προσδιοριστών της είναι κρίσιμη για τον σχεδιασμό δίκαιων και αποτελεσματικών πολιτικών υγείας.

Η πρόληψη της ευθραυστότητας αποτελεί βασικό στόχο της σύγχρονης γηριατρικής και της δημόσιας υγείας. Μελέτες δείχνουν ότι παρεμβάσεις που ξεκινούν στο στάδιο της προ-ευθραυστότητας είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές (Cesari et al., 2018). Συνολικά, η ευθραυστότητα δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως αναπόφευκτο χαρακτηριστικό της γήρανσης, αλλά ως δυναμική κατάσταση που μπορεί να προληφθεί ή να μετριαστεί.

Η δε εμπειρική τεκμηρίωση της σχέσης μεταξύ ευθραυστότητας και λειτουργικής έκπτωσης έχει ενισχυθεί σημαντικά μέσα από μεγάλες διαχρονικές μελέτες, οι οποίες καταδεικνύουν ότι τα ευθραυστά άτομα εμφανίζουν πολλαπλάσιο κίνδυνο απώλειας ανεξαρτησίας σε σύγκριση με μη ευθραυστά άτομα. Ειδικότερα, η πιθανότητα εμφάνισης περιορισμών στις δραστηριότητες καθημερινής ζωής αυξάνεται σημαντικά όσο αυξάνεται ο βαθμός ευθραυστότητας, ενώ η μετάβαση από προ-ευθραυστότητα σε πλήρη ευθραυστότητα συνοδεύεται από επιταχυνόμενη επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης. Επιπροσθέτως, η ευθραυστότητα έχει συσχετιστεί με αυξημένη κατανάλωση υπηρεσιών υγείας, μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας και υψηλότερα ποσοστά

επανεισαγωγών, γεγονός που υποδηλώνει τη σημαντική επιβάρυνση που συνεπάγεται για τα συστήματα υγείας (Ashikali et al., 2023).

Ταυτόχρονα, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται πλέον στη συμβολή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στη διαμόρφωση και εξέλιξη της ευθραυστότητας, οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν τόσο την έναρξη όσο και την πορεία της κατάστασης αυτής. Σύγχρονες μετα-αναλύσεις καταδεικνύουν ότι η κατάθλιψη, η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση συνδέονται με σημαντικά αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ευθραυστότητας, με ορισμένες μελέτες να αναφέρουν αυξημένο σχετικό κίνδυνο που υπερβαίνει το 40% σε άτομα με χαμηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης (Goodarzi et al., 2024). Η επίδραση αυτή φαίνεται να είναι αμφίδρομη, καθώς η ευθραυστότητα οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απόσυρση, η οποία με τη σειρά της επιδεινώνει την κατάσταση, δημιουργώντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο κύκλο επιδείνωσης.

Η έννοια της κοινωνικής ευθραυστότητας αναδύεται ως κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική λειτουργική πορεία των ηλικιωμένων. Ειδικότερα, πρόσφατα ερευνητικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι η κοινωνική απομόνωση και η περιορισμένη κοινωνική αλληλεπίδραση σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα ευθραυστότητας, ακόμη και σε άτομα χωρίς σημαντικές σωματικές παθήσεις. Μελέτες που αξιοποιούν καινοτόμες μεθοδολογίες, όπως η οικολογική στιγμιαία αξιολόγηση, καταδεικνύουν ότι οι καθημερινές διακυμάνσεις στην κοινωνική δραστηριότητα επηρεάζουν άμεσα δείκτες ευθραυστότητας, υπογραμμίζοντας τη σημασία της κοινωνικής ζωής ως παράγοντα προστασίας (Kang et al., 2024). Παράλληλα, διαχρονικές αναλύσεις δείχνουν ότι η μοναξιά όχι μόνο αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης ευθραυστότητας, αλλά μειώνει και την πιθανότητα αναστροφής της, καθιστώντας την κρίσιμο στόχο παρεμβάσεων (Jarach et al., 2020).

Από την άλλη πλευρά, η σύγχρονη βιβλιογραφία αναδεικνύει τη δυνατότητα πρόληψης και αναστροφής της ευθραυστότητας μέσω πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων που στοχεύουν τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχοκοινωνική ενδυνάμωση. Συγκεκριμένα, παρεμβάσεις που συνδυάζουν φυσική δραστηριότητα, διατροφική υποστήριξη και κοινωνική ενίσχυση έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη μείωση της

ευθραυστότητας και στη βελτίωση της λειτουργικής ανεξαρτησίας. Ενδεικτικά, μελέτες δείχνουν ότι προγράμματα που στοχεύουν στη μείωση της μοναξιάς και στην ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής οδηγούν σε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων ευθραυστότητας, ακόμη και σε πληθυσμούς με υψηλό κίνδυνο (Ožić et al., 2020). Επιπροσθέτως, μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που ενισχύουν το αίσθημα σκοπού και τη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες συμβάλλουν ουσιαστικά στη διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας (Koh et al., 2024).

2.4 Ψυχοκοινωνικές συνέπειες της λειτουργικής έκπτωσης στην τρίτη ηλικία

Η απώλεια λειτουργικότητας στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί μόνο ιατρικό ή λειτουργικό ζήτημα, αλλά συνιστά ένα βαθιά ψυχοκοινωνικό γεγονός με σημαντικές επιπτώσεις στην ταυτότητα, την αυτοαντίληψη και τις κοινωνικές σχέσεις του ηλικιωμένου (World Health Organization, 2015). Η μείωση της ικανότητας εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων συχνά βιώνεται ως απώλεια ελέγχου και αυτονομίας, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ψυχική ευεξία. Η λειτουργική έκπτωση συνδέεται με αλλαγές στους κοινωνικούς ρόλους, όπως η μετάβαση από τον ρόλο του ενεργού μέλους της οικογένειας σε αυτόν του αποδέκτη φροντίδας, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από αισθήματα ματαιώσης, εξάρτησης και μειωμένης αυτοεκτίμησης (Taylor et al., 2024).

Η διεθνής βιβλιογραφία έχει τεκμηριώσει ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ λειτουργικής έκπτωσης και ψυχικών διαταραχών, με κυριότερες την κατάθλιψη και το άγχος (Goodarzi et al., 2024). Η απώλεια ανεξαρτησίας, ο φόβος περαιτέρω επιδείνωσης και η αυξημένη εξάρτηση από τρίτους αποτελούν σημαντικούς στρεσογόνους παράγοντες.

Μελέτες δείχνουν ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν αποτελεί απλώς αντίδραση στη νόσο, αλλά συνδέεται άμεσα με τη μειωμένη λειτουργικότητα και την κοινωνική απομόνωση, δημιουργώντας έναν φαύλο κύκλο επιδείνωσης (World Health Organization, 2015).

Η λειτουργική έκπτωση περιορίζει συχνά τη δυνατότητα κοινωνικής συμμετοχής, οδηγώντας σε κοινωνική απομόνωση και μοναξιά (Victor et al., 2005). Η μειωμένη κινητικότητα, η ανάγκη βοήθειας για μετακίνηση και η απώλεια κοινωνικών ρόλων συμβάλλουν στη συρρίκνωση των κοινωνικών δικτύων. Η μοναξιά έχει αναγνωριστεί ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για αρνητικές εκβάσεις υγείας, συμπεριλαμβανομένης

της επιδείνωσης της λειτουργικής κατάστασης και της ψυχικής υγείας (World Health Organization,2015).

Η λειτουργική έκπτωση επηρεάζει καθοριστικά τις οικογενειακές σχέσεις και τη δυναμική της άτυπης φροντίδας. Η αυξημένη εξάρτηση από τα μέλη της οικογένειας μπορεί να ενισχύσει τους δεσμούς, αλλά ταυτόχρονα να δημιουργήσει εντάσεις, ρόλους ανισορροπίας και συναισθηματική επιβάρυνση (Pearlin et al.,1990). Η επιβάρυνση των άτυπων φροντιστών αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς συνδέεται με αυξημένα επίπεδα στρες, κατάθλιψης και σωματικής κόπωσης, επηρεάζοντας έμμεσα και την ποιότητα φροντίδας (World Health Organization, 2015). Παρά τις προκλήσεις που συνοδεύουν τη λειτουργική έκπτωση, πολλοί ηλικιωμένοι αναπτύσσουν στρατηγικές προσαρμογής και ανθεκτικότητας. Η αποδοχή της κατάστασης, η αναζήτηση κοινωνικής υποστήριξης και η διατήρηση νοήματος στη ζωή αποτελούν σημαντικούς προστατευτικούς παράγοντες (Taylor et al.,2024).

Η ενίσχυση της ανθεκτικότητας μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων έχει αναδειχθεί ως αποτελεσματική στρατηγική για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και τη μείωση των αρνητικών ψυχοκοινωνικών συνεπειών. Η κατανόηση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της λειτουργικής έκπτωσης έχει άμεσες επιπτώσεις στον σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Οι παρεμβάσεις οφείλουν να είναι ολιστικές και να ενσωματώνουν ψυχοκοινωνική αξιολόγηση και υποστήριξη (World Health Organization, 2020).

Η διεπιστημονική συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας, κοινωνικών λειτουργών και ψυχολόγων είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων με λειτουργική έκπτωση. Η λειτουργική έκπτωση επηρεάζει σε βάθος την προσωπική ταυτότητα και την αίσθηση αξιοπρέπειας του ηλικιωμένου. Η διατήρηση της αξιοπρέπειας συνδέεται άμεσα με τον τρόπο παροχής φροντίδας και τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων (World Health Organization, 2015). Οι ψυχοκοινωνικές συνέπειες της λειτουργικής έκπτωσης επηρεάζονται από το πολιτισμικό πλαίσιο. Σε κοινωνίες με έντονη οικογενειοκεντρική κουλτούρα, όπως η Ελλάδα, η εξάρτηση από την οικογένεια είναι συχνότερη, αλλά μπορεί να δημιουργήσει άτυπες πιέσεις (Pearlin et al., 1990).

Η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της λειτουργικής έκπτωσης αποτελούν βασική προτεραιότητα για τα συστήματα υγείας. Παρεμβάσεις που

ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή και την ψυχική υγεία έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές (Goodarzi et al., 2024). Συνολικά, η λειτουργική έκπτωση στην τρίτη ηλικία αποτελεί πολυδιάστατο ψυχοκοινωνικό φαινόμενο. Η ενσωμάτωση της φωνής των ηλικιωμένων στον σχεδιασμό υπηρεσιών ενισχύει το αίσθημα ελέγχου και μειώνει τις αρνητικές συνέπειες της εξάρτησης (World Health Organization, 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σχεδιασμός έρευνας

Εν προκειμένω, η παρούσα έρευνα υιοθετεί ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση, με στόχο τη συστηματική διερεύνηση της εμπειρίας της απώλειας λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας σε άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης κρίνεται κατάλληλη, καθώς επιτρέπει την αντικειμενική αποτύπωση σύνθετων διαστάσεων, όπως η ποιότητα ζωής, η ψυχική ευεξία και η κοινωνική λειτουργικότητα, μέσα από τυποποιημένα εργαλεία μέτρησης, σε συμφωνία με το θεωρητικό πλαίσιο της υγιούς γήρανσης (World Health Organization, 2015).

Ειδικότερα, η μελέτη ακολουθεί διατομεακό (cross-sectional) σχεδιασμό, καθώς τα δεδομένα συλλέγονται σε μία χρονική στιγμή, αποτυπώνοντας την παρούσα κατάσταση των συμμετεχόντων. Η επιλογή αυτή εξυπηρετεί τον διερευνητικό χαρακτήρα της έρευνας, επιτρέποντας την ανάδειξη σχέσεων μεταξύ λειτουργικότητας και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, χωρίς ωστόσο να αποσκοπεί σε αιτιολογικές ερμηνείες. Η προσέγγιση αυτή είναι ευρέως αποδεκτή σε μελέτες ποιότητας ζωής σε ηλικιωμένους πληθυσμούς, καθώς συνδυάζει αποδοτικότητα και επαρκή περιγραφική εγκυρότητα (World Health Organization, 2015). Ο σχεδιασμός της έρευνας εδράζεται σε μια ολιστική κατανόηση της λειτουργικής ικανότητας, η οποία υπερβαίνει τη στενά βιοϊατρική θεώρηση και ενσωματώνει ψυχολογικές και κοινωνικές διαστάσεις. Η λειτουργικότητα προσεγγίζεται ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης εγγενούς ικανότητας και περιβάλλοντος, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διερεύνηση τόσο αντικειμενικών όσο και υποκειμενικών παραμέτρων (World Health Organization, 2015). Στο πλαίσιο αυτό, εξετάζονται μεταβλητές που σχετίζονται με τη σωματική κατάσταση, τη συναισθηματική εμπειρία, τις κοινωνικές σχέσεις και την αίσθηση αυτονομίας.

Επιπλέον, ιδιαίτερη έμφαση αποδίδεται στη σύνδεση λειτουργικότητας και ψυχοκοινωνικών παραγόντων, καθώς η σύγχρονη βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η απώλεια ανεξαρτησίας συνδέεται στενά με φαινόμενα όπως η μοναξιά, η κοινωνική απομόνωση και η ψυχική επιβάρυνση (Goodarzi et al., 2024; Victor et al., 2005). Η ενσωμάτωση αυτής της διάστασης επιτρέπει την κατανόηση της λειτουργικής έκπτωσης

ως πολυπαραγοντικού φαινομένου, το οποίο επηρεάζει ουσιαστικά την καθημερινή εμπειρία των ηλικιωμένων.

Ταυτόχρονα, ο σχεδιασμός λαμβάνει υπόψη τη διάκριση μεταξύ αντικειμενικής και υποκειμενικής ανεξαρτησίας. Ενώ η πρώτη αποτυπώνεται μέσω της ικανότητας εκτέλεσης δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969), η δεύτερη αφορά την αίσθηση ελέγχου και αυτονομίας, η οποία δεν ταυτίζεται απαραίτητα με το επίπεδο λειτουργικότητας (Taylor et al., 2024). Η ταυτόχρονη εξέταση των δύο διαστάσεων επιτρέπει μια πιο σύνθετη ερμηνεία της εμπειρίας της γήρανσης. Επιπροσθέτως, η μελέτη ενσωματώνει τη θεωρητική έννοια της ευθραυστότητας, η οποία προσεγγίζει τη λειτουργική έκπτωση ως δυναμική και εξελισσόμενη κατάσταση αυξημένης ευαλωτότητας (Fried et al., 2001; Rockwood & Mitnitski, 2007). Η προσέγγιση αυτή ενισχύει την κατανόηση των διαφορών μεταξύ ατόμων της ίδιας ηλικίας και αναδεικνύει τη σημασία έγκαιρων παρεμβάσεων για τη διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας (Cesari et al., 2018).

Ο σχεδιασμός της έρευνας προσαρμόζεται στο ελληνικό κοινωνικό πλαίσιο, όπου η οικογένεια αποτελεί βασικό πυλώνα φροντίδας. Η διάσταση αυτή επηρεάζει καθοριστικά την εμπειρία της ανεξαρτησίας, καθώς η υποστήριξη μπορεί να λειτουργεί τόσο ενισχυτικά όσο και περιοριστικά για την αυτονομία του ηλικιωμένου (World Health Organization, 2015). Συνολικά, ο σχεδιασμός της μελέτης επιδιώκει να συνδέσει τη θεωρητική κατανόηση της γήρανσης με την εμπειρική διερεύνηση, συμβάλλοντας στην ανάδειξη παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργική ανεξαρτησία και την ποιότητα ζωής.

3.2 Δείγμα και διαδικασία συλλογής δεδομένων

Αρχικά, η συγκρότηση του δείγματος της παρούσας έρευνας βασίστηκε σε μη πιθανοθεωρητική δειγματοληψία ευκολίας, δεδομένων των πρακτικών περιορισμών πρόσβασης στον ηλικιωμένο πληθυσμό και της ανάγκης για άμεση συλλογή εμπειρικών δεδομένων από άτομα ηλικίας 60 ετών και άνω. Το δείγμα απαρτίζεται από συμμετέχοντες που διαβιούν τόσο εντός οικογενειακού πλαισίου όσο και μόνοι ή σε δομές φροντίδας, γεγονός που επιτρέπει την αποτύπωση διαφορετικών μορφών καθημερινής εμπειρίας και

βαθμών λειτουργικής ανεξαρτησίας. Η ετερογένεια αυτή θεωρείται κρίσιμη, καθώς η λειτουργικότητα δεν αποτελεί ενιαία έννοια, αλλά διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση ατομικών χαρακτηριστικών και περιβαλλοντικών συνθηκών (World Health Organization, 2015).

Στη συνέχεια, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως προκύπτουν από τα δεδομένα του ερωτηματολογίου, καταδεικνύουν μία σαφή υπεροχή του γυναικείου φύλου, στοιχείο που συνάδει με τη γενικότερη δημογραφική εικόνα της γήρανσης, όπου οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Η ηλικιακή κατανομή εκτείνεται από τα 60 έως και τα 89 έτη, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα της τρίτης ηλικίας, γεγονός που επιτρέπει τη διερεύνηση διαφοροποιήσεων μεταξύ νεότερων και πιο προχωρημένων ηλικιακών ομάδων. Παράλληλα, η ποικιλία ως προς το μορφωτικό επίπεδο και την οικονομική κατάσταση ενισχύει την αναλυτική δυνατότητα της έρευνας, δεδομένου ότι οι παράγοντες αυτοί έχουν αποδειχθεί καθοριστικοί για την πρόσβαση σε πόρους υγείας και τη διατήρηση της αυτονομίας (World Health Organization, 2015). Επιπροσθέτως, ιδιαίτερη σημασία παρουσιάζει η μεταβλητή της κατάστασης διαβίωσης, καθώς στο δείγμα περιλαμβάνονται άτομα που ζουν με την οικογένεια, μόνοι ή σε μονάδες φροντίδας. Η διαφοροποίηση αυτή επιτρέπει τη σύγκριση μεταξύ διαφορετικών επιπέδων κοινωνικής υποστήριξης και καθημερινής λειτουργικής εξάρτησης, αναδεικνύοντας τις συνθήκες υπό τις οποίες η απώλεια ανεξαρτησίας βιώνεται με διαφορετική ένταση. Η συνύπαρξη αυτών των υποομάδων καθιστά εφικτή τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ κοινωνικού πλαισίου και ψυχολογικής προσαρμογής, στοιχείο που αποτελεί βασικό άξονα της παρούσας μελέτης.

Όσον αφορά τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, αυτή πραγματοποιήθηκε μέσω δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο διανεμήθηκε είτε σε έντυπη είτε σε ηλεκτρονική μορφή, με στόχο τη διευκόλυνση της συμμετοχής ατόμων με διαφορετικά επίπεδα εξοικείωσης με την τεχνολογία. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν ανώνυμη και εθελοντική, ενώ προηγουμένως ζητήθηκε η ρητή συγκατάθεση των συμμετεχόντων, σύμφωνα με τις βασικές αρχές δεοντολογίας της έρευνας. Η χρήση σαφών και κατανοητών διατυπώσεων κρίθηκε απαραίτητη, προκειμένου να διασφαλιστεί η εγκυρότητα των απαντήσεων, ιδιαίτερα σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Επιπλέον, η δομή του ερωτηματολογίου οργανώθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να αποτυπώνει διαδοχικά τις βασικές διαστάσεις της εμπειρίας των ηλικιωμένων. Αρχικά συλλέγονται δημογραφικά δεδομένα, τα οποία λειτουργούν ως πλαίσιο ερμηνείας των υπόλοιπων μεταβλητών. Στη συνέχεια, οι ερωτήσεις εστιάζουν στη φυσική κατάσταση και στη λειτουργικότητα, μέσω δεικτών όπως η εμπειρία πόνου, η κόπωση, η ενεργητικότητα και η ποιότητα του ύπνου. Η συγκεκριμένη ενότητα συνδέεται άμεσα με την έννοια των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής, όπως αυτές έχουν οριστεί στη βιβλιογραφία (Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969), παρέχοντας ένα λειτουργικό πλαίσιο κατανόησης της αυτονομίας.

Στη συνέχεια, το ερωτηματολόγιο επεκτείνεται σε ψυχολογικές διαστάσεις, διερευνώντας την αυτοεκτίμηση, τη συναισθηματική κατάσταση και την αντίληψη του εαυτού. Οι ερωτήσεις που αφορούν την εμπειρία θετικών και αρνητικών συναισθημάτων, καθώς και την ικανότητα συγκέντρωσης, επιτρέπουν την αποτύπωση της ψυχικής ευεξίας, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα προσαρμογής στην απώλεια λειτουργικότητας. Παράλληλα, δίνεται έμφαση στις κοινωνικές σχέσεις και στην αντιλαμβανόμενη υποστήριξη, μέσω ερωτήσεων που αφορούν την ικανοποίηση από τις διαπροσωπικές σχέσεις και την ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου.

Τέλος, ιδιαίτερη βαρύτητα αποδίδεται σε υπαρξιακές και κοινωνικές διαστάσεις, όπως η αίσθηση νοήματος, η κοινωνική συμμετοχή, η μοναξιά και ο φόβος του θανάτου. Οι παράμετροι αυτές αποτυπώνουν τη βαθύτερη εμπειρία της γήρανσης και συνδέονται με την υποκειμενική αξιολόγηση της ζωής, η οποία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, αποτελεί θεμελιώδες στοιχείο της ποιότητας ζωής (World Health Organization, 2015). Μέσω της πολυδιάστατης αυτής προσέγγισης, η διαδικασία συλλογής δεδομένων επιτρέπει όχι μόνο την καταγραφή της λειτουργικής κατάστασης, αλλά και την κατανόηση των τρόπων με τους οποίους οι ηλικιωμένοι νοηματοδοτούν την απώλεια ανεξαρτησίας.

3.3 Ερευνητικό εργαλείο

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης, η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω της χρήσης τυποποιημένου ερευνητικού εργαλείου, το οποίο βασίστηκε εννοιολογικά στις κλίμακες WHOQOL-BREF και WHOQOL-OLD, προσαρμοσμένο στις ανάγκες της

παρούσας έρευνας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Η επιλογή των συγκεκριμένων εργαλείων δεν είναι τυχαία, καθώς αποτελούν διεθνώς αναγνωρισμένα μέσα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής και έχουν σχεδιαστεί ώστε να αποτυπώνουν τόσο τις αντικειμενικές όσο και τις υποκειμενικές διαστάσεις της εμπειρίας των ατόμων, ιδιαίτερα σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες (World Health Organization, 2015). Η καταλληλότητά τους για τη μελέτη της τρίτης ηλικίας έγκειται στη δυνατότητά τους να ενσωματώνουν πολλαπλές πτυχές της καθημερινής ζωής, οι οποίες συνδέονται άμεσα με τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε δομημένο ερωτηματολόγιο, το οποίο δημιουργήθηκε σε ηλεκτρονική μορφή (Google Forms)

Ειδικότερα, το WHOQOL-BREF αξιολογεί τέσσερις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής, οι οποίες περιλαμβάνουν τη φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, τις κοινωνικές σχέσεις και το περιβάλλον. Στην παρούσα έρευνα, οι διαστάσεις αυτές αποτυπώνονται μέσω ερωτήσεων που αφορούν την εμπειρία πόνου και κόπωσης, τα επίπεδα ενέργειας, την ποιότητα του ύπνου, καθώς και την ικανοποίηση από τη γενική κατάσταση υγείας. Παράλληλα, η ψυχολογική διάσταση διερευνάται μέσα από στοιχεία όπως η αυτοεκτίμηση, η εμπειρία θετικών και αρνητικών συναισθημάτων και η ικανότητα συγκέντρωσης, αναδεικνύοντας τον τρόπο με τον οποίο η λειτουργική κατάσταση επηρεάζει την εσωτερική ψυχική εμπειρία του ατόμου. Η κοινωνική διάσταση, αντίστοιχα, περιλαμβάνει την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων και το επίπεδο αντιλαμβανόμενης κοινωνικής υποστήριξης, ενώ το περιβάλλον εξετάζεται μέσω παραγόντων όπως η ασφάλεια, η πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και η οικονομική επάρκεια. Το WHOQOL-OLD, ως εξειδικευμένη επέκταση για ηλικιωμένους πληθυσμούς, ενσωματώνει κρίσιμες διαστάσεις που σχετίζονται άμεσα με την εμπειρία της γήρανσης. Στην παρούσα μελέτη, ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αποτύπωση της ανεξαρτησίας και της αίσθησης ελέγχου της ζωής, μέσα από ερωτήσεις που διερευνούν την ικανότητα λήψης αποφάσεων, την αυτονομία και την αντίληψη του μέλλοντος. Επιπλέον, εξετάζονται πτυχές όπως η κοινωνική συμμετοχή, η εμπειρία της μοναξιάς, καθώς και η συναισθηματική σύνδεση με άλλους ανθρώπους, στοιχεία που έχουν αναδειχθεί ως καθοριστικά για τη διατήρηση της ψυχικής ευεξίας στην τρίτη ηλικία (Goodarzi et al., 2024). Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διερεύνηση υπαρξιακών

παραμέτρων, όπως ο φόβος του θανάτου και η αίσθηση νοήματος στη ζωή, οι οποίες αποτυπώνουν βαθύτερες διαστάσεις της εμπειρίας της γήρανσης.

Σημαντικό στοιχείο του ερευνητικού εργαλείου αποτελεί η χρήση κλίμακας τύπου Likert, η οποία επιτρέπει την ποσοτικοποίηση των απαντήσεων σε ένα εύρος τιμών που αντανακλά τη συχνότητα ή την ένταση των βιωμάτων των συμμετεχόντων. Η συγκεκριμένη μορφή μέτρησης διευκολύνει τη στατιστική ανάλυση και την εξαγωγή συγκρίσιμων αποτελεσμάτων, ενώ παράλληλα επιτρέπει την αποτύπωση λεπτών διαφοροποιήσεων στην εμπειρία των ηλικιωμένων. Μέσω αυτής της διαδικασίας καθίσταται εφικτή η ανάδειξη προτύπων που σχετίζονται με τη λειτουργική κατάσταση, την ψυχική υγεία και την κοινωνική ένταξη.

Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει δημογραφικές μεταβλητές, όπως το φύλο, η ηλικία, η κατάσταση διαβίωσης, το επίπεδο εκπαίδευσης και η οικονομική κατάσταση, οι οποίες επιτρέπουν τη συσχέτιση των παραπάνω διαστάσεων με κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες. Η ενσωμάτωση των στοιχείων αυτών είναι ιδιαίτερα σημαντική, καθώς η διεθνής βιβλιογραφία έχει αναδείξει τη συμβολή των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας στη διαμόρφωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής (World Health Organization, 2015). Μέσα από τη σύνδεση των δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις επιμέρους διαστάσεις του ερωτηματολογίου, καθίσταται δυνατή η πιο σύνθετη κατανόηση της εμπειρίας της απώλειας ανεξαρτησίας.

Η χρήση των WHOQOL-BREF και WHOQOL-OLD ενισχύει τη θεωρητική συνοχή της έρευνας, καθώς ευθυγραμμίζεται με το μοντέλο της υγιούς γήρανσης, το οποίο δίνει έμφαση στη λειτουργική ικανότητα και στην υποκειμενική ευημερία (World Health Organization, 2015). Η επιλογή ενός εργαλείου που συνδυάζει σωματικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους επιτρέπει τη διερεύνηση της γήρανσης ως πολυδιάστατου φαινομένου, αναδεικνύοντας τη σημασία της ολιστικής προσέγγισης. Με τον τρόπο αυτό, το ερευνητικό εργαλείο δεν λειτουργεί απλώς ως μέσο συλλογής δεδομένων, αλλά ως δομικό στοιχείο που καθοδηγεί την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων, συνδέοντας την εμπειρική διερεύνηση με το ευρύτερο επιστημονικό πλαίσιο της μελέτης.

3.4 Στατιστική ανάλυση και ηθικά ζητήματα

Καταρχάς, η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων οργανώθηκε με τρόπο που να ανταποκρίνεται στη σύνθετη και πολυδιάστατη φύση του ερευνητικού εργαλείου, το οποίο, όπως έχει ήδη παρουσιαστεί, εδράζεται στις κλίμακες WHOQOL-BREF και WHOQOL-OLD. Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μέσω των επιμέρους ερωτήσεων του ερωτηματολογίου, οι οποίες καλύπτουν σωματικές, ψυχολογικές, κοινωνικές και υπαρξιακές διαστάσεις, κωδικοποιήθηκαν σε αριθμητική μορφή βάσει πενταβάθμιας κλίμακας Likert, επιτρέποντας την ποσοτική τους ανάλυση. Η επιλογή αυτής της κλίμακας καθίσταται ιδιαίτερα κατάλληλη για την αποτύπωση της υποκειμενικής εμπειρίας της ποιότητας ζωής, καθώς διευκολύνει τη σύγκριση μεταξύ ατόμων και υποομάδων, χωρίς να αποστερεί τη δυνατότητα λεπτομερούς διαφοροποίησης των απαντήσεων (World Health Organization, 2015). Η ανάλυση των δεδομένων ακολούθησε αρχικά περιγραφική προσέγγιση, με στόχο τη σκιαγράφηση των βασικών χαρακτηριστικών του δείγματος και των μεταβλητών που σχετίζονται με τη λειτουργικότητα και την ανεξαρτησία. Υπολογίστηκαν δείκτες κεντρικής τάσης, όπως ο μέσος όρος, καθώς και δείκτες διασποράς, όπως η τυπική απόκλιση, για κάθε επιμέρους ερώτηση και θεματική ενότητα του ερωτηματολογίου. Μέσω αυτής της διαδικασίας κατέστη εφικτή η αρχική χαρτογράφηση της αντίληψης των συμμετεχόντων ως προς την υγεία, την ενεργητικότητα, την κοινωνική υποστήριξη και την αίσθηση αυτονομίας, στοιχεία που συγκροτούν τον πυρήνα της εμπειρίας απώλειας λειτουργικότητας.

Προκειμένου να διερευνηθούν οι σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών, εφαρμόστηκαν αναλύσεις συσχέτισης, οι οποίες επέτρεψαν την εξέταση της σύνδεσης μεταξύ φυσικών περιορισμών και ψυχοκοινωνικών εκβάσεων. Συγκεκριμένα, η συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας πόνου, της κόπωσης και της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής ανέδειξε τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικής και ψυχικής κατάστασης, επιβεβαιώνοντας ότι η λειτουργικότητα δεν αποτελεί αποκλειστικά βιοϊατρικό φαινόμενο, αλλά εντάσσεται σε ένα ευρύτερο ψυχοκοινωνικό πλαίσιο (World Health Organization, 2015). Αντίστοιχα, εξετάστηκε η σχέση μεταξύ κοινωνικής υποστήριξης και αισθήματος μοναξιάς, όπως

αποτυπώνεται στις σχετικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, γεγονός που συνέβαλε στην κατανόηση των μηχανισμών κοινωνικής ένταξης ή απομόνωσης των ηλικιωμένων.

Επιπλέον, πραγματοποιήθηκαν συγκριτικές αναλύσεις μεταξύ υποομάδων του δείγματος, με βάση δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο και η κατάσταση διαβίωσης. Η σύγκριση μεταξύ ατόμων που ζουν μόνοι και εκείνων που διαμένουν με την οικογένεια ή σε μονάδες φροντίδας ανέδειξε διαφοροποιήσεις στην αντιλαμβανόμενη ανεξαρτησία, καθώς και στην πρόσβαση σε υποστηρικτικά δίκτυα. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην εξέταση της μεταβλητής «αίσθηση ελέγχου της ζωής», η οποία συνδέεται άμεσα με την έννοια της αυτονομίας και εμφανίζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο διαβίωσης. Μέσω αυτών των συγκρίσεων καθίσταται δυνατή η ανάδειξη προτύπων εμπειρίας που υπερβαίνουν την ατομική περίπτωση και εντάσσονται σε ευρύτερες κοινωνικές δομές.

Αναφορικά με τη διασφάλιση της αξιοπιστίας του ερευνητικού εργαλείου, εξετάστηκε η εσωτερική συνοχή των επιμέρους κλιμάκων, δεδομένου ότι το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει πολλαπλά ερωτήματα που αποτυπώνουν συναφείς διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Η συνοχή αυτή είναι κρίσιμη για την εγκυρότητα των συμπερασμάτων, καθώς διασφαλίζει ότι οι επιμέρους δείκτες μετρούν σταθερά και συνεκτικά τις αντίστοιχες έννοιες. Η χρήση διεθνώς αναγνωρισμένων εργαλείων, όπως τα WHOQOL-BREF και WHOQOL-OLD, ενισχύει περαιτέρω την επιστημονική επάρκεια της μελέτης, δεδομένου ότι τα εργαλεία αυτά έχουν ήδη ελεγχθεί ως προς τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες (World Health Organization, 2015).

Από την άλλη πλευρά, τα ηθικά ζητήματα που ανακύπτουν σε έρευνες με πληθυσμούς τρίτης ηλικίας αντιμετωπίστηκαν με ιδιαίτερη προσοχή και ευαισθησία. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως εθελοντική, ενώ πριν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν πλήρως για τον σκοπό της μελέτης, τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και το δικαίωμά τους να αποχωρήσουν οποιαδήποτε στιγμή χωρίς καμία συνέπεια. Η δήλωση συγκατάθεσης, η οποία περιλαμβανόταν ρητά στο ερωτηματολόγιο, αποτέλεσε βασική προϋπόθεση για τη συμμετοχή, διασφαλίζοντας τη συμμόρφωση με τις αρχές της ενημερωμένης συναίνεσης.

Ταυτόχρονα, ιδιαίτερη μέριμνα λήφθηκε για τη διατήρηση της ανωνυμίας και της εμπιστευτικότητας των δεδομένων. Οι απαντήσεις δεν συνδέθηκαν με προσωπικά αναγνωρίσιμα στοιχεία, ενώ τα δεδομένα χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Η προστασία της ιδιωτικότητας καθίσταται ιδιαίτερα κρίσιμη όταν εξετάζονται ζητήματα όπως η υγεία, η ψυχική κατάσταση και η κοινωνική απομόνωση, τα οποία ενδέχεται να θεωρούνται ευαίσθητα από τους συμμετέχοντες.

Τέλος, αξίζει να επισημανθεί ότι η ερευνητική διαδικασία σχεδιάστηκε με σεβασμό προς την ευαλωτότητα του πληθυσμού-στόχου, λαμβάνοντας υπόψη πιθανές γνωστικές ή αισθητηριακές δυσκολίες. Η διατύπωση των ερωτήσεων έγινε με τρόπο σαφή και κατανοητό, ενώ όπου κρίθηκε απαραίτητο δόθηκε υποστήριξη κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, χωρίς να επηρεάζεται η αυθεντικότητα των απαντήσεων. Με τον τρόπο αυτό διασφαλίστηκε όχι μόνο η ποιότητα των δεδομένων, αλλά και η αξιοπρέπεια των συμμετεχόντων, στοιχείο που αποτελεί θεμελιώδη αρχή κάθε έρευνας στον χώρο της ψυχολογίας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος συνιστά κρίσιμη εννοιολογική και εμπειρική αφετηρία για την κατανόηση της εσωτερικής δομής των δεδομένων, καθώς και για την ερμηνευτική αποτίμηση των πολυπαραγοντικών σχέσεων που αναπτύσσονται μεταξύ λειτουργικότητας, ανεξαρτησίας και ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, το δείγμα αποτελείται από $N = 107$ συμμετέχοντες, με πλήρη καταγραφή απαντήσεων σε όλες τις μεταβλητές, γεγονός που εξαλείφει την ανάγκη διαχείρισης ελλειπουσών τιμών και ενισχύει τη στατιστική εγκυρότητα των ευρημάτων. Η καθολική κάλυψη των παρατηρήσεων (missing = 0) υποδηλώνει υψηλό βαθμό συμμόρφωσης των ερωτώμενων με τη διαδικασία συλλογής δεδομένων και περιορίζει την πιθανότητα συστηματικής μεροληψίας, στοιχείο ιδιαίτερα σημαντικό σε μελέτες που βασίζονται σε αυτοαναφορικά εργαλεία τύπου Likert.

Επιπροσθέτως, η δημογραφική σύνθεση του δείγματος εμφανίζει έντονη διαφοροποίηση ως προς το φύλο, με εμφανή υπεροχή του γυναικείου πληθυσμού, εύρημα το οποίο αντανάκλα τις ευρύτερες δημογραφικές τάσεις της γήρανσης, όπου οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και, συνεπώς, αυξημένη παρουσία σε ηλικιακές ομάδες άνω των 60 ετών. Η συγκεκριμένη κατανομή αποκτά ιδιαίτερη αναλυτική σημασία, καθώς η περαιτέρω στατιστική διερεύνηση καταδεικνύει ότι το φύλο δεν αποτελεί απλώς περιγραφικό χαρακτηριστικό, αλλά λειτουργεί ως διαφοροποιητικός παράγοντας σε βασικούς δείκτες λειτουργικότητας. Συγκεκριμένα, εντοπίζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές στη συχνότητα εμπειρίας πόνου ($t(105) = -2.281, p = .025$) και στην αντίληψη κόπωσης ($t(105) = -3.435, p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει διαφοροποιημένα πρότυπα σωματικής επιβάρυνσης μεταξύ ανδρών και γυναικών. Η παρατήρηση αυτή ενισχύει τη θέση ότι η δημογραφική ανάλυση δεν περιορίζεται σε περιγραφικό επίπεδο, αλλά συνδέεται άμεσα με τη δυναμική των υπό μελέτη φαινομένων (Πίνακας 4.1).

Πίνακας 4.1 Βασικά χαρακτηριστικά δείγματος (N = 107)

Χαρακτηριστικό	Τιμή
Μέγεθος δείγματος	107
Ελλείπουσες τιμές	0
Τύπος δεδομένων	Κλίμακα Likert (1–5)
Ελάχιστη τιμή	1
Μέγιστη τιμή	5

Η δε ηλικιακή κατανομή του δείγματος εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα της τρίτης ηλικίας, επιτρέποντας τη σύλληψη διαφοροποιήσεων που σχετίζονται με την προοδευτική έκπτωση της λειτουργικότητας. Αν και η ανάλυση επικεντρώνεται κυρίως σε συνολικούς δείκτες, τα αποτελέσματα των αναλύσεων διακύμανσης (ANOVA) υποδεικνύουν ότι συγκεκριμένες μεταβλητές διαφοροποιούνται σημαντικά μεταξύ ηλικιακών υποομάδων, όπως η εμπειρία πόνου ($F(2, 104) = 7.817, p = .022$) και η ποιότητα ύπνου ($F(2, 104) = 7.232, p = .027$). Η ύπαρξη αυτών των διαφορών υποδηλώνει ότι η ηλικία λειτουργεί ως συνεχής παράγοντας επιβάρυνσης, επηρεάζοντας όχι μόνο τη σωματική κατάσταση αλλά και επιμέρους διαστάσεις της καθημερινής λειτουργικότητας. Επιπλέον, υψηλές τιμές διακύμανσης σε μεταβλητές όπως η αυτοαποδοχή ($F(2, 104) = 26.497, p = .001$) και η αίσθηση νοήματος ζωής ($F(2, 104) = 22.300, p = .002$) καταδεικνύουν ότι η ηλικιακή διαφοροποίηση δεν είναι μονοδιάστατη, αλλά επεκτείνεται και σε ψυχοκοινωνικά πεδία (Πίνακας 4.7).

4.2 Περιγραφική ανάλυση ποιότητας ζωής

Η περιγραφική ανάλυση των δεικτών ποιότητας ζωής στο υπό εξέταση δείγμα αναδεικνύει μια πολυδιάστατη και ετερογενή εικόνα της βιωμένης εμπειρίας των ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως αυτή αποτυπώνεται μέσα από τις επιμέρους μεταβλητές του ερωτηματολογίου. Ειδικότερα, η συνολική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής εμφανίζει μέση τιμή 3.36 με τυπική απόκλιση 0.90, στοιχείο που υποδηλώνει μετρίου επιπέδου αντιλαμβανόμενη ευημερία, με ταυτόχρονη ύπαρξη σημαντικής διακύμανσης μεταξύ των συμμετεχόντων. Η διάμεσος τιμή (Median = 3) επιβεβαιώνει τη συγκέντρωση των απαντήσεων γύρω από το κεντρικό σημείο της κλίμακας, γεγονός που υποδηλώνει ισορροπία μεταξύ θετικών και αρνητικών αξιολογήσεων, ενώ η πλήρης κάλυψη του εύρους τιμών (1–5) αποκαλύπτει την παρουσία

τόσο ατόμων με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης όσο και περιπτώσεων έντονης υποκειμενικής επιβάρυνσης (Πίνακας 4.2).

Πίνακας 4.2 Περιγραφικά στατιστικά βασικών δεικτών ποιότητας ζωής (N = 107)

Μεταβλητή	Μέσος Όρος (M)	Διάμεσος	Τυπική Απόκλιση (SD)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Συνολική ποιότητα ζωής	3.19	3	1.12	1	5
Πόνος/Δυσφορία	2.93	3	1.08	1	5
Κόπωση	3.05	3	0.99	1	5
Ποιότητα ύπνου	3.36	3	1.03	1	5
Αυτοαποδοχή	3.58	4	0.95	1	5
εμφάνιση					
Ικανότητα	3.77	4	0.94	1	5
συγκέντρωσης					

Συγκεκριμένα, η συχνότητα πόνου ή δυσφορίας παρουσιάζει μέσο όρο $M = 2.93$ ($SD = 1.08$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η πλειονότητα των συμμετεχόντων δεν βιώνει συστηματικά έντονο σωματικό πόνο, χωρίς ωστόσο να απουσιάζουν περιπτώσεις αυξημένης έντασης. Αντίστοιχα, η αίσθηση κόπωσης καταγράφεται σε μέτρια επίπεδα $M = 3.05$ ($SD = 0.99$), στοιχείο που αντανακλά την επίδραση της ηλικιακής φθοράς στην ενεργητικότητα, χωρίς όμως να υποδηλώνει γενικευμένη εξάντληση. Η σχετικά χαμηλότερη τυπική απόκλιση στην κόπωση υποδεικνύει μεγαλύτερη ομοιογένεια των απαντήσεων σε σύγκριση με άλλες μεταβλητές, γεγονός που ενδέχεται να αντικατοπτρίζει κοινές εμπειρίες φυσικής επιβάρυνσης στον πληθυσμό (πίνακας 4.2).

Πίνακας 4.3 Συσχετίσεις βασικών μεταβλητών ποιότητας ζωής (Pearson r)

Μεταβλητές	r	p
Ποιότητα ζωής – Ύπνος	0.417	< .001
Ποιότητα ζωής – Αυτοαποδοχή	0.497	< .001
Ποιότητα ζωής – Πόνος	-0.395	< .001
Ποιότητα ζωής – Κόπωση	-0.390	< .001
Ύπνος – Κόπωση	-0.295	.002

Επιπροσθέτως, η ποιότητα του ύπνου, ως κρίσιμος δείκτης βιολογικής αποκατάστασης και ψυχικής ισορροπίας, εμφανίζει μέσο όρο 3.36 (SD = 1.03), τιμή που υποδηλώνει σχετικά ικανοποιητική κατάσταση, αν και η διασπορά των τιμών υποδηλώνει σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των συμμετεχόντων. Η παρατήρηση αυτή αποκτά ιδιαίτερη σημασία σε συνδυασμό με τις συσχετίσεις που προκύπτουν από τον πίνακα συσχετίσεων, όπου η ποιότητα ύπνου εμφανίζει θετική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.417$, $p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η επαρκής ξεκούραση λειτουργεί ως βασικός ενισχυτικός παράγοντας της ευημερίας. Αντιστρόφως, η αρνητική συσχέτιση του ύπνου με την κόπωση ($r = -0.279$, $p = .004$) επιβεβαιώνει την αμφίδρομη σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.4 Έλεγχος κανονικότητας (Shapiro–Wilk)

Μεταβλητή	W	p-value
Ποιότητα ζωής	0.939	< .001
Πόνος	0.929	< .001
Κόπωση	0.909	< .001
Ύπνος	0.943	< .001
Αυτοαποδοχή	0.917	< .001
Συγκέντρωση	0.895	< .001

Στη συνέχεια, η ψυχολογική διάσταση της ποιότητας ζωής παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, καθώς καταγράφονται σχετικά υψηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και γνωστικής λειτουργίας. Ειδικότερα, η αυτοαποδοχή της εμφάνισης εμφανίζει μέση τιμή 3.58 (SD = 0.95, διάμεσος = 4), ενώ η ικανότητα συγκέντρωσης παρουσιάζει ακόμη υψηλότερη τιμή (M = 3.77, SD = 0.94, διάμεσος = 4), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες διατηρούν σε σημαντικό βαθμό την ψυχολογική τους σταθερότητα και τις γνωστικές τους δεξιότητες (Πίνακας 4.2). Η θετική συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών και της συνολικής ποιότητας ζωής ($r = 0.497$ και $r = 0.457$ αντίστοιχα, $p < .001$) ενισχύει την υπόθεση ότι η ψυχική ευεξία αποτελεί κεντρικό άξονα της αντιλαμβανόμενης ποιότητας ζωής. Παράλληλα, η ύπαρξη αρνητικών συσχετίσεων με μεταβλητές όπως ο πόνος και η

κόπωση ($r = -0.369$ και $r = -0.352$ αντίστοιχα, $p < .001$) υποδηλώνει ότι η ψυχολογική κατάσταση επηρεάζεται άμεσα από τη σωματική εμπειρία (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.5 Δείκτες αξιοπιστίας βασικών διαστάσεων ποιότητας ζωής

<i>Διάσταση</i>	<i>Μέσος Όρος</i>	<i>Cronbach's α</i>
<i>Φυσική υγεία</i>	3.17	0.08
<i>Ψυχολογική/λειτουργική</i>	3.70	0.748
<i>Κοινωνική/υπαρξιακή</i>	3.49	0.696

Εξίσου σημαντική είναι η αξιολόγηση της αξιοπιστίας εσωτερικής συνέπειας των βασικών διαστάσεων του ερωτηματολογίου (Πίνακας 4.5). Η ψυχολογική/λειτουργική διάσταση κατέγραψε υψηλό δείκτη αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha = 0.748$, $M = 3.70$), και η κοινωνική/υπαρξιακή διάσταση εμφάνισε ομοίως ικανοποιητική εσωτερική συνοχή (Cronbach's $\alpha = 0.696$, $M = 3.49$). Αντιθέτως, η διάσταση της φυσικής υγείας παρουσίασε χαμηλό συντελεστή αξιοπιστίας (Cronbach's $\alpha = 0.08$, $M = 3.17$), γεγονός που αντανάκλα την πολυπαραγοντική φύση και τη μεγάλη διαφοροποίηση των σωματικών ενοχλημάτων μεταξύ των ηλικιωμένων (Πίνακας 4.5). Σε επίπεδο επιμέρους κοινωνικών και υπαρξιακών μεταβλητών, καταγράφονται υψηλά επίπεδα κοινωνικής ένταξης και αίσθησης σκοπού, με την αίσθηση ότι η ζωή έχει ενδιαφέρον και την αντίληψη χρησιμότητας προς τους άλλους να εμφανίζουν θετική επίδραση, ενώ ο φόβος και η ανησυχία για τον θάνατο καταγράφονται σε χαμηλότερα επίπεδα ψυχολογικής επιβάρυνσης.

Από την άλλη πλευρά, η ανάλυση των συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών αποκαλύπτει ένα συνεκτικό δίκτυο σχέσεων που επιβεβαιώνει τη διασύνδεση των επιμέρους διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Ενδεικτικά, η συνολική ποιότητα ζωής παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με την ποιότητα ύπνου ($r = 0.417$, $p < .001$) και την αυτοαποδοχή ($r = 0.497$, $p < .001$), ενώ εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τον πόνο ($r = -0.395$, $p < .001$) και την κόπωση ($r = -0.390$, $p < .001$). Οι συσχετίσεις αυτές υποδηλώνουν ότι η ποιότητα ζωής διαμορφώνεται μέσα από την αλληλεπίδραση σωματικών και ψυχολογικών παραγόντων, επιβεβαιώνοντας την πολυδιάστατη φύση της έννοιας. Αξίζει να επισημανθεί ότι ο έλεγχος κανονικότητας (Shapiro–Wilk) καταδεικνύει συστηματική και στατιστικά

σημαντική απόκλιση από την κανονική κατανομή σε όλες τις υπό εξέταση μεταβλητές (τιμές W από 0.895 έως 0.943, $p < .001$ σε όλες τις περιπτώσεις), γεγονός που υποδηλώνει ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή του πληθυσμού και επηρεάζονται από ασυμμετρίες ή συσσωρεύσεις τιμών (Πίνακας 4.4). Η παρατήρηση αυτή έχει ιδιαίτερη μεθοδολογική σημασία, καθώς υποδεικνύει την ανάγκη προσεκτικής επιλογής στατιστικών τεχνικών και ενισχύει την εγκυρότητα της ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

4.3 Ανεξαρτησία και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Στο πλαίσιο της παρούσας ανάλυσης, η αντιλαμβανόμενη ανεξαρτησία παρουσιάζει σχετικά υψηλές τιμές, γεγονός που υποδηλώνει ότι ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων διατηρεί την ικανότητα αυτοδιαχείρισης της καθημερινής ζωής. Ωστόσο, η διακύμανση των τιμών καταδεικνύει ότι η εμπειρία της αυτονομίας δεν είναι ομοιογενής, αλλά διαφοροποιείται σημαντικά εντός του δείγματος, στοιχείο που καθιστά αναγκαία τη διερεύνηση των υποκείμενων ψυχοκοινωνικών μηχανισμών.

Η ανάλυση των δεδομένων καταδεικνύει ότι η ανεξαρτησία στην τρίτη ηλικία δεν περιορίζεται αποκλειστικά στη σωματική επάρκεια, αλλά συνδέεται άμεσα με ένα ευρύτερο πλέγμα ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ατόμων. Ειδικότερα, η ανεξαρτησία εμφανίζει θετική συσχέτιση με την αντίληψη νοήματος ζωής και ενδιαφέροντος ($r = 0.463$, $p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι τα άτομα που διατηρούν τη δυνατότητα αυτοπροσδιορισμού και ενεργού συμμετοχής στην καθημερινότητά τους τείνουν να βιώνουν υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας. Παράλληλα, παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ ανεξαρτησίας και κοινωνικής συμμετοχής ($r = 0.441$, $p < .001$), στοιχείο που επιβεβαιώνει τη σημασία του υποστηρικτικού περιβάλλοντος και των διαπροσωπικών σχέσεων στη διατήρηση της λειτουργικότητας (Πίνακας 4.8).

Πίνακας 4.6 Αποτελέσματα t-test ως προς το φύλο

Μεταβλητή	t	df	p
Πόνος/Δυσφορία	-2.281	105	.025

<i>Κόπωση</i>	-3.435	105	< .001
<i>Πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας</i>	-2.611	105	.010
<i>Ενδιαφέρον ζωής</i>	-2.192	105	.031
<i>Μέλλον και στόχοι</i>	-2.825	105	.006
<i>Συναισθηματική σύνδεση / Μοναξιά</i>	-2.689	105	.008

Η διερεύνηση των κοινωνικών διαστάσεων της ανεξαρτησίας αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο της κοινωνικής συμμετοχής και των διαπροσωπικών σχέσεων. Συγκεκριμένα, μεταβλητές που σχετίζονται με την κοινωνική ένταξη εμφανίζουν θετικές συσχετίσεις με την ανεξαρτησία, όπως η συμμετοχή σε δραστηριότητες και η ύπαρξη υποστηρικτικού δικτύου. Αντιθέτως, η κοινωνική απομόνωση και η περιορισμένη αλληλεπίδραση συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα αυτονομίας, γεγονός που επιβεβαιώνει τη σημασία του κοινωνικού περιβάλλοντος ως παράγοντα διατήρησης της λειτουργικότητας. Η παρατήρηση αυτή ενισχύεται από τις τιμές των συσχετίσεων που καταγράφονται μεταξύ μοναξιάς και βασικών δεικτών ποιότητας ζωής, όπου παρατηρείται σταθερά αρνητική σχέση. Η δε ανάλυση διαφορών μεταξύ υποομάδων του δείγματος αποκαλύπτει ότι η ανεξαρτησία επηρεάζεται σημαντικά από δημογραφικούς παράγοντες. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της ανάλυσης διακύμανσης καταδεικνύουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην ανεξαρτησία ($F(2, 104) = 5.814, p = .004$), γεγονός που υποδηλώνει ότι μεταβλητές όπως η ηλικία ή το επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης ενδέχεται να επηρεάζουν την αντίληψη αυτονομίας. Παράλληλα, η ύπαρξη σημαντικών διαφορών σε μεταβλητές όπως η αίσθηση χρησιμότητας ($F(2, 104) = 4.721, p = .011$) και το νόημα ζωής ($F(2, 104) = 4.195, p = .018$) ενισχύει την άποψη ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες αποτελούν βασικούς προσδιοριστές της λειτουργικής ανεξαρτησίας (Πίνακας 4.7).

Πίνακας 4.7 : ANOVA – Διαφορές μεταξύ ομάδων

<i>Μεταβλητή</i>	<i>F</i>	<i>df (between)</i>	<i>df (within)</i>	<i>p</i>
<i>Πόνος/Δυσφορία</i>	7.817	2	104	.022
<i>Ποιότητα ύπνου</i>	7.232	2	104	.027

<i>Ευχαρίστηση για τη ζωή</i>	8.321	2	104	.024
<i>Ικανότητα συγκέντρωσης</i>	8.085	2	104	.021
<i>Αυτοαποδοχή εμφάνισης</i>	26.497	2	104	.001
<i>Συγκέντρωση</i>	10.328	2	104	.012
<i>Αισθητηριακή λειτουργία</i>	10.418	2	104	.013
<i>Ανεξαρτησία</i>	5.774	2	104	.047
<i>Ενδιαφέρον για τη ζωή</i>	6.364	2	104	.040
<i>Νόημα ζωής</i>	22.300	2	104	.002
<i>Χρησιμότητα προς άλλους</i>	30.072	2	104	< .001

4.4 Συσχετίσεις βασικών μεταβλητών

Η ανάλυση συσχετίσεων Pearson κατέδειξε ισχυρές γραμμικές σχέσεις μεταξύ βασικών δεικτών ποιότητας ζωής, με στατιστική σημαντικότητα στο επίπεδο $p < .01$ και κυρίως $p < .001$, επιβεβαιώνοντας υψηλό βαθμό αλληλεξάρτησης των μεταβλητών. Η συνολική ποιότητα ζωής εμφανίζει θετική συσχέτιση με τη γενική υγεία ($r = 0.512$, $p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι αύξηση κατά μία μονάδα στην αντίληψη υγείας συνδέεται με αντίστοιχη αύξηση στην υποκειμενική ευημερία. Αντίθετα, καταγράφεται αρνητική συσχέτιση με τη συχνότητα πόνου ($r = -0.395$, $p < .001$) και την κόπωση ($r = -0.390$, $p < .001$), γεγονός που αποτυπώνει ότι οι σωματικοί περιορισμοί λειτουργούν ως βασικοί ανασταλτικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής. Η ποιότητα ύπνου εμφανίζει σημαντική θετική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.417$, $p < .001$) και ισχυρότερη σχέση με τη γενική υγεία ($r = 0.463$, $p < .001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι ο ύπνος αποτελεί κρίσιμο βιολογικό μηχανισμό ρύθμισης της λειτουργικότητας. Παράλληλα, η αρνητική συσχέτιση του ύπνου με τον πόνο ($r = -0.322$, $p = .001$) και την κόπωση ($r = -0.279$, $p = .004$) επιβεβαιώνει τη δυαδική κατεύθυνση της σχέσης, όπου η επιβάρυνση επηρεάζει άμεσα τη βιολογική αποκατάσταση (Πίνακας 4.8).

Η μεταβλητή της αυτοαποδοχής παρουσιάζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.497$, $p < .001$) και με τη γενική υγεία ($r = 0.448$, $p < .001$), ενώ εμφανίζει αρνητικές συσχετίσεις με τον πόνο ($r = -0.369$, $p < .001$) και την κόπωση ($r = -0.352$, $p < .001$). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι η ψυχολογική διάσταση λειτουργεί ως ρυθμιστικός παράγοντας της σωματικής εμπειρίας, ενισχύοντας ή αποδυναμώνοντας την αντίληψη της ευημερίας. Η ικανότητα συγκέντρωσης εμφανίζει θετική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.457$, $p < .001$) και με τη γενική υγεία ($r = 0.432$, $p < .001$), ενώ καταγράφονται αρνητικές σχέσεις με την κόπωση ($r = -0.312$, $p = .001$) και τον πόνο

($r = -0.344$, $p < .001$). Τα δεδομένα αυτά υποδεικνύουν ότι η γνωστική λειτουργία αποτελεί σημαντικό δείκτη συνολικής λειτουργικότητας και συνδέεται άμεσα με την καθημερινή αυτονομία (Πίνακας 4.8).

Σε επίπεδο λειτουργικής ανεξαρτησίας, η μεταβλητή της κινητικότητας εμφανίζει ισχυρή θετική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.448$, $p < .001$) και με την ποιότητα ύπνου ($r = 0.385$, $p < .001$), ενώ εμφανίζει αρνητική σχέση με τον πόνο ($r = -0.412$, $p < .001$). Αντίστοιχα, η αντιλαμβανόμενη ανεξαρτησία παρουσιάζει θετική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.463$, $p < .001$) και αρνητική με την κόπωση ($r = -0.378$, $p < .001$), υποδηλώνοντας ότι η λειτουργική αυτονομία εξαρτάται τόσο από φυσικούς όσο και από ψυχολογικούς παράγοντες. Οι ψυχοκοινωνικές μεταβλητές εμφανίζουν ιδιαίτερα έντονες συσχετίσεις. Η αίσθηση ότι η ζωή έχει ενδιαφέρον παρουσιάζει ισχυρή θετική σχέση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = 0.485$, $p < .001$), ενώ η αντίληψη ύπαρξης στόχων συνδέεται θετικά ($r = 0.441$, $p < .001$). Η αίσθηση χρησιμότητας προς τους άλλους εμφανίζει επίσης ισχυρή θετική συσχέτιση ($r = 0.428$, $p < .001$), γεγονός που επιβεβαιώνει ότι η κοινωνική ένταξη αποτελεί βασικό παράγοντα ευημερίας (Πίνακας 4.8).

Αντιστρόφως, η μοναξιά εμφανίζει στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη συνολική ποιότητα ζωής ($r = -0.337$, $p < .001$) και ακόμη ισχυρότερη αρνητική σχέση με τη γενική υγεία ($r = -0.401$, $p < .001$), υποδηλώνοντας ότι η κοινωνική και συναισθηματική απομόνωση επιδρά καταλυτικά τόσο στη σωματική όσο και στην ψυχική κατάσταση των ηλικιωμένων. Παράλληλα, ο φόβος του θανάτου εμφανίζει ασθενείς έως μη στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, γεγονός που υποδηλώνει περιορισμένη διαφοροποιητική επίδραση στη συνολική ποιότητα ζωής στο συγκεκριμένο δείγμα (Πίνακας 4.8).

Πίνακας 4.8 Συσχετίσεις βασικών μεταβλητών (Pearson r)

Μεταβλητές	r	p
Ποιότητα ζωής – Υγεία	0.612	< .001
Ποιότητα ζωής – Ύπνος	0.417	< .001
Ποιότητα ζωής – Αυτοαποδοχή	0.497	< .001
Ποιότητα ζωής – Συγκέντρωση	0.457	< .001
Ποιότητα ζωής – Πόνος	-0.395	< .001
Ποιότητα ζωής – Κόπωση	-0.390	< .001
Ύπνος – Πόνος	-0.303	.002
Ύπνος – Κόπωση	-0.295	.002
Αυτοαποδοχή – Πόνος	-0.369	< .001
Αυτοαποδοχή – Κόπωση	-0.352	< .001

<i>Συγκέντρωση – Κόπωση</i>	-0.384	< .001
<i>Μοναξιά – Ποιότητα ζωής</i>	-0.337	< .001
<i>Μοναξιά – Υγεία</i>	-0.401	< .001
<i>Ενδιαφέρον ζωής – Ποιότητα ζωής</i>	0.453	< .001
<i>Στόχοι ζωής – Ποιότητα ζωής</i>	0.449	< .001
<i>Χρησιμότητα – Ποιότητα ζωής</i>	0.442	< .001

Συνολικά, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων υποδεικνύουν ότι η καλύτερη ποιότητα ζωής συνδέεται με ευνοϊκότερους δείκτες σωματικής και ψυχοκοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ η μοναξιά, ο πόνος και η κόπωση σχετίζονται με δυσμενέστερες εκβάσεις. Τα ευρήματα αυτά ενισχύουν την υπόθεση ότι η λειτουργικότητα και η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία αποτελούν πολυδιάστατες έννοιες, οι οποίες επηρεάζονται από την αλληλεπίδραση σωματικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

5.1 Ερμηνεία βασικών ευρημάτων

Η ερμηνεία των ευρημάτων της παρούσας μελέτης αναδεικνύει με σαφήνεια ότι η λειτουργική ανεξαρτησία στην τρίτη ηλικία δεν αποτελεί ένα στατικό ή αποκλειστικά σωματικό χαρακτηριστικό, αλλά συγκροτείται ως αποτέλεσμα μιας σύνθετης αλληλεπίδρασης βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών διεργασιών. Ειδικότερα, η θετική συσχέτιση μεταξύ αντιλαμβανόμενης ανεξαρτησίας και δεικτών ψυχικής ευεξίας, όπως το νόημα ζωής και η αίσθηση χρησιμότητας, υποδηλώνει ότι η λειτουργικότητα ενισχύεται όταν το άτομο διατηρεί ενεργό ρόλο και υπαρκτή συνοχή. Το εύρημα αυτό ευθυγραμμίζεται με σύγχρονες μετα-αναλυτικές προσεγγίσεις, οι οποίες τεκμηριώνουν ότι η ψυχοκοινωνική ενδυνάμωση λειτουργεί ως κρίσιμος προσδιοριστής της αυτονομίας, επηρεάζοντας άμεσα την ικανότητα προσαρμογής σε λειτουργικούς περιορισμούς (Goodarzi et al., 2024). Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν τον κεντρικό ρόλο της εγγενούς ικανότητας ως βασικού μηχανισμού πρόγνωσης της λειτουργικής πορείας. Η διασύνδεση μεταξύ φυσικής κατάστασης, γνωστικής λειτουργίας και ψυχολογικής ανθεκτικότητας αντανakλά την πολυδιάστατη φύση της έννοιας, η οποία υπερβαίνει τα παραδοσιακά λειτουργικά μέτρα. Ερευνητικά δεδομένα έχουν καταδείξει ότι η εγγενής ικανότητα παρουσιάζει υψηλότερη προγνωστική ακρίβεια σε σχέση με τη λειτουργική ικανότητα ως προς τη θνησιμότητα και τη μακροχρόνια υγεία, γεγονός που ενισχύει τη σημασία της ως εννοιολογικού εργαλείου κατανόησης της γήρανσης (Lee et al., 2023· Sánchez-Sánchez et al., 2024). Η λειτουργική υγεία προκύπτει από τη δυναμική σύζευξη εσωτερικών αποθεμάτων και περιβαλλοντικών απαιτήσεων, στοιχείο που επιβεβαιώνεται και από τη συστηματική επιχειρησιακή αποτύπωση της εγγενούς ικανότητας σε πολλαπλά πεδία (Cheong et al., 2022· Zhou & Ma, 2022).

Εξίσου σημαντική είναι η ανάδειξη της κοινωνικής διάστασης της λειτουργικότητας, καθώς η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση εμφανίζονται ως ισχυροί ανασταλτικοί παράγοντες της ανεξαρτησίας. Η αρνητική συσχέτιση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη συνάδει με ευρήματα που υποδεικνύουν ότι η κοινωνική απομόνωση επιταχύνει τη λειτουργική έκπτωση και ενισχύει την

ευθραυστότητα (Jarach et al., 2020· Gheorghe et al., 2024). Επιπλέον, πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι ακόμη και βραχυπρόθεσμες μεταβολές στην κοινωνική αλληλεπίδραση επηρεάζουν άμεσα δείκτες ευθραυστότητας, υπογραμμίζοντας τη δυναμική φύση της σχέσης αυτής (Kang et al., 2024). Η επίδραση της κοινωνικής ευθραυστότητας φαίνεται να είναι δοσοεξαρτώμενη και συχνά υπερβαίνει τη συμβολή βιοϊατρικών δεικτών, αναδεικνύοντας την καθοριστική σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (Huang et al., 2024). Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την ανάγκη υιοθέτησης πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων, οι οποίες δεν περιορίζονται στη σωματική ενδυνάμωση, αλλά ενσωματώνουν ψυχοκοινωνικές και περιβαλλοντικές διαστάσεις. Παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση της μοναξιάς και στην ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και στη μείωση της ευθραυστότητας (Ožić et al., 2020· Koh et al., 2024). Η ύπαρξη υποστηρικτικών περιβαλλόντων φαίνεται να μετριάξει τις αρνητικές επιπτώσεις της ευθραυστότητας στην ποιότητα ζωής, ενισχύοντας τη συνολική ευημερία των ηλικιωμένων (Chao et al., 2025).

5.2 Λειτουργικότητα, ψυχική υγεία και μοναξιά

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης καθιστούν εμφανές ότι η λειτουργικότητα στην τρίτη ηλικία συνδέεται άρρηκτα με την ψυχική υγεία και τις εμπειρίες κοινωνικής ένταξης, διαμορφώνοντας ένα δυναμικό πλέγμα αλληλεπιδράσεων που υπερβαίνει τη στενά βιοϊατρική προσέγγιση. Η στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ μειωμένης ανεξαρτησίας και αυξημένων επιπέδων μοναξιάς υποδηλώνει ότι η απώλεια λειτουργικών ικανοτήτων δεν βιώνεται αποκλειστικά ως σωματικός περιορισμός, αλλά ως διαδικασία που επηρεάζει βαθιά την αυτοαντίληψη και τη συναισθηματική σταθερότητα. Τα δεδομένα αυτά εναρμονίζονται με συστηματικές ανασκοπήσεις που αναδεικνύουν τη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση ως κρίσιμους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες κινδύνου για επιδείνωση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ψυχικής ευεξίας (Goodarzi et al., 2024). Παράλληλα, η αρνητική συσχέτιση μεταξύ μοναξιάς και ποιότητας ζωής ενισχύει την υπόθεση ότι η κοινωνική αποσύνδεση λειτουργεί ως μηχανισμός επιβάρυνσης, επηρεάζοντας τόσο τη συναισθηματική κατάσταση όσο και τη συνολική λειτουργική πορεία. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ λειτουργικότητας και ψυχικής υγείας

αναδεικνύει τον καθοριστικό ρόλο της εγγενούς ικανότητας ως ενδιάμεσου μηχανισμού. Η αποδυνάμωση γνωστικών και ψυχολογικών λειτουργιών φαίνεται να συνδέεται με αυξημένη ευαλωτότητα σε εμπειρίες απομόνωσης, γεγονός που επιβεβαιώνεται από εμπειρικά δεδομένα που δείχνουν ότι η εγγενής ικανότητα επηρεάζει τόσο τη λειτουργική έκβαση όσο και τη θνησιμότητα σε βάθος χρόνου (Sánchez-Sánchez et al., 2024).

Η διαφοροποίηση της εγγενούς ικανότητας από τη λειτουργική ικανότητα αναδεικνύει ότι η ψυχική ανθεκτικότητα και οι γνωστικές δεξιότητες αποτελούν κρίσιμους παράγοντες προσαρμογής, ακόμη και σε συνθήκες σωματικών περιορισμών (Lee et al., 2023). Η πολυδιάστατη αυτή προσέγγιση επιβεβαιώνεται και από πρόσφατες μελέτες που επιχειρησιακοποιούν την εγγενή ικανότητα σε πολλαπλά πεδία, καταδεικνύοντας ότι η ψυχολογική διάσταση αποτελεί αναπόσπαστο στοιχείο της λειτουργικής υγείας (Cheong et al., 2022· Zhou & Ma, 2022). Η επίδραση της μοναξιάς δεν περιορίζεται στην ψυχική επιβάρυνση, αλλά επεκτείνεται στη διαμόρφωση της ευθραυστότητας, ενισχύοντας έναν φαύλο κύκλο λειτουργικής έκπτωσης. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι η κοινωνική απομόνωση αυξάνει την πιθανότητα μετάβασης σε καταστάσεις ευθραυστότητας, ενώ μειώνει τις πιθανότητες αναστροφής της (Jarach et al., 2020). Αντίστοιχα, αφηγηματικές ανασκοπήσεις υπογραμμίζουν ότι η μοναξιά αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης, ακόμη και απουσία σοβαρών παθολογικών καταστάσεων (Gheorghe et al., 2024). Επιπλέον, δεδομένα υψηλής χρονικής ανάλυσης καταδεικνύουν ότι οι καθημερινές μεταβολές στην κοινωνική αλληλεπίδραση επηρεάζουν άμεσα δείκτες ευθραυστότητας, γεγονός που αναδεικνύει τη δυναμική και αμφίδρομη φύση της σχέσης (Kang et al., 2024).

Τα ευρήματα αναδεικνύουν τη σημασία ενίσχυσης της ψυχοκοινωνικής ανθεκτικότητας ως στρατηγικής διατήρησης της λειτουργικότητας. Η ανθεκτικότητα φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά, ενισχύοντας την ικανότητα διαχείρισης απωλειών και περιορισμών (Górska et al., 2021). Ταυτόχρονα, παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση της μοναξιάς και στην ενίσχυση της κοινωνικής συμμετοχής έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης (Ožić et al., 2020· Koh et al., 2024). Επιπλέον, η ύπαρξη υποστηρικτικών περιβαλλόντων μπορεί να μετριάσει τις επιπτώσεις της ευθραυστότητας στην ποιότητα ζωής, ενισχύοντας την αίσθηση ευημερίας

και αυτονομίας (Chao et al ,2025).

5.3 Ρόλος κοινωνικής υποστήριξης και ανεξαρτησίας

Η ανάλυση των ευρημάτων καταδεικνύει ότι η κοινωνική υποστήριξη συνιστά καθοριστικό παράγοντα για τη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας στην τρίτη ηλικία, λειτουργώντας τόσο ως προστατευτικός μηχανισμός όσο και ως διαμεσολαβητής μεταξύ σωματικών περιορισμών και υποκειμενικής ευημερίας. Η θετική συσχέτιση που αναδεικνύεται μεταξύ κοινωνικής ένταξης και αυτονομίας υποδηλώνει ότι η ύπαρξη υποστηρικτικών σχέσεων δεν περιορίζεται σε πρακτική βοήθεια, αλλά επηρεάζει ουσιαστικά την αίσθηση ελέγχου και την ικανότητα λήψης αποφάσεων. Σύμφωνα με μετα-αναλυτικά δεδομένα, η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα εξάρτησης και καλύτερη λειτουργική προσαρμογή, καθώς ενισχύει τη συμμόρφωση σε συμπεριφορές υγείας και μειώνει την ψυχολογική επιβάρυνση (Goodarzi et al., 2024). Η λειτουργική ανεξαρτησία, συνεπώς, δεν μπορεί να ερμηνευθεί αποκομμένα από το κοινωνικό πλαίσιο, αλλά αναδύεται μέσα από ένα δίκτυο διαπροσωπικών σχέσεων που διαμορφώνουν την καθημερινή εμπειρία του ηλικιωμένου. Η συμβολή της κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται στενά με την έννοια της εγγενούς ικανότητας, καθώς το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει άμεσα τη διατήρηση των λειτουργικών αποθεμάτων του οργανισμού. Εμπειρικές μελέτες έχουν δείξει ότι η ενίσχυση των κοινωνικών πόρων συμβάλλει στη διατήρηση γνωστικών και ψυχολογικών λειτουργιών, οι οποίες αποτελούν βασικές συνιστώσες της εγγενούς ικανότητας (Ashikali et al., 2023).

Παράλληλα, η εγγενής ικανότητα έχει αποδειχθεί ότι λειτουργεί ως ισχυρός προγνωστικός δείκτης της λειτουργικής έκπτωσης και της θνησιμότητας, γεγονός που υπογραμμίζει τη σημασία ενίσχυσης όχι μόνο των σωματικών αλλά και των κοινωνικών παραμέτρων της υγείας (Sánchez-Sánchez et al., 2024). Η διαφοροποίηση της από τη λειτουργική ικανότητα αναδεικνύει ότι η ύπαρξη υποστηρικτικού περιβάλλοντος μπορεί να αντισταθμίσει λειτουργικούς περιορισμούς, επιτρέποντας τη διατήρηση της αυτονομίας ακόμη και σε συνθήκες επιβάρυνσης (Lee et al., 2023). Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης

συνδέεται με την ανάπτυξη κοινωνικής ευθραυστότητας, η οποία έχει αναδειχθεί ως κρίσιμος παράγοντας λειτουργικής έκπτωσης. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η κοινωνική ευθραυστότητα επηρεάζει την εγγενή ικανότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από βιοϊατρικούς δείκτες, αναδεικνύοντας τη σημασία των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας (Huang et al., 2024). Επιπροσθέτως, η κοινωνική απομόνωση έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο μετάβασης σε ευθραυστότητα και μειωμένη πιθανότητα αναστροφής της, γεγονός που ενισχύει την ανάγκη έγκαιρης παρέμβασης (Jarach et al., 2020). Η αλληλεπίδραση αυτή επιβεβαιώνεται και από νεότερες μελέτες που αναδεικνύουν τη σύνδεση μεταξύ μοναξιάς, κοινωνικής αποσύνδεσης και λειτουργικής επιδείνωσης (Gheorghe et al., 2024· Torres et al., 2025).

Η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης αναδεικνύεται ως βασικός άξονας παρεμβάσεων που στοχεύουν στη διατήρηση της ανεξαρτησίας. Παρεμβάσεις που προάγουν την κοινωνική συμμετοχή και μειώνουν τη μοναξιά έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και στη μείωση της ευθραυστότητας (Ožić et al., 2020· Koh et al., 2024). Επιπλέον, η ύπαρξη υποστηρικτικών περιβαλλόντων φαίνεται να μετριάξει τις αρνητικές επιπτώσεις της ευθραυστότητας στην ικανοποίηση από τη ζωή, ενισχύοντας τη συνολική ευημερία (Chao et al 2025).

5.4 Επιπτώσεις για το ελληνικό σύστημα υγείας

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν σημαντικές προεκτάσεις για τον σχεδιασμό και την αναδιοργάνωση του ελληνικού συστήματος υγείας, ιδίως υπό το πρίσμα της δημογραφικής γήρανσης και της αυξανόμενης ανάγκης διατήρησης της λειτουργικής ανεξαρτησίας των ηλικιωμένων. Η ισχυρή διασύνδεση μεταξύ λειτουργικότητας, ψυχοκοινωνικών παραγόντων και ποιότητας ζωής υποδεικνύει ότι τα παραδοσιακά, νοσοκομειοκεντρικά μοντέλα φροντίδας δεν επαρκούν για την κάλυψη των σύγχρονων αναγκών. Αντιθέτως, απαιτείται μια μετατόπιση προς ολιστικά, κοινοτικά προσανατολισμένα μοντέλα, τα οποία ενσωματώνουν την πρόληψη, την έγκαιρη ανίχνευση και τη συνεχή παρακολούθηση της λειτουργικής ικανότητας. Η βιβλιογραφία καταδεικνύει ότι η ενίσχυση της εγγενούς ικανότητας αποτελεί κρίσιμο στόχο πολιτικών υγείας, καθώς συνδέεται άμεσα με μειωμένο κίνδυνο λειτουργικής έκπτωσης και

θνησιμότητας (Sánchez-Sánchez et al., 2024), γεγονός που καθιστά αναγκαία την ενσωμάτωσή της στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Η ανάγκη για συστηματική αξιολόγηση της λειτουργικότητας αναδεικνύεται ως βασικός άξονας βελτίωσης των υπηρεσιών. Η αξιοποίηση πολυδιάστατων εργαλείων που αποτυπώνουν την εγγενή ικανότητα σε σωματικό, γνωστικό και ψυχολογικό επίπεδο μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη ταυτοποίηση ατόμων υψηλού κινδύνου και στον σχεδιασμό εξατομικευμένων παρεμβάσεων (Cheong et al., 2022· Zhou & Ma, 2022).

Επιπλέον, δεδομένου ότι η εγγενής ικανότητα διαφοροποιείται από τη λειτουργική ικανότητα ως προς την προγνωστική της αξία, η ενσωμάτωσή της στην κλινική πρακτική μπορεί να ενισχύσει την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων και να μειώσει το κόστος μακροχρόνιας φροντίδας (Lee et al., 2023). Στο ελληνικό πλαίσιο, όπου η φροντίδα παραμένει σε μεγάλο βαθμό οικογενειοκεντρική, η ανάπτυξη δομών που υποστηρίζουν την αξιολόγηση και την ενίσχυση της λειτουργικότητας σε επίπεδο κοινότητας είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Τα ευρήματα που αφορούν τον ρόλο της κοινωνικής υποστήριξης και της μοναξιάς υπογραμμίζουν την ανάγκη ενσωμάτωσης ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων στις υπηρεσίες υγείας. Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά έχουν αναγνωριστεί ως παράγοντες που επιταχύνουν τη λειτουργική έκπτωση και την ευθραυστότητα (Goodarzi et al., 2024· Gheorghe et al., 2024), ενώ η κοινωνική ευθραυστότητα φαίνεται να επηρεάζει την εγγενή ικανότητα σε μεγαλύτερο βαθμό από καθαρά βιοϊατρικούς δείκτες (Huang et al., 2024). Συνεπώς, η ανάπτυξη προγραμμάτων που ενισχύουν την κοινωνική συμμετοχή, όπως κοινοτικές δραστηριότητες και υπηρεσίες κατ' οίκον φροντίδας, μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά και να μειώσει την επιβάρυνση του συστήματος υγείας. Παράλληλα, παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση της μοναξιάς έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης και στη μείωση της ευθραυστότητας (Ožić et al., 2020· Koh et al., 2024). Η προσαρμογή του συστήματος υγείας στις ανάγκες της γήρανσης απαιτεί διεπιστημονική συνεργασία και συντονισμό μεταξύ υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Η ύπαρξη υποστηρικτικών περιβαλλόντων έχει αποδειχθεί ότι μετριάξει τις επιπτώσεις της ευθραυστότητας στην ποιότητα ζωής, ενισχύοντας την αυτονομία και την ικανοποίηση από τη ζωή (Chao et al., 2025). Επιπλέον, η ενίσχυση της ανθεκτικότητας μέσω στοχευμένων παρεμβάσεων μπορεί

να συμβάλει στη διατήρηση της λειτουργικότητας και στη βελτίωση της προσαρμοστικότητας των ηλικιωμένων (Górska et al., 2021).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Κύρια συμπεράσματα

Καταρχάς, τα ευρήματα της παρούσας εμπειρικής διερεύνησης συγκλίνουν με ιδιαίτερη σαφήνεια προς την κατανόηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας ως μιας πολυεπίπεδης και δυναμικά διαμορφούμενης κατάστασης, η οποία δεν μπορεί να αποδοθεί μονοδιάστατα σε βιολογικούς δείκτες ή σωματική επάρκεια, αλλά αναδύεται μέσα από τη σύνθετη αλληλεπίδραση βιοφυσιολογικών, γνωστικών, ψυχολογικών και κοινωνικοπεριβαλλοντικών παραγόντων. Υπό αυτό το πρίσμα, η εμπειρικά τεκμηριωμένη συσχέτιση μεταξύ δεικτών λειτουργικότητας, υποκειμενικής ποιότητας ζωής και ψυχοκοινωνικών μεταβλητών υποδηλώνει ότι η διατήρηση της αυτονομίας στους ηλικιωμένους δεν αποτελεί στατική ιδιότητα, αλλά προϊόν συνεχούς προσαρμοστικής ισορροπίας μεταξύ εσωτερικών αποθεμάτων και εξωτερικών απαιτήσεων. Επιπλέον, η ισχυρή στατιστική συνάφεια που παρατηρήθηκε μεταξύ της αντιλαμβανόμενης ανεξαρτησίας και μεταβλητών όπως το νόημα ζωής, η κοινωνική συμμετοχή και η αίσθηση χρησιμότητας προς τους άλλους υπογραμμίζει ότι η λειτουργικότητα υπερβαίνει τη στενή έννοια της φυσικής ικανότητας, ενσωματώνοντας βαθύτερες υπαρξιακές και κοινωνιολογικές διεργασίες που σχετίζονται με την ταυτότητα και τη θέση του ατόμου στο κοινωνικό σύνολο. Τα ευρήματα αυτά εναρμονίζονται με πρόσφατες μετα-αναλυτικές προσεγγίσεις, οι οποίες τεκμηριώνουν ότι οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές, συμπεριλαμβανομένης της κοινωνικής ένταξης και της συναισθηματικής ευεξίας, εξηγούν σημαντικό ποσοστό της διακύμανσης της λειτουργικής ανεξαρτησίας, συχνά υπερβαίνοντας την ερμηνευτική ισχύ παραδοσιακών κλινικών μεταβλητών (Goodarzi et al., 2024).

Η έννοια της εγγενούς ικανότητας αναδεικνύεται ως κεντρικός αναλυτικός άξονας για την ερμηνεία των διαφοροποιήσεων στη λειτουργική πορεία των ηλικιωμένων, καθώς επιβεβαιώνεται εμπειρικά ότι το συνολικό απόθεμα σωματικών, γνωστικών και ψυχολογικών λειτουργιών λειτουργεί ως θεμελιώδης μηχανισμός πρόγνωσης της υγείας και της αυτονομίας. Ειδικότερα, η συστηματική συσχέτιση μεταξύ μειωμένων επιπέδων εγγενούς ικανότητας και αυξημένου κινδύνου λειτουργικής έκπτωσης και θνησιμότητας

επιβεβαιώνει τα ευρήματα διαχρονικών μετα-αναλύσεων, σύμφωνα με τα οποία η εγγενής ικανότητα παρουσιάζει ισχυρότερη προγνωστική ακρίβεια σε σχέση με δείκτες που βασίζονται αποκλειστικά στην εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (Sánchez-Sánchez et al., 2024). Παράλληλα, η διαφοροποίηση της εγγενούς ικανότητας από τη λειτουργική ικανότητα αποκτά ιδιαίτερη σημασία, καθώς η πρώτη αποτυπώνει το δυναμικό του οργανισμού να ανταποκρίνεται σε στρεσογόνους παράγοντες και όχι απλώς την παρούσα λειτουργική του κατάσταση, γεγονός που εξηγεί την αυξημένη ερμηνευτική της ισχύ ως προς μακροχρόνιες εκβάσεις υγείας (Lee et al., 2023). Η επιχειρησιακή αποτύπωση της εγγενούς ικανότητας σε πολλαπλά πεδία, όπως προκύπτει από σύγχρονες διαχρονικές μελέτες, ενισχύει περαιτέρω την κατανόηση της ως σύνθετου δείκτη που ενσωματώνει διαστάσεις κινητικότητας, γνωστικής λειτουργίας, ψυχικής υγείας και αισθητηριακής επάρκειας (Cheong et al., 2022), ενώ η εννοιολογική της εδραίωση ως βασικού πυλώνα της υγιούς γήρανσης επιβεβαιώνεται και από πρόσφατες θεωρητικές εξελίξεις στη γεροντολογία (Zhou & Ma, 2022). Συνεπώς, η λειτουργική ικανότητα δεν δύναται να εξεταστεί αποκομμένα, αλλά πρέπει να προσεγγίζεται ως αποτέλεσμα της δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ εσωτερικών βιολογικών αποθεμάτων και εξωτερικών περιβαλλοντικών συνθηκών, σε συμφωνία με το θεωρητικό πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Beard et al., 2016).

Ταυτόχρονα, ιδιαίτερη βαρύτητα αποκτά η κοινωνική διάσταση της γήρανσης, καθώς τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν με σαφήνεια ότι η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση λειτουργούν ως κρίσιμοι επιταχυντικοί παράγοντες της λειτουργικής έκπτωσης και της ευθραυστότητας. Συγκεκριμένα, η ύπαρξη ισχυρών αρνητικών συσχετίσεων μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και δεικτών ποιότητας ζωής επιβεβαιώνει ότι η αποδυνάμωση των κοινωνικών δικτύων συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα μετάβασης σε καταστάσεις εξάρτησης, ενισχύοντας έναν αυτοτροφοδοτούμενο φαύλο κύκλο επιδείνωσης (Jarach et al., 2020). Επιπροσθέτως, σύγχρονες αφηγηματικές και εμπειρικές ανασκοπήσεις καταδεικνύουν ότι η μοναξιά δεν αποτελεί απλώς συνοδευτικό φαινόμενο της γήρανσης, αλλά ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη ευθραυστότητας και λειτουργικής έκπτωσης, ακόμη και σε πληθυσμούς χωρίς σημαντικές παθολογικές επιβαρύνσεις (Gheorghe et al., 2024). Η

έννοια της κοινωνικής ευθραυστότητας αναδύεται, συνεπώς, ως κρίσιμος ενδιάμεσος μηχανισμός, μέσω του οποίου οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας επηρεάζουν άμεσα την εγγενή ικανότητα και, κατ' επέκταση, τη λειτουργική ανεξαρτησία. Εμπειρικά δεδομένα υποδεικνύουν ότι η επίδραση αυτή είναι δοσοεξαρτώμενη, με την αύξηση των επιπέδων κοινωνικής απομόνωσης να συνοδεύεται από αναλογική επιδείνωση της λειτουργικής κατάστασης (Huang et al., 2024). Επιπλέον, η δυναμική φύση της σχέσης μεταξύ κοινωνικής αλληλεπίδρασης και λειτουργικότητας επιβεβαιώνεται από μελέτες οικολογικής στιγμιαίας αξιολόγησης, οι οποίες καταδεικνύουν ότι ακόμη και βραχυχρόνιες μεταβολές στην κοινωνική δραστηριότητα δύνανται να επιφέρουν άμεσες μεταβολές σε δείκτες ευθραυστότητας (Kang et al., 2024), στοιχείο που αναδεικνύει την ανάγκη συνεχούς ενίσχυσης της κοινωνικής συμμετοχής ως στρατηγικής πρόληψης.

Τέλος, ιδιαίτερα κρίσιμη αναδεικνύεται η συμβολή της ψυχοκοινωνικής ανθεκτικότητας και των υποστηρικτικών περιβαλλόντων στη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας, καθώς η ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται σε απώλειες και περιορισμούς φαίνεται να λειτουργεί ως βασικός προστατευτικός μηχανισμός έναντι της λειτουργικής έκπτωσης. Η ανθεκτικότητα, όπως τεκμηριώνεται σε μετα-αναλυτικά δεδομένα, συνδέεται με αυξημένη πιθανότητα διατήρησης της αυτονομίας, μέσω της ενίσχυσης της αυτοαποτελεσματικότητας, της συμμόρφωσης σε υγιεινές συμπεριφορές και της διατήρησης ενεργού κοινωνικής συμμετοχής (Górska et al., 2021). Παράλληλα, παρεμβάσεις που στοχεύουν στη μείωση της μοναξιάς και στην ενίσχυση της κοινωνικής ένταξης παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική αποτελεσματικότητα στη μείωση των επιπέδων ευθραυστότητας και στη βελτίωση της λειτουργικής κατάστασης, όπως καταδεικνύεται σε τυχαιοποιημένες και ημιπειραματικές μελέτες (Ožić et al., 2020· Koh et al., 2024). Επιπροσθέτως, η ύπαρξη υποστηρικτικών φυσικών και κοινωνικών περιβαλλόντων φαίνεται να μετριάσει τις αρνητικές επιπτώσεις της ευθραυστότητας στην υποκειμενική ευημερία, λειτουργώντας ως ρυθμιστικός παράγοντας μεταξύ βιολογικών περιορισμών και ποιότητας ζωής (Chao et al., 2025). Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ενισχύουν την ανάγκη υιοθέτησης ολοκληρωμένων, πολυπαραγοντικών παρεμβάσεων, οι οποίες θα ενσωματώνουν όχι μόνο βιοϊατρικές, αλλά και ψυχοκοινωνικές

και περιβαλλοντικές διαστάσεις, με στόχο τη βιώσιμη διατήρηση της λειτουργικής ανεξαρτησίας και της ποιότητας ζωής στον γηράσκοντα πληθυσμό.

6.2 Θεωρητικές και πρακτικές προεκτάσεις

Στο πλαίσιο της θεωρητικής ερμηνείας, τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας ενισχύουν την αντίληψη ότι η γήρανση δεν μπορεί να προσεγγιστεί μονοδιάστατα, αλλά απαιτεί πολυεπίπεδη ανάλυση που ενσωματώνει τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ εγγενούς ικανότητας και περιβαλλοντικών συνθηκών. Ειδικότερα, η έννοια της εγγενούς ικανότητας, όπως έχει εξελιχθεί στη σύγχρονη βιβλιογραφία, λειτουργεί ως θεωρητικός πυρήνας που ενοποιεί τις σωματικές, γνωστικές και ψυχολογικές διαστάσεις της υγείας, επιτρέποντας μια πιο ολοκληρωμένη κατανόηση της λειτουργικής πορείας των ηλικιωμένων (Zhou & Ma, 2022). Η διαφοροποίησή της από τη λειτουργική ικανότητα, η οποία επηρεάζεται περισσότερο από εξωτερικούς παράγοντες, επιβεβαιώνει τη θεωρητική της αυτοτέλεια και την προγνωστική της αξία, ιδίως σε σχέση με τη θνησιμότητα και τη βιολογική γήρανση (Lee et al., 2023).

Παράλληλα, τα ευρήματα αναδεικνύουν ότι η λειτουργική ανεξαρτησία συγκροτείται ως αποτέλεσμα αλληλεπιδράσεων μεταξύ ψυχοκοινωνικών παραγόντων και βιολογικών αποθεμάτων, γεγονός που συνάδει με πρόσφατες μετα-αναλύσεις που τεκμηριώνουν τη σημασία της κοινωνικής συμμετοχής, της αυτοαποτελεσματικότητας και της συναισθηματικής ισορροπίας (Goodarzi et al., 2024). Επιπλέον, η ισχυρή συσχέτιση μεταξύ εγγενούς ικανότητας και κινδύνου λειτουργικής έκπτωσης ενισχύει τη θεωρητική θέση ότι η διατήρηση των εσωτερικών λειτουργικών αποθεμάτων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα υγιούς γήρανσης (Sánchez-Sánchez et al., 2024). Η προσέγγιση αυτή υποστηρίζεται και από πολυδιάστατα μοντέλα αξιολόγησης, τα οποία επιβεβαιώνουν ότι η λειτουργικότητα προκύπτει από τη συνεκτίμηση πολλαπλών τομέων υγείας (Cheong et al., 2022).

Από πρακτική σκοπιά, οι παραπάνω διαπιστώσεις συνεπάγονται την ανάγκη αναπροσανατολισμού των παρεμβάσεων υγείας προς πιο ολιστικά και προσωποκεντρικά μοντέλα φροντίδας. Συγκεκριμένα, η ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης και η μείωση της μοναξιάς προκύπτουν ως κρίσιμες στρατηγικές, δεδομένης της τεκμηριωμένης συσχέτισής τους με την ευθραυστότητα και τη λειτουργική επιδείνωση (Jarach et al., 2020).

Gheorghe et al., 2024). Επιπροσθέτως, η εφαρμογή παρεμβάσεων που στοχεύουν σε μη σωματικού τύπου ενισχύσεις, όπως ψυχοκοινωνικές και περιβαλλοντικές τροποποιήσεις, έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη διατήρηση της λειτουργικότητας (Koh et al., 2024), ενώ η ανάπτυξη υποστηρικτικών περιβαλλόντων δύναται να μετριάσει τις αρνητικές επιπτώσεις της ευθραυστότητας στην ευημερία (Chao et al., 2025).

6.3 Περιορισμοί της μελέτης

Κρίνεται απαραίτητο να επισημανθεί ότι η παρούσα μελέτη επηρεάζεται από τη μεθοδολογική ετερογένεια που χαρακτηρίζει τη σύγχρονη βιβλιογραφία σχετικά με την εγγενή ικανότητα και τη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων. Οι επιμέρους έρευνες που αξιοποιήθηκαν διαφοροποιούνται ως προς τα ερευνητικά σχέδια, τα δείγματα και τις μεθόδους ανάλυσης, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα άμεσης συγκρισιμότητας των αποτελεσμάτων. Ιδίως στις συστηματικές ανασκοπήσεις και μετα-αναλύσεις, η ποικιλομορφία των εργαλείων μέτρησης και των επιχειρησιακών ορισμών ενδέχεται να εισάγει μεροληψίες, επηρεάζοντας τη συνοχή των συμπερασμάτων (Goodarzi et al., 2024· Sánchez-Sánchez et al., 2024). Επιπλέον, η χρονική διάρκεια των διαχρονικών μελετών διαφέρει σημαντικά, με αποτέλεσμα να προκύπτουν αποκλίσεις στην εκτίμηση της εξέλιξης της λειτουργικής έκπτωσης και της θνησιμότητας (Lee et al., 2023). Ένας κρίσιμος περιορισμός αφορά τη μέτρηση σύνθετων εννοιών όπως η εγγενής ικανότητα, η κοινωνική ευθραυστότητα και η μοναξιά. Παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί στη δημιουργία πολυδιάστατων δεικτών, όπως ο λειτουργικός δείκτης εγγενούς ικανότητας, εξακολουθεί να υφίσταται έλλειψη πλήρους τυποποίησης (Cheong et al., 2022). Η διαφορετική επιχειρησιακή προσέγγιση των εννοιών αυτών οδηγεί σε πιθανές αποκλίσεις ως προς την αποτύπωση της πραγματικής κατάστασης των συμμετεχόντων, ιδιαίτερα όταν λαμβάνονται υπόψη πολιτισμικές και κοινωνικές διαφοροποιήσεις.

Αντίστοιχα, η υποκειμενική φύση της μοναξιάς και των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων καθιστά δύσκολη την ακριβή ποσοτικοποίησή τους, ακόμη και με σύγχρονες μεθόδους όπως η οικολογική στιγμιαία αξιολόγηση (Kang et al., 2024). Η γενικευσιμότητα των ευρημάτων περιορίζεται από τα χαρακτηριστικά των πληθυσμών που μελετώνται, οι οποίοι προέρχονται κυρίως από συγκεκριμένα κοινωνικοοικονομικά και πολιτισμικά

περιβάλλοντα. Η εφαρμογή των συμπερασμάτων σε διαφορετικά συστήματα υγείας ή κοινωνικές δομές, όπως το ελληνικό πλαίσιο, απαιτεί προσεκτική προσαρμογή, δεδομένων των διαφορών στην πρόσβαση σε υπηρεσίες, στην οικογενειακή υποστήριξη και στα πρότυπα φροντίδας (Ashikali et al., 2023). Παράλληλα, παράγοντες όπως το φύλο και οι κοινωνικοί προσδιοριστές της υγείας φαίνεται να επηρεάζουν διαφοροποιημένα την εγγενή ικανότητα και την εμπειρία της μοναξιάς, γεγονός που ενδέχεται να μην αποτυπώνεται πλήρως σε όλες τις μελέτες (Torres et al., 2025· Huang et al., 2024). Η πολυπαραγοντική φύση της ευθραυστότητας και της λειτουργικής έκπτωσης καθιστά δύσκολη την απομόνωση αιτιολογικών σχέσεων. Παρότι αναδεικνύονται σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης, ψυχικής υγείας και λειτουργικότητας, η κατεύθυνση αυτών των σχέσεων δεν είναι πάντοτε σαφής (Jarach et al., 2020· Gheorghe et al., 2024).

6.4 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η μελλοντική έρευνα καλείται να εστιάσει στην περαιτέρω αποσαφήνιση και τυποποίηση της έννοιας της εγγενούς ικανότητας, δεδομένης της ποικιλομορφίας που παρατηρείται στη μέτρησή της. Παρά τις σημαντικές προόδους στην ανάπτυξη πολυδιάστατων δεικτών, εξακολουθούν να υφίστανται διαφοροποιήσεις ως προς την επιχειρησιακή της αποτύπωση, γεγονός που δυσχεραίνει τη συγκρισιμότητα των μελετών και την ενοποίηση των αποτελεσμάτων (Cheong et al., 2022). Η εμβάθυνση σε ενοποιημένα θεωρητικά και μεθοδολογικά πλαίσια θα μπορούσε να ενισχύσει την αξιοπιστία των ερευνητικών δεδομένων, ενώ η συστηματική διερεύνηση των επιμέρους συνιστωσών της εγγενούς ικανότητας αναμένεται να συμβάλει στην ακριβέστερη κατανόηση της συμβολής τους στη λειτουργική πορεία των ηλικιωμένων (Zhou & Ma, 2022). Είναι αναγκαία η ανάπτυξη περισσότερων διαχρονικών και πειραματικών μελετών που θα επιτρέψουν την αιτιολογική διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ λειτουργικότητας, ψυχοκοινωνικών παραγόντων και υγείας. Οι υπάρχουσες μετα-αναλύσεις καταδεικνύουν ισχυρές συσχετίσεις, ωστόσο η κατεύθυνση αυτών των σχέσεων παραμένει σε ορισμένες περιπτώσεις ασαφής, γεγονός που περιορίζει τη δυνατότητα εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων για παρεμβατικές στρατηγικές (Sánchez-Sánchez et al., 2024· Goodarzi et al., 2024). Επιπλέον, η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας στοχευμένων παρεμβάσεων, τόσο σε επίπεδο

πρόληψης όσο και αποκατάστασης, θα μπορούσε να ενισχύσει τη μετάφραση της γνώσης σε πρακτικές εφαρμογές, ιδίως σε τομείς όπως η μείωση της μοναξιάς και η ενίσχυση της λειτουργικής ανεξαρτησίας (Koh et al., 2024· Ožić et al., 2020).

Η διερεύνηση διαφορών μεταξύ φύλου, κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και πολιτισμικού πλαισίου μπορεί να αναδείξει κρίσιμους μηχανισμούς που δεν έχουν ακόμη επαρκώς αποτυπωθεί (Huang et al., 2024· Torres et al., 2025). Επιπρόσθετα, η περαιτέρω μελέτη της σχέσης μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και ευθραυστότητας, με τη χρήση καινοτόμων μεθοδολογιών, όπως η οικολογική στιγμιαία αξιολόγηση, δύναται να προσφέρει πιο δυναμικά και ακριβή δεδομένα (Kang et al., 2024· Jarach et al., 2020). Συνοψίζοντας, οι μελλοντικές ερευνητικές κατευθύνσεις θα πρέπει να υιοθετήσουν ολιστικές και διεπιστημονικές προσεγγίσεις, ενσωματώνοντας τόσο βιοϊατρικές όσο και ψυχοκοινωνικές διαστάσεις της γήρανσης. Η ενίσχυση της ανθεκτικότητας, η βελτίωση των υποστηρικτικών περιβαλλόντων και η κατανόηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη λειτουργική ανεξαρτησία συνιστούν βασικούς άξονες για την ανάπτυξη αποτελεσματικών πολιτικών υγείας (Górska et al., 2021· Ashikali et al., 2023· Chao et al., 2025). Μια τέτοια προσέγγιση αναμένεται να συμβάλει ουσιαστικά στη διαμόρφωση στρατηγικών που θα προάγουν τη βιώσιμη και υγιή γήρανση σε διαφορετικά κοινωνικά πλαίσια.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ashikali, E.-M., Ludwig, C., Mastromauro, L., Périvier, S., Tholomier, A., Ioniță, I.-L., Graf, C., & Busnel, C. (2023). Intrinsic capacities, functional ability, physiological systems, and caregiver support: A targeted synthesis of effective interventions and international recommendations for older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), Article 4382. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054382>

Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J.-P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: A policy framework for healthy ageing. *The Gerontologist*, 56(Suppl. 2), S163–S166. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw037>

Cesari, M., Araujo de Carvalho, I., Thiagarajan, J. A., Cooper, C., Martin, F. C., Reginster, J.-Y., Vellas, B., & Beard, J. R. (2018). Frailty and intrinsic capacity: Two distinct but related constructs. *The Lancet*, 392(10148), 1016–1017. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31548-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31548-2)

Chao, K. K., Che, S., & Wong, K. K. (2025). Supportive environments moderate the relationship between frailty and life satisfaction in older adults: Evidence from the China Health and Retirement Longitudinal Study (CHARLS). *BMC Geriatrics*, 25, Article 150. <https://doi.org/10.1186/s12877-025-06696-w>

Cheong, C. Y., Yap, P., Nyunt, M. S. Z., Gao, Q., Gwee, X., Wee, S. L., Yap, K. B., & Ng, T. P. (2022). Functional health index of intrinsic capacity: Multi-domain operationalisation and validation in the Singapore Longitudinal Ageing Study (SLAS-2). *Age and Ageing*, 51(3), Article afac011. <https://doi.org/10.1093/ageing/afac011>

Ελληνική Στατιστική Αρχή [ΕΛΣΤΑΤ]. (2024). Δημογραφικά στοιχεία και κατανομή πληθυσμού της Ελλάδας. ΕΛΣΤΑΤ.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., & McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults:

Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology: Series A*, 56(3), M146–M156. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.m146>

Gheorghe, A.-C., Bălășescu, E., Hulea, I., Turcu, G., Amariei, M. I., Covaciu, A.-V., Apostol, C.-A., Asan, M., Badea, A.-C., Angelușiu, A.-C., Mihailescu-Marin, M.-M., Ion, D., & Nedelcu, R. (2024). Frailty and loneliness in older adults: A narrative review. *Geriatrics*, 9(5), Article 119. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9050119>

Goodarzi, Z., Mele, B., Roberts, D. J., & Holroyd-Leduc, J. (2024). Depression in older adults: A review. *JAMA*, 332(6), 480–490. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.9341>

Gobbens, R. J. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. G. A. (2010). Towards an integral conceptual model of frailty. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 14(3), 175–181. <https://doi.org/10.1007/s12603-010-0045-6>

Hoogendijk, E. O., Arai, H., Cheng, H.-M., Chhetri, J. K., Dent, E., Perez-Zepeda, M. U., Rodriguez-Manas, L., Theou, O., & Ferrucci, L. (2024). Frailty: A Lancet Commission. *The Lancet*, 404(10467), 2095–2140. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01339-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01339-4)

Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged: The Index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185(12), 914–919. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3_Part_1), 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_part_1.179

Lu, F., Cui, Y., Chen, W., Liu, Y., Lu, Y., & Chen, R. (2024). Longitudinal relationship between intrinsic capacity, depressive symptoms, and quality of life in community-dwelling older adults: A cross-lagged panel analysis. *Journal of Affective Disorders*, 351, 626–633. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.02.001>

Mavrodaris, A., Powell, J., & Thorogood, M. (2013). Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: A systematic review.

Bulletin of the World Health Organization, 91(10), 773–783.
<https://doi.org/10.2471/BLT.13.118422>

Moreno-Agostino, D., Caballero, F. F., Martin-Maria, N., Miret, M., Sanchez-Niubo, A., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2020). The trajectory of intrinsic capacity over time and its relationship with health and well-being: A longitudinal study. *The Lancet Healthy Longevity*, 1(2), e75–e82. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30018-8](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30018-8)

Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489–495. <https://doi.org/10.1503/cmaj.050051>

Santana, S., Szczygiel, N., & Ferrandiz, E. (2023). Health literacy and quality of life among older adults: A systematic review. *Health Promotion International*, 38(4), Article daad091. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad091>

Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: A clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2), 268–274. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x>

Taylor, L., & Beller, J. (2024). Frailty and social participation among community-dwelling older adults: A European longitudinal study. *Ageing & Society*, 44(2), 341–359. <https://doi.org/10.1017/S0144686X2200045X>

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division [UNDESA]. (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*. United Nations.

Vellas, B., Cesari, M., & The WHO Consortium. (2024). Implementing intrinsic capacity assessment in clinical practice: The ICOPE handbook approach. *The Journal of Frailty & Aging*, 13(1), 12–21. <https://doi.org/10.14283/jfa.2023.68>

World Health Organization [WHO]. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2017). Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2020). Decade of healthy ageing: Baseline report. World Health Organization.

World Health Organization [WHO]. (2023). Ageing and health: Fact sheet. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Zhou, Y., & Ma, Z. (2022). Physical frailty and psychological well-being in older adults: The mediating role of loneliness and the moderating role of social support. *Frontiers in Public Health*, 10, Article 889006. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.889006>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Η έρευνα διεξάγεται στο πλαίσιο εκπόνησης διπλωματικής εργασίας με τίτλο «Η εμπειρία της απώλειας λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας στην ηλικία 60 και άνω .Ψυχοκοινωνικές και υγειονομικές προσεγγίσεις», του Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.

Η συμμετοχή είναι εθελοντική, αλλά απαραίτητη για την ολοκλήρωση της μελέτης.

Οι απαντήσεις σας είναι ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.

Παραμένουμε στη διάθεσή σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Σας Ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας.

Ανδρικοπούλου Αγγελική
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια
Email aggelikandrikopoyloy@yahoo.gr

Παρακαλώ απαντήστε σύμφωνα με το πώς αισθανθήκατε τους τελευταίους έξι μήνες.

Κλίμακα απαντήσεων:

- 1 = Καθόλου / Πολύ κακή
- 2 = Λίγο / Κακή
- 3 = Μέτρια
- 4 = Πολύ / Καλή
- 5 = Πάρα πολύ / Άριστη

Δηλώνω υπεύθυνα ότι είμαι άνω των 18 και αποδέχομαι την συμμετοχή μου στην έρευνα, διατηρώντας το δικαίωμα να αποσυρθώ από τη διαδικασία της έρευνας σε οποιοδήποτε στάδιο της διεξαγωγής της.

ΕΝΟΤΗΤΑ 1 – Δημογραφικά στοιχεία

Φύλο
Ηλικία
Κατάσταση διαβίωσης
Εκπαίδευση
Οικονομική κατάσταση

ΜΕΡΟΣ Α – WHOQOL-BREF

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη φυσική σας κατάσταση;
2. Πόσο συχνά αισθάνεστε πόνο ή δυσφορία;
3. Πόσο συχνά νιώθετε κουρασμένος/η;
4. Έχετε αρκετή ενέργεια για την καθημερινότητά σας;

5. Πόσο καλά κοιμάστε;
6. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τον εαυτό σας;
7. Πόσο συχνά νιώθετε ευχαρίστηση για τη ζωή σας;
8. Πόσο συχνά έχετε αρνητικά συναισθήματα (άγχος, θλίψη, φόβο);
9. Πόσο καλά αποδέχεστε την εμφάνισή σας;
10. Έχετε την ικανότητα να συγκεντρώνεστε;
11. Είστε ικανοποιημένος/η από τις προσωπικές σας σχέσεις;
12. Έχετε αρκετή υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους σας;
13. Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στην καθημερινότητά σας;
14. Έχετε πρόσβαση στις απαραίτητες υπηρεσίες υγείας;
15. Είστε ικανοποιημένος/η από το περιβάλλον διαβίωσης σας;
16. Έχετε οικονομική επάρκεια για τις ανάγκες σας;
17. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις ευκαιρίες αναψυχής;
18. Πόσο εύκολη είναι η μετακίνησή σας;
19. Πώς αξιολογείτε την ποιότητα της ζωής σας γενικά;
20. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την υγεία σας γενικά;

ΜΕΡΟΣ Β – WHOQOL-OLD

22. Πόσο καλά μπορείτε να βλέπετε, να ακούτε ή να αισθάνεστε;
23. Πόσο σας περιορίζουν οι αισθητηριακές σας δυσκολίες;
24. Πόσο ανεξάρτητος/η αισθάνεστε;
25. Μπορείτε να παίρνετε μόνος/η σας αποφάσεις;
26. Πιστεύετε ότι έχετε τον έλεγχο της ζωής σας;
27. Είστε ικανοποιημένος/η με ό,τι έχετε καταφέρει;
28. Νιώθετε ότι η ζωή σας έχει ενδιαφέρον;
29. Πιστεύετε ότι έχετε μέλλον και στόχους;
30. Έχετε την ευκαιρία να συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες;
31. Πόσο συχνά νιώθετε κοινωνικά απομονωμένος/η;
32. Νιώθετε χρήσιμος/η στους άλλους;
33. Νιώθετε φόβο για τον θάνατο;

- 34. Σας απασχολεί το πώς θα πεθάνετε;
- 35. Αισθάνεστε ήρεμος/η όταν σκέφτεστε το τέλος της ζωής;
- 36. Νιώθετε ότι έχετε ανθρώπους να σας αγαπούν;
- 37. Είστε ικανοποιημένος/η από τη συναισθηματική σας σύνδεση με άλλους;
- 38. Νιώθετε μοναξιά;

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Σας ευχαριστούμε θερμά για τη συμμετοχή σας!

Οι απαντήσεις σας είναι απολύτως ανώνυμες και θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς.