



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

---

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Διερεύνηση του επιπέδου της σωματικής και ψυχικής υγείας  
των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στη Κω.**

Όνομα Μεταπτυχιακής Φοιτήτριας Παπαδοπούλου Ελισάβετ

Επαγγελματικός τίτλος Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Παραλίκας Θεοδόσιος, Επ. καθηγητής, Επιβλέπων Καθηγητής

Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επ. Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Μαλλιαρού Μαρία, Αναπλ. Καθηγήτρια, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

**Λάρισα, 2020**



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΓΕΝΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΛΑΡΙΣΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΣΤΗΝ «ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ»**

---

**Investigating the quality of physical and mental health  
of senior citizens living in the island of Kos.**

**Papadopoulou Elisavet**

## **Περιεχόμενα**

<b>Ευχαριστίες</b>	1
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b>	2
<b>ABSTRACT</b>	4
<b>Ευρετήριο Εικόνων – Πινάκων</b>	5
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b>	6
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Υγεία</b>	
1.1 Εννοιολογική προσέγγιση	11
1.2 Σύγχρονη θεώρηση - Ολιστική προσέγγιση της υγείας	12
1.3 Σωματική υγεία	15
1.4 Ψυχική υγεία	16
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Επίπεδο ζωής</b>	
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση του επιπέδου ζωής	19
2.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής	21
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής	22
2.4 Εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής	24

2.5 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής	25
2.6 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής	28
2.7 Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής	29

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Τρίτη ηλικία**

3.1 Εννοιολογική προσέγγιση	32
3.2 Τρόπος ζωής ηλικιωμένων	34
3.3 Προβλήματα σχετιζόμενα με τη σωματική υγεία κατά την τρίτη ηλικία	36
3.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την ψυχική υγεία κατά την τρίτη ηλικία	39

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία**

4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας	41
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	41
4.3 Σχεδιασμός της έρευνας	42
4.3.1 Δείγμα της έρευνας	43
4.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων	44
4.4 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας	45
4.5 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων	45
4.6 Προοπτικές της μελέτης	46

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα – Επεξεργασία**

5.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών	47
5.2 Αποτελέσματα	47

5.2.1 Περιγραφική ανάλυση των ηλικιωμένων της μελέτης	47
5.2.2 Επίπεδο Υγείας και παράμετροι	51
5.2.3 Επίπεδο Γενικής Υγείας των ηλικιωμένων και Συσχετίσεις	54
5.3 Περιορισμοί της μελέτης	60
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Συζήτηση</b>	62
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συμπεράσματα</b>	65
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ</b>	66
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>	
1. Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (Ε.Γ.Υ.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)	74
2. Ερωτηματολόγιο Κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών	77

## Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος «Ψυχικής Υγείας» του τμήματος Νοσηλευτικής. Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας διπλωματικής εργασίας, αισθάνομαι την υποχρέωση να ευχαριστήσω ορισμένους ανθρώπους με τους οποίους συνεργάστηκα και έπαιξαν σημαντικό ρόλο στην υλοποίησή της.

Πρώτο από όλους θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής εργασίας, Καθηγητή Παραλίκα Θεοδόσιο για την πολύτιμη καθοδήγησή του και την εμπιστοσύνη και την εκτίμηση που μου έδειξε.

Τις ευχαριστίες μου εκφράζω και στις καθηγήτριες Κοτρώτσιου Στυλιανή και Μαλλιάρου Μαρία.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω τους γονείς μου Δημήτρη και Ασημένια, καθώς και τον σύζυγό μου Νίκο, που με υπομονή και κουράγιο πρόσφεραν την απαραίτητη ηθική συμπαράσταση για την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Εισαγωγή:** Αν και η σύγχρονη πραγματικότητα με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχει διευρύνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων δεν εξασφαλίζει ότι επηρεάζει θετικά την ποιότητα της ζωής αυτών. Η ποιότητα ζωής ενός ατόμου περιγράφει την αντίληψη του αναφορικά με τις συνθήκες διαβίωσης του, με βάση τις αξίες και τις προσδοκίες του, και αποτυπώνει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών του. Η έννοια της ποιότητας της ζωής προσεγγίζεται κατά βάση υποκειμενικά και συνδέεται με διακριτές παραμέτρους για κάθε άτομο. Μια από τις κυριότερες από αυτές αποτελεί η παρουσία ενός συνολικά ικανοποιητικού επιπέδου υγείας.

**Σκοπός:** Η διατήρηση ενός αποδεκτού βιοτικού επιπέδου και η απόλαυση ενός υψηλού βαθμού φυσικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας αποτελούν θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ατόμου και σε κάθε στάδιο της ζωής του. Το γήρας συνιστά μια φυσική ηλικιακή ακολουθία η οποία αποτυπώνει ποικίλες αλλαγές και διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της λειτουργικότητας και της αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων και συνεπώς και της υγείας τους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας παρουσιάζουν πληθώρα αναγκών που προκύπτουν λόγω της αδυναμίας της φυσικής τους κατάστασης αλλά και λόγω των γενικότερων συνθηκών της ζωής τους, που περιλαμβάνουν οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους. Κύριο στόχο της παρούσας μελέτης αποτελεί η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

**Μεθοδολογία:** Στα πλαίσια αυτής προσεγγίσθηκαν ηλικιωμένα άτομα που έχουν ως τόπο διαμονής τους το νησί της Κω και συνολικά συμμετείχαν 101 ηλικιωμένοι. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να αξιολογηθεί το επίπεδο της υγείας των συμμετεχόντων ήταν το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28)* (*General Health Questionnaire--GHQ-28*).

**Αποτελέσματα:** Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων οδήγησε σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα. Ένα σύνολο διαφορετικών παραγόντων όπως είναι το μηνιαίο εισόδημα, ο τόπος διαμονής αλλά και η παρουσία οικογένειας, σχετίζεται σημαντικά με την εικόνα του επιπέδου ζωής των ηλικιωμένων.

**Συμπεράσματα:** Η ηλικία δυσχεραίνει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα των ασθενών και ειδικότερα το επίπεδο της σωματικής τους υγείας. Παράμετροι όπως είναι η οικογένεια και το εισόδημα επίσης συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση αυτού. Κρίνεται επομένως καίρια η παροχή κατάλληλης στήριξης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων.

**Λέξεις κλειδιά:** ποιότητα ζωής, σωματική υγεία, ψυχική υγεία, τρίτη ηλικία, ηλικιωμένοι.



## ABSTRACT

**Introduction:** Although the scientific and technological achievements of the contemporary age have led to the expansion of the expected lifetime, it seems obscure if they simultaneously affected positively the quality of life. The quality of life depicts an individual's perception about his life context, based on personal principals and expectations, and therefore presents the degree of satisfaction regarding multiple physical, mental, psychological and social needs. This notion is perceived subjectively and seems connected with discrete aspects of a person's life. The presence of an elevated level of health consists an essential parameter leading towards the achievement of a standard quality of life.

**Purpose:** Maintaining an adequate quality of life and enjoying a high degree of physical, mental and psychological health are considered as basic human rights and should be satisfied at every stage of a human's life. Old age follows during the natural pace of life and is accompanied by multiple changes in the level of function and self-preservation of individuals and consequently of their health. The elderly present a variety of needs that arise due to their physical incapacity and additionally due to general circumstances of their life that include economic, social and environmental parameters. The main focus of the present study is to investigate the factors that affect the quality of life of the elderly.

**Methodology:** In its context senior citizens living in the island of Kos were approached and 101 participated in the present research. The *General Health Questionnaire-GHQ-28* was distributed in order to investigate the quality of health of the participants.

**Findings:** The statistical analysis of the data presented interesting results. Multiple discrete factors such as monthly income, state of residence and the presence of family bonds, are statistically associated with the notion of quality of life of the elderly.

**Conclusion:** Age places a huge burden upon the life of the elderly especially regarding the level of their physical health. Factors such as marital status and income also seem to strongly affect their state of living. It is essential to offer proper support to the

elderly in order to ameliorate their quality of life.

**Keywords:** quality of life, physical health, psychological health, old age, elderly.

## Ευρετήριο Εικόνων - Πινάκων

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά	49
Πίνακας 2: Ηλικίες ηλικιωμένων που συμμετείχαν	51
Πίνακας 3: Ηλικία και έλεγχος συσχετίσεων	55
Πίνακας 4: Εκπαίδευση και έλεγχος συσχετίσεων	56
Πίνακας 5: Κατοικία και έλεγχος συσχετίσεων	57
Πίνακας 6: Οικογενειακή Κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων	58
Πίνακας 7: Μηνιαίο Εισόδημα και έλεγχος συσχετίσεων	58
Πίνακας 8: Τόπος Διαμονής και έλεγχος συσχετίσεων	59
Πίνακας 9: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων	60

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ως ‘υγεία’ περιγράφεται η πλήρης κατάσταση ευεξίας στο σωματικό, πνευματικό και ψυχικό τομέα, και όχι απλώς η απουσία εκδήλωσης ασθένειας. Πρόκειται για δυναμική κατάσταση η οποία εντοπίζεται να είναι εξαρτημένη από ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσει με αυτό ενώ ταυτόχρονα αποτελεί μέγεθος με πολύπλοκα ποσοτικά απόλυτα χαρακτηριστικά (Lerner, 2019). Οι προσπάθειες ολιστικής προσέγγισης του όρου αποκαλύπτουν μια πληθώρα ορισμών. Ανάμεσα σε αυτούς εντοπίζεται ο *αρνητικός ορισμός* ως απουσία συμπτωμάτων νόσου, ο *λειτουργικός ορισμός* ως σύνολο σωματικών και φυσικών ικανοτήτων, ο *κοινωνικο-ψυχολογικός ορισμός* ως η ικανότητα άσκησης ρόλων και ο *ολιστικός ορισμός* ως η θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Sorensen, 2012).

Η σωματική υγεία αποτελεί την πιο εμφανή διάσταση σε ότι αφορά την υγεία. Η έννοια της σωματικής υγείας συνάδει με τη φυσική κατάσταση του ατόμου, την φυσική του ευεξία και την απουσία οργανικής νόσου με αντίκτυπο στις φυσιολογικές σωματικές του λειτουργίες (Scheier & Carver, 2018). Συνδέεται με την ελαχιστοποίηση της εκδήλωσης νοσημάτων και επιπρόσθετα αναφέρεται στην παρουσία ενός ικανοποιητικού επιπέδου φυσικής κατάστασης το οποίο και επιτρέπει την ανάπτυξη και την ευημερία του ατόμου (Hausman, 2012). Σε μια προσπάθεια σφαιρικής της αντιμετώπισης, η σωματική υγεία εξετάζεται σε συνδυασμό με τη φυσική δραστηριότητα και την ικανότητα του ατόμου να καλύπτει το σύνολο των φυσικών του αναγκών και να τροποποιεί τις λειτουργίες του ώστε να επιβιώσει σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Dussault & Gagné-Julien, 2015). Η μετάβαση από τα διάφορα ηλικιακά στάδια συνοδεύεται από πληθώρα αλλαγών στο σώμα και στις δυνατότητες του ατόμου. Με το πέρας της ηλικίας και τη μετάβαση στην τρίτη ηλικία τα σωματικά προβλήματα εντείνονται και η σωματική υγεία του ατόμου βάλλεται αποκαλύπτοντας τη σαφή αποδυνάμωση των λειτουργιών του (Garson & Piccinini, 2013).

Η ψυχική υγεία ορίζεται ως κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητες του και αντιμετωπίζει με επιτυχία τα

καθημερινά προβλήματα της ζωής λειτουργώντας παραγωγικά εντός του κοινωνικού συνόλου. Η παρουσία ψυχικής υγείας καθορίζεται από μια πληθώρα παραμέτρων, τόσο εσωτερικών ατομικών όσο και εξωτερικών περιβαλλοντικών ενώ η διασφάλιση της πραγματοποιείται τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Kiefer, 2008). Η ψυχική υγεία περιγράφει την κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση στην οποία περιέρχεται το άτομο και αποτυπώνει την ισορροπία που εντοπίζεται στους ποικίλους τομείς της καθημερινότητας του οπότε και αποτελεί προαπαιτούμενο για κάθε στάδιο στη ζωή του. Η ψυχική υγεία διαταράσσεται με το πέρασμα των ετών καθώς το άτομο νιώθει να καταβάλλεται από την ένταση και τις δυσκολίες της ζωής και ιδίως στην τρίτη ηλικία η αποδυνάμωση των ψυχικών ικανοτήτων του ατόμου είναι εμφανής (Brazier et al., 2014).

Ως *‘επίπεδο ζωής’* ή αλλιώς *‘ποιότητα ζωής’* ορίζεται η αντίληψη του ατόμου για τις συνθήκες διαβίωσης του με βάση τις αξίες, τους στόχους, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες του η οποία αντικατοπτρίζει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών του και επομένως επιτυγχάνεται διαμέσου της αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων. Αφορά ένα σύμπλεγμα παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργικότητας που καλύπτουν τις διαστάσεις της φυσικής ευεξίας, της πνευματικής υγείας, της ψυχικής ισορροπίας και της κοινωνικής προσαρμογής (Gómez et al., 2016).

Η έννοια της ποιότητας της ζωής προσεγγίζεται κατά βάση υποκειμενικά καθώς συνδέεται με διακριτές παραμέτρους για κάθε άνθρωπο. Οι αντιλήψεις και τα κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα της ζωής ποικίλουν και δύναται να μεταβάλλονται με το χρόνο οπότε παρουσιάζονται διαφορετικά ανάλογα με τη συγκεκριμένη φάση της ζωής του. Η ποιότητα της ζωής παρουσιάζει επομένως ευρεία διακύμανση ανάλογα με τις προσωπικές πεποιθήσεις και το στάδιο της ζωής του κάθε ατόμου (Cherapanon et al., 2010). Επιπρόσθετα η ποιότητα της ζωής αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια με τρεις κυρίαρχες αλληλοεξαρτώμενες διαστάσεις, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία και παρότι βασική προϋπόθεση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής θεωρείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διασφάλιση της σωματικής υγείας, η ολιστική προσέγγιση της έννοιας υποδεικνύει την σπουδαιότητα και των τριών διαστάσεων (Cunillera et al., 2010).

Η παρουσία ενός συνολικά ικανοποιητικού επιπέδου υγείας θεωρείται ως μια από τις κυριότερες παραμέτρους για την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου ποιοτικής ζωής. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, την ευημερία και την ευεξία του ατόμου και περιγράφει την προσωπική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί αγαθό το οποίο συνδέεται με την διάρκεια της ζωής και οδηγεί σε σημαντικά ευρήματα ανάλογα όχι μόνο με το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης αλλά κυρίως με την ποιότητα των ετών αυτών (Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Η σύγχρονη πραγματικότητα με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχει διευρύνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων. Παραμένει όμως αμφίβολο το κατά πόσο έχει επηρεάσει θετικά την ποιότητα της ζωής αυτών. Η εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής έχει αποκτήσει συνεπώς αυξημένη σημασία και επιχειρείται ο υπολογισμός της με τη βοήθεια συγκεκριμένων δεικτών και εργαλείων. Τα εργαλεία που επιστρατεύονται στη μέτρηση της ποιότητας ζωής επιλέγονται με βάση τους παράγοντες που καλούνται να αξιολογηθούν αλλά και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων των οποίων το επίπεδο ζωής μελετάται. Οι τομείς που εξετάζονται κατά βάση είναι η σωματική λειτουργικότητα, η κοινωνική δραστηριοποίηση και συμμετοχή, η συναισθηματική ισορροπία και η προσωπική αντίληψη για την ζωή. Το γεγονός ότι κάθε άτομο διαμορφώνει την προσωπική του οπτική αναφορικά με το επίπεδο της ζωής του εγείρει ποικίλες προσεγγίσεις και τρόπους αξιολόγησης αυτής ενώ επιχειρείται η ολιστική θεώρηση του όρου (Joshi, Song & Lee, 2017).

Το γήρας αποτελεί μια φυσική ηλικιακή ακολουθία η οποία αποτυπώνει ποικίλες αλλαγές και διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της λειτουργικότητας και της αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων. Τα ορατά σημεία της γήρανσης δεν αφορούν αποκλειστικά σωματικές μεταβολές αλλά η επενέργεια τους γίνεται αντιληπτή γενικότερα σε ότι αφορά την αντοχή του ατόμου, την κριτική του ικανότητα αλλά και την άνεση του κατά τη διαχείριση κρίσεων και τη λήψη αποφάσεων (Ponnaiyan, Harinath & Dhayanand, 2019). Τα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία παρουσιάζουν ιδιαίτερες ανάγκες οι οποίες καθορίζονται τόσο από την αδυναμία της φυσικής τους κατάστασης όσο και λόγω των γενικότερων συνθηκών της ζωής τους που περικλείουν οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους (Błachnio, 2011).

Η διατήρηση ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου και η απόλαυση ενός υψηλού, κατά το δυνατό, βαθμού φυσικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας αποτελούν θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ατόμου και σε κάθε στάδιο της ζωής του. Η υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου αναφορικά με την ποιότητα της ζωής του εντοπίζεται και στην περίπτωση των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Στα άτομα αυτά ο παράγοντας της υγείας φαίνεται να οριοθετεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής ίσως σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με νεότερες ηλικίες (Bai, Yang & Knapp, 2018). Στην ουσία η ποιότητα της ζωής στην τρίτη ηλικία αποτελεί ένα συγκερασμό των παραμέτρων της υγείας, της κάλυψης βασικών αναγκών και της ανεξάρτητης και αυτόνομης λειτουργικότητας. Ταυτόχρονα η επιθυμία των ηλικιωμένων ατόμων να διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής συχνά εντοπίζεται εντονότερη σε σχέση με άλλες ηλικιακές βαθμίδες κυρίως λόγω της έκπτωσης των λειτουργιών τους αλλά και της ανασφάλειας που διαισθάνονται σε σχέση με την εκδήλωση σοβαρών νοσημάτων αλλά και με την πιθανότητα του θανάτου (Błachnio, 2011).

Η παρούσα εργασία εξετάζει την ποιότητα της ζωής ηλικιωμένων ατόμων και ειδικότερα το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αποτυπώνουν τις μεταβολές που εντοπίζονται λόγω ηλικίας σε άτομα άνω των 65 ετών, όπως αυτές κρίνονται από τους ίδιους. Ταυτόχρονα καταγράφονται οι κοινωνικές και δημογραφικές συσχετίσεις αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών. Στόχο της εργασίας αποτελεί ο καθορισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας των ατόμων, οι οποίες τροποποιούνται εξαιτίας της ηλικίας τους, προκειμένου να εντοπισθούν οι πιθανοί μηχανισμοί προστασίας της σωματικής και ψυχικής τους υγείας και συνεπώς να διασφαλισθεί η κατάκτηση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

Στο Κεφάλαιο 1 εξετάζεται η έννοια της υγείας και επιχειρείται η ολιστική προσέγγιση του όρου. Παράλληλα περιγράφονται αναλυτικά οι έννοιες της σωματικής και ψυχικής υγείας.

Στο Κεφάλαιο 2 προσεγγίζεται η έννοια του επιπέδου ζωής και εξετάζονται οι διαστάσεις αυτού. Ταυτόχρονα παρουσιάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο

δο ζωής ενός ατόμου και παρατίθενται οι τεχνικές και τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την εκτίμηση αυτού. Επιπλέον αναλύονται η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής καθώς και οι τρόποι εκτίμησης αυτής.

Στο Κεφάλαιο 3 περιγράφονται τα χαρακτηριστικά και ο τρόπος ζωής των ατόμων στην τρίτη ηλικία καθώς και το σύνολο των προβλημάτων που σχετίζονται τόσο με τη σωματική όσο και με την ψυχική υγεία αυτών.

Βασιζόμενη στα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, η παρούσα μελέτη καταλήγει σε ενδιαφέροντα συμπεράσματα αναφορικά με την ποιότητα της ζωής των ατόμων κατά την τρίτη ηλικία. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής αποτελεί σαφώς μια υποκειμενική θεώρηση με πολλαπλές διαστάσεις η οποία όμως διαμορφώνεται βασιζόμενη στη σωματική και φυσική υγεία του ατόμου καθώς και στην ψυχική και στην πνευματική του κατάσταση. Η ηλικία επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου και η απώλεια ελέγχου βασικών σωματικών, πνευματικών και ψυχικών λειτουργιών καθορίζει τη διαμόρφωση του επιπέδου διαβίωσης. Κρίνεται συνεπώς ενδιαφέρουσα η περαιτέρω μελέτη των παραμέτρων της καθημερινότητας που επηρεάζονται λόγω της ηλικίας με στόχο την βέλτιστη κατανόηση αυτών και κατά συνέπεια την επιλογή κατάλληλων παρεμβατικών στρατηγικών για τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 Υγεία

### 1.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η ‘υγεία’ δύναται να ορισθεί, σε ένα γενικότερο πλαίσιο, ως η απουσία νόσου. Σε μια προσπάθεια ακριβέστερης εννοιολογικής προσέγγισης ορίζεται ως η πλήρης κατάσταση ευεξίας στο σωματικό, πνευματικό και ψυχικό τομέα, και όχι απλώς η απουσία εκδήλωσης ασθένειας. Επιχειρείται δηλαδή η ερμηνεία της έννοιας δίχως να συνδέεται στενά με αυτή της ασθένειας αλλά αντίθετα δίνεται έμφαση στην φυσική, πνευματική και ψυχική ευημερία του ατόμου. Πρόκειται επομένως για θετικό ορισμό της έννοιας στον οποίο δίνεται έμφαση στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών (Lerner, 2019).

Κατά συνέπεια η υγεία δεν αφορά αποκλειστικά την απουσία ασθένειας αλλά συνεπάγεται την πλήρη φυσική, πνευματική και ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου. Αποτελεί μια δυναμική κατάσταση όπου ο άνθρωπος παρουσιάζει την ικανότητα να αντιμετωπίζει τα προβλήματα και τις πιθανές διαταραχές στις ισορροπίες που απαντά στην καθημερινότητα του και μέσω των οποίων διαμορφώνει τις συνθήκες διαβίωσης του. Κάθε άτομο επιχειρεί να εντοπίσει ποικίλους τρόπους προκειμένου να επιτύχει την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση πιθανής εκδήλωσης νόσου ή ανικανότητας (Ereshfsky, 2009).

Στην πράξη η ικανοποιητική και πλήρης εννοιολογική προσέγγιση του όρου ‘υγεία’ καθίσταται σχετικά δύσκολη, παρότι ο ορισμός της έννοιας ‘ασθένεια’ θεωρείται σχετικά εύκολος. Οι σύγχρονες προσεγγίσεις του όρου αντικατοπτρίζουν την πολυδιάστατη θεώρηση της έννοιας και αποκαλύπτουν ότι η υγεία αφορά ένα φαινόμενο με έντονη δυναμικότητα ενώ ταυτόχρονα αποτελεί μέγεθος με πολύπλοκα ποσοτικά απόλυτα χαρακτηριστικά (Täljedal, 2004; Schramme, 2007).

## 1.2 Σύγχρονη θεώρηση - Ολιστική προσέγγιση της υγείας

Η υγεία συνιστά κατάσταση η οποία εντοπίζεται να είναι εξαρτημένη από ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσει με αυτό. Η παρουσία υγείας θεωρείται ως μια από τις κυριότερες παραμέτρους για την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου ευτυχισμένης και ποιοτικής ζωής (Sorensen, 2012).

Η θεώρηση της κατά τη διάρκεια της ιστορίας παρουσιάζει βασικές διαφοροποιήσεις αλλά κύριο και σταθερό στοιχείο της εννοιολογικής της προσέγγισης αποτέλεσε σε κάθε περίπτωση ο ορισμός της ως μια μορφή αρμονικής ισορροπίας ανάμεσα στο άτομο και στο περιβάλλον εντός του οποίου ζει και αναπτύσσεται. Συνεπώς παρά τις διαφορές που εντοπίζονται στον ορισμό της έννοιας υφίσταται μια κοινή βάση αυτών (Subbarayappa, 2001; Nordenfelt, 2007).

Η περιγραφή του όρου όμως ως η επίτευξη μιας κατάστασης πλήρους σωματικής, πνευματικής και ψυχοκοινωνικής ευεξίας αποτελεί στην πράξη ένα στόχο παρά την σαφή επεξήγηση του όρου. Σαφώς προκύπτει ότι η διαμόρφωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού αποτελεί πρόκληση (Kingma, 2007). Βέλτιστη απόπειρα καθορισμού της έννοιας αποτελεί ο ορισμός της ως η κατάσταση όπου το άτομο έχει την ικανότητα να υπερβεί κάθε πιθανή διαταραχή ισορροπίας σε ότι αφορά τις πτυχές της διαβίωσης του και συνεπώς η δυνατότητα του να διαμορφώσει νέες αξίες συμπεριφοράς (Schramme, 2007).

Η αντίληψη ότι η υγεία δεν αποτελεί απλώς τον αντίθετο όρο της ασθένειας βασίζεται στην αποδοχή ότι περιλαμβάνει πρόσθετες έννοιες όπως είναι η ευεξία και η ευημερία. Κατά τον ολοκληρωμένο προσδιορισμό του όρου είναι σημαντικό να γίνει κατανοητή η αλληλεξάρτηση που υφίσταται ανάμεσα σε βιολογικούς, πνευματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες οι οποίοι ενεργούν σε κάθε στιγμή στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Subbarayappa, 2001). Η έννοια της υγείας επομένως συσχετίζεται στενά με την έννοια της πληρότητας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το κάθε άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του, τις δυνατότητες του, τις πεποιθήσεις του και τις ισχύουσες κοινωνικο-πολιτικές αξίες που υιοθετεί (Nordenfelt, 2007).

Κατά συνέπεια οι προσπάθειες ολιστικής προσέγγισης του όρου αποκαλύπτουν μια πληθώρα ορισμών. Ανάμεσα σε αυτούς εντοπίζεται ο *αρνητικός ορισμός* ως απουσία συμπτωμάτων νόσου, ο *λειτουργικός ορισμός* ως σύνολο σωματικών και φυσικών ικανοτήτων, ο *κοινωνικο-ψυχολογικός ορισμός* ως η ικανότητα άσκησης ρόλων και ο *ολιστικός ορισμός* ως η θετική κατάσταση πλήρους σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (Lerner, 2019). Το σύνολο των διαφορετικών προσεγγίσεων αλληλεπιδρά και συνθέτει την ολική εικόνα του όρου και επιτυγχάνει το συσχετισμό του με τις ποικίλες κοινωνικές και περιβαλλοντικές μεταβλητές καθώς και με τις διασυνδέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ τους (Lindström, Moghaddassi & Merlo, 2004).

Κατά την προσπάθεια *κοινωνικής προσέγγισης* του όρου γίνεται αντιληπτό ότι τόσο η έννοια της υγείας όσο και της ασθένειας εκφράζονται μέσω των σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο με το κοινωνικό σύνολο. Είναι αποδεκτό ότι η εκδήλωση νόσου αποτελεί διαταραχή των βιολογικών λειτουργιών του ατόμου αλλά και των κοινωνικών του δράσεων (Holm, 2014). Η κοινωνική προσέγγιση στη διαμόρφωση των εννοιών αυτών εντοπίζεται κυρίως στον καθορισμό των αντίστοιχων ορίων ανάμεσα στο τι θεωρείται φυσιολογικό και τι παθολογικό. Τόσο η διατύπωση της έννοιας του ‘φυσιολογικού’ όσο και της έννοιας του ‘παθολογικού’ διαμορφώνονται με βάση κοινωνικά και ιδεολογικά δεδομένα που ισχύουν στο εκάστοτε περιβάλλον (Nordenfelt, 2007). Στην πλειονότητα των κοινωνιών το φυσιολογικό και αντίστοιχα το παθολογικό ορίζονται με βάση την παραγωγικότητα του ατόμου και την ικανότητα του ή μη για εργασία. Σε περιπτώσεις που γίνεται αναφορά σε εργασία χειρωνακτικής φύσης, ιδιαίτερα σε προγενέστερες χρονικές περιόδους, τα όρια της υγείας και άρα και του παθολογικού προσδιορίζονταν με βάση τη σωματική αντοχή και ειδικότερα τη μυϊκή δύναμη (Kingma, 2007; Hausman, 2012). Στην πορεία και με τη μετάβαση από το χειρωνακτικό τύπο εργασίας στον κατά βάση νοητικό αναδείχθηκε η ανάλογη σημασία των πνευματικών και ψυχικών δυνατοτήτων του ατόμου (Schramme, 2007).

Η *πολιτισμική προσέγγιση* προσδίδει διαφορετικές εννοιολογικές διαστάσεις στο θέμα της υγείας. Ανάλογα με το πολιτισμικό υπόβαθρο η ασθένεια είναι δυνατό να αντιμετωπισθεί ως μειονέκτημα, βλάβη, χάρισμα, αμαρτία ή ακόμη και θεϊκή παρέμβαση. Συχνά θεωρείται ότι η πολιτισμική ανάπτυξη και η τεχνολογική εξέλιξη

επέφερε την αύξηση των επιπέδων νοσηρότητας, παρά το ασυμβίβαστο της θεώρησης αυτής. Είναι όμως γενικά αποδεκτό ότι η απομάκρυνση του ανθρώπου από τη φύση και η απουσία δραστηριοποίησης αποτελούν κύριες αιτίες εκδήλωσης παθολογικών συμπτωμάτων (Holm, 2013). Η νωθρότητα και η έλλειψη άσκησης που προωθεί ο σύγχρονος τρόπος ζωής επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα υγείας του πληθυσμού. Η διεύρυνση της θεώρησης της υγείας με την προσθήκη ψυχολογικών και κοινωνικο-οικονομικών διαστάσεων στον όρο επέτρεψε τον εντοπισμό της επιρροής του σύγχρονου τρόπου διαβίωσης στην υγεία του ατόμου (Baker, 2006). Η ασθένεια αποτυπώνει την ανικανότητα αποδοτικής εκτέλεσης λειτουργιών που αφορούν την διαβίωση του ατόμου και άρα την εξασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής (Sorensen, 2012).

Σε ότι αφορά την *οικονομική προσέγγιση* του όρου η έννοια της υγείας με εκείνη της οικονομίας είναι άρρηκτη. Υφίσταται αντιστοιχία ανάμεσα στα επίπεδα οικονομικής ευρωστίας με εκείνα της υγείας. Σε παγκόσμιο επίπεδο οι διαφοροποιήσεις που εντοπίζονται στους δείκτες υγείας οφείλονται κατά κύριο λόγο σε οικονομικούς παράγοντες. Η αύξηση των οικονομικών πόρων επιτρέπει την διασφάλιση υγιεινών συνθηκών ζωής καθώς συνεπάγεται την εξασφάλιση επαρκούς διατροφής, καθώς και γενικότερων συνθηκών διαβίωσης. Ταυτόχρονα η παρουσία υψηλών επιπέδων υγείας συνεπάγεται την αυξημένη παραγωγικότητα του ατόμου και άρα την οικονομική του εξασφάλιση (Lindström, Moghaddassi & Merlo, 2004).

Σύμφωνα με την *ολιστική προσέγγιση* του όρου η υγεία αποτυπώνει την ικανότητα του ατόμου να ανταπεξέλθει στις ανάγκες του. Το άτομο είναι υγιές όταν έχει τη δυνατότητα να επιτυγχάνει το σύνολο των στόχων ζωτικής σημασίας τους οποίους θέτει καθώς βιώνει και αναπτύσσεται κάτω από καθορισμένες συνθήκες (Subbarayappa, 2001). Επομένως η κατάσταση πλήρους υγείας μπορεί να γίνει αντιληπτή μέσα από την παρουσία μιας δυναμικής ισορροπίας ανάμεσα σε ατομικά και περιβαλλοντικά συστήματα στην καθημερινότητα ενός ατόμου. Η χρήση του όρου 'δυναμική' ισορροπία κρίνεται κατάλληλη καθώς δεν αποτελεί μια σταθερή και αμετάβλητη κατάσταση αλλά αντίθετα μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια του χρόνου (Täljedal, 2004). Η επαναφορά της ισορροπίας έπειτα από μια σημαντική έκπτωση της δεν είναι πάντα εφικτή, αφού καθορίζεται από ένα πλήθος παραγόντων όπως είναι η πρότερη

κατάσταση του ατόμου, η παροχή ιατροφαρμακευτικής φροντίδας και η κοινωνική υποστήριξη. Ο βαθμός υγείας επομένως ενός ατόμου ή ενός συνόλου δεν είναι δυνατό να προσδιορισθεί μόνιμα, αντίθετα ο καθορισμός του αφορά μια συγκεκριμένη περίοδο (Kingma, 2007).

### 1.3 Σωματική υγεία

Η έννοια της σωματικής υγείας συνάδει με τη φυσική κατάσταση του ατόμου, την φυσική του ευεξία και την απουσία οργανικής νόσου με αντίκτυπο στις φυσιολογικές σωματικές του λειτουργίες. Η σωματική ευεξία έχει συνδεθεί με την έννοια της φυσικής λειτουργικότητας και των σωματικών ικανοτήτων του ατόμου (Scheier & Carver, 2018).

Η σωματική υγεία αποτελεί την πιο εμφανή διάσταση σε ότι αφορά την υγεία. Συγκεκριμένα συνδέεται με την ελαχιστοποίηση της εκδήλωσης νοσημάτων ενώ ταυτόχρονα εμπεριέχει την παρουσία ενός ικανοποιητικού επιπέδου φυσικής κατάστασης το οποίο και επιτρέπει την ανάπτυξη και την ευημερία του ατόμου (Hausman, 2012). Η κατάσταση της σωματικής υγείας είναι κατά βάση ένας συνδυασμός παραγόντων που αναφέρονται στις διατροφικές συνήθειες, στις συνθήκες διαβίωσης καθώς και στην άσκηση και στη συμμετοχή σε φυσικές δραστηριότητες (Holm, 2014).

Σε μια προσπάθεια σφαιρικής αντιμετώπισης του όρου εξετάζεται σε συνδυασμό με τη φυσική δραστηριότητα και την ικανότητα του ατόμου να καλύπτει το σύνολο των φυσικών του αναγκών και να τροποποιεί τις λειτουργίες του προκειμένου να επιβιώσει σε ένα συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον (Dussault & Gagné-Julien, 2015). Είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ψυχική υγεία και πιθανή έκπτωση στις εκδηλώσεις της επιφέρουν παράλληλες επιβαρυντικές επιδράσεις στην ψυχική ισορροπία του ατόμου (Scheier & Carver, 2018).

Η μετάβαση από την παιδική, στην εφηβική και την ενήλικη ζωή συνοδεύεται από πληθώρα αλλαγών στο σώμα και στις δυνατότητες του ατόμου. Σταδιακά η σω-

ματική δύναμη και η αντοχή του εξελίσσονται και κατακτούν ένα ανώτατο επίπεδο κατά τη μέγιστη παραγωγική ηλικία. Στη συνέχεια όμως έπεται η σταδιακή εξασθένηση αυτών με συνοδές εκδηλώσεις σωματικών προβλημάτων και νόσων. Ειδικότερα με το πέρας της ηλικίας και τη μετάβαση στην 3<sup>η</sup> ηλικία τα σωματικά προβλήματα εντείνονται και η σωματική υγεία του ατόμου βάλλεται εμφανίζοντας περισσότερα και σοβαρότερα προβλήματα αλλά και σαφή αποδυνάμωση των λειτουργιών του (Rowiński & Dąbrowski, 2011; Garson & Piccinini, 2013).

#### 1.4 Ψυχική υγεία

Η ψυχική υγεία αποτελεί αναπόσπαστο τομέα της γενικής κατάστασης υγείας ενός ατόμου και ορίζεται με ποικίλους τρόπους καθώς βρίσκεται σε απόλυτη εξάρτηση με το κοινωνικό και πολιτισμικό πλαίσιο διαβίωσης του. Η ψυχική υγεία είναι δυνατό να ορισθεί ως η κατάσταση συναισθηματικής ευεξίας κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται τις ικανότητες του και αντιμετωπίζει με επιτυχία τα καθημερινά προβλήματα της ζωής, λειτουργεί παραγωγικά εντός του κοινωνικού συνόλου και συνεπώς είναι ικανό να συνεισφέρει σημαντικά σε αυτό (Dixon, 2000). Αποτελεί στην πράξη την επίτευξη ενός επιπέδου ψυχικής ευημερίας ή ακόμη και την απουσία εκδηλώσεων ψυχικής νόσου. Αποτυπώνει την ψυχολογική κατάσταση του ατόμου το οποίο δύναται να λειτουργήσει σε ικανοποιητικά επίπεδα συναισθηματικών καταστάσεων και προσαρμογών συμπεριφοράς (Hamonet & Magalhaes, 2001). Με βάση την ολιστική θεώρηση η ψυχική υγεία περιλαμβάνει το σύνολο των ικανοτήτων του ατόμου που του επιτρέπουν να απολαμβάνει τη ζωή δημιουργώντας ένα αποδεκτό επίπεδο ισορροπίας ανάμεσα στις διάφορες καθημερινές δραστηριότητες και την ψυχική ανθεκτικότητα (Kiefer, 2008).

Η ψυχική υγεία περιλαμβάνει ένα σύνολο υποκειμενικών παραγόντων όπως είναι η προσωπική ευεξία, η αυτό-αποτελεσματικότητα, η αντιληπτή αποδοτικότητα, η αυτονομία, η ανεξαρτησία και τα επίπεδα συναισθηματικής δυναμικής του ατόμου. Η ψυχική ευημερία επιτρέπει την πραγματοποίηση των επιθυμιών του ατόμου, την

αντιμετώπιση του άγχους, την αύξηση της παραγωγικότητας και την ενεργό συμβολή στο κοινωνικό σύνολο (Ereshefsky, 2009).

Η παρουσία ψυχικής υγείας καθορίζεται από μια πληθώρα παραμέτρων, τόσο εσωτερικών ατομικών όσο και εξωτερικών περιβαλλοντικών. Δράσεις και ενέργειες που εξασφαλίζουν την ομαλή λειτουργία των παραγόντων αυτών επιτρέπουν την ενδυνάμωση της ψυχικής υγείας μέσω της ενίσχυσης θετικών στοιχείων της προσωπικότητας του ατόμου αλλά και μέσω της παράλληλης ευαισθητοποίησης του κοινωνικού συνόλου απέναντι σε προβλήματα που αφορούν το επίπεδο ψυχικής υγείας των ατόμων (Brazier et al., 2014). Η διασφάλιση της ψυχικής υγείας πραγματοποιείται τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο και αποβλέπει στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας του ατόμου και της προστασίας του ψυχισμού του. Μέσω της ενίσχυσης της αυτοεκτίμησης και του ελέγχου της προσωπικής ζωής το άτομο αντιλαμβάνεται ότι οι συνθήκες διαβίωσης του καθορίζονται κατά βάση από τον ίδιο και συνεπώς στρέφει τις προσπάθειες του στην ολοκλήρωση προτεραιοτήτων που θέτει. Η διατήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου ψυχικής υγείας διασφαλίζει ταυτόχρονα και τη σωματική και πνευματική υγεία, καθώς η εκδήλωση ψυχικών διαταραχών προδιαθέτει την έκλυση ή ακόμη και την επιδείνωση σωματικών ασθενειών (Dixon, 2000).

Η ψυχική υγεία επηρεάζει και επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τις σχέσεις που διαμορφώνει το άτομο με τον κοινωνικό του περίγυρο και από την ανταπόκριση που έχει από το περιβάλλον του. Οι σχέσεις αυτές αποτυπώνουν το επίπεδο στο οποίο το άτομο δύναται να προσαρμοσθεί στις υφιστάμενες κοινωνικές απαιτήσεις καθώς και το βαθμό αντίληψης των κοινωνικών ρόλων που καλείται να αναλάβει, αλλά και την επίδραση των συναισθηματικών εκδηλώσεων του στον περίγυρο του. Η εσωτερική δομή της προσωπικότητας του ατόμου είναι εκείνη που καθορίζει, με βάση τη δυναμική της, τον τρόπο ανταπόκρισης του ατόμου στις επιταγές του περιβάλλοντος του. Η ψυχική υγεία συνεπώς περιλαμβάνει την κοινωνική και συναισθηματική κατάσταση στην οποία περιέρχεται το άτομο και αποτυπώνει την ισορροπία που εντοπίζεται στους ποικίλους τομείς της ζωής του. Αποτελεί δηλαδή την έκφραση της ικανότητας του ατόμου να απολαμβάνει τις χαρές της ζωής και την δυνατότητα του να αντιμετωπίζει τις δυσκολίες και τις προκλήσεις αυτής (Kiefer, 2008).

Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι το επίπεδο ψυχικής υγείας του ατόμου επηρεάζει σε υπέρτατο βαθμό τον τρόπο σκέψης και δράσης του αλλά και τα συναισθήματα του απέναντι στον εαυτό του και στους άλλους. Μέσα από το πρίσμα αυτής καθορίζεται ο τρόπος με βάση τον οποίο ο άνθρωπος διαχειρίζεται την καθημερινότητα του. Η διατήρηση της ψυχικής υγείας αποτελεί προαπαιτούμενο για κάθε στάδιο στη ζωή του ατόμου και είναι σημαντικό να προστατεύεται σε μακροχρόνιο ορίζοντα. Η διατάραξη της ψυχικής υγείας αποτελεί συχνό φαινόμενο με το πέρασμα των ετών καθώς το άτομο νιώθει να καταβάλλεται από την ένταση και τις δυσκολίες της ζωής. Ειδικότερα κατά τη μετάβαση από την παραγωγική στην τρίτη ηλικία η αποδυνάμωση των ψυχικών ικανοτήτων του ατόμου είναι εμφανής (Fillit et al., 2002).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 Επίπεδο ζωής

### 2.1 Εννοιολογική προσέγγιση του επιπέδου ζωής

Ως ‘επίπεδο ζωής’ ή αλλιώς ‘ποιότητα ζωής’ ορίζεται η αντίληψη του ατόμου για τις συνθήκες διαβίωσης του με βάση τις αξίες, τους στόχους, τις ανησυχίες και τις προσδοκίες του. Η ποιότητα ζωής αντικατοπτρίζει το βαθμό ικανοποίησης των σωματικών, πνευματικών, ψυχικών και κοινωνικών αναγκών του και συνεπώς επιτυγχάνεται διαμέσου της αλληλεπίδρασης ενός συνόλου παραγόντων. Συνδέεται με τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου και επηρεάζει την ικανότητα του να αντιμετωπίζει τις καθημερινές δραστηριότητες της ζωής του. Αφορά επομένως ένα σύμπλεγμα παραγόντων ικανοποιητικής λειτουργικότητας που καλύπτουν τις διαστάσεις της φυσικής ευεξίας, της πνευματικής υγείας, της ψυχικής ισορροπίας και της κοινωνικής προσαρμογής (Gómez et al., 2016).

Η ποιότητα της ζωής χαρακτηρίζεται ως συνιστώσα δύο κυρίαρχων παραγόντων, της δυνατότητας του ατόμου να ικανοποιεί τις καθημερινές του ανάγκες και να πραγματοποιεί βασικές δραστηριότητες οι οποίες αντανακλούν τη σωματική, ψυχοπνευματική και κοινωνική του ευρωστία αλλά και της ευχαρίστησης που προκύπτει από τον έλεγχο της ζωής του και της καθημερινότητας του. Πρόκειται για την γνωστική κριτική προσέγγιση του βαθμού ικανοποίησης του από τη ζωή του και τις συνθήκες διαβίωσης του και συνεπάγεται την παρουσία συναισθημάτων ολοκλήρωσης και συναισθηματικής ευημερίας (Nord et al., 2001). Παράλληλα στον καθορισμό του επιπέδου ζωής συνεκτιμάται και η επίτευξη των προσωπικών στόχων του ατόμου καθώς και η αντίληψη της χρησιμότητας του στο κοινωνικό σύνολο του οποίου αποτελεί μέλος. Η απόλαυση ενός υψηλού επιπέδου ζωής συνδέεται με τη θέση του ατόμου στην κοινωνία καθώς και με τις ευκαιρίες που αναδύονται μέσα από την αλληλεπίδραση του με τον κοινωνικό του περίγυρο (Cherepanov et al., 2010).

Η έννοια της ποιότητας της ζωής προσεγγίζεται κατά βάση υποκειμενικά καθώς συνδέεται με διακριτές παραμέτρους για κάθε άνθρωπο. Γίνεται αντιληπτό ότι

κάθε άτομο εμφανίζει διαφορετικές αντιλήψεις και κριτήρια αναφορικά με την ποιότητα της ζωής του, τα οποία δύναται να μεταβάλλονται με το χρόνο και παρουσιάζονται διαφορετικά ανάλογα με τη συγκεκριμένη φάση της ζωής του. Η συσχέτιση και η αλληλεξάρτηση των παραγόντων που καθορίζουν το επίπεδο της ζωής του ατόμου μεταβάλλεται επίσης ανάλογα με τις συνθήκες της καθημερινότητας του (Claes et al., 2010).

Η ποιότητα της ζωής παρουσιάζει επομένως ευρεία διακύμανση ανάλογα με τις προσωπικές πεποιθήσεις και το στάδιο της ζωής του κάθε ατόμου. Αναφέρεται σε μια καθαρά υποκειμενική θεώρηση η οποία όμως επεκτείνεται ταυτόχρονα σε ένα γενικότερο κοινωνικό και πολιτισμικό επίπεδο. Κατά συνέπεια η ποιότητα ζωής προσεγγίζεται τόσο με βάση υποκειμενικά όσο και με αντικειμενικά κριτήρια και βασίζεται στην συνεκτίμηση εξωτερικών παραγόντων (Moons, Budts & De Geest, 2006). Κάθε άτομο προσδιορίζει την ποιότητα της ζωής του στηριζόμενο στις συνθήκες της καθημερινότητας του, στις πρότερες εμπειρίες του και στις γενικότερες αξίες του με απόρροια η έννοια της ποιότητας της ζωής του να μεταβάλλεται ανάλογα με τις τρέχουσες συνθήκες στις οποίες βιώνει (Gómez et al., 2016).

Η έννοια συχνά ταυτίζεται με την εκείνη του βιοτικού επιπέδου και ιδίως με το οικονομικό υπόβαθρο και την κατοχή υλικών αγαθών. Παρότι δεν αμφισβητείται η αξία ενός αξιοπρεπούς επιπέδου οικονομικής ευχέρειας, η έννοια της ποιότητας ζωής φαίνεται να επεκτείνεται σε όλους τους τομείς της διαβίωσης του ατόμου υπερπηδώντας τα όρια της αποκλειστικής απόκτησης υλικών αγαθών. Παράγοντες όπως είναι το επίπεδο της σωματικής, ψυχικής και πνευματικής υγείας, ο διαθέσιμος ελεύθερος χρόνος, η κοινωνική αποδοχή αλλά και η συναισθηματική ολοκλήρωση συνιστούν το κύριο πλαίσιο εννοιολογικής προσέγγισης της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου (Cummins, 2005).

Η ποιότητα της ζωής δύναται επομένως να ορισθεί ως η περιγραφή των χαρακτηριστικών συνθηκών στη ζωή του ατόμου οι οποίες κρίνονται απαραίτητες για την ομαλή επιβίωση του. Αφορά τη συνολική εκπλήρωση των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικο-συναισθηματικών αναγκών του, καθώς και το βαθμό ικανοποίησης του αναφορικά με αυτές (Ryan & Deci, 2001). Η ποιότητα ζωής ορίζεται με βάση την αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο για τη θέση του στην ζωή σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες και τις ανησυχίες του. Αποτελεί ένα σύμπλεγμα διαφορετι-

κών στοιχείων που αφορούν και τις τρεις κύριες διαστάσεις της ζωής, την σωματική, την πνευματική και την ψυχο-κοινωνική. Η ευρύτερη έννοια της δηλώνει την πλήρη φυσική, πνευματική και κοινωνική ευεξία και την επίτευξη ενός θετικού τρόπου δραστηριοποίησης και κοινωνικής στάσης που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ατόμου από το συνολικό επίπεδο διαβίωσης του (Moons, Budts & De Geest, 2006).

Η ποιότητα ζωής συνεπώς αναφέρεται στο υποκειμενικό επίπεδο κάθε ατόμου αναφορικά με την ευεξία, την ευτυχία και την ικανοποίηση από τις συνθήκες της ζωής του. Ταυτόχρονα όμως αποτελεί την ατομική αντίληψη για τη θέση του στη ζωή σε σχέση με τις αξίες και τα χαρακτηριστικά της κοινωνίας της οποίας και αποτελεί μέλος αλλά και με βάση τις προσωπικές του πεποιθήσεις, τους στόχους και τις επιθυμίες του (Nord et al., 2001).

## 2.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Η ποιότητα της ζωής αποτελεί μια πολυπαραγοντική έννοια η οποία παρουσιάζει τρεις κυρίαρχες διαστάσεις, τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία. Κάθε μια από τις διαστάσεις αυτές κρίνεται ως σημαντική και η πιθανή απουσία της λειτουργεί ανασταλτικά στην επίτευξη ενός συνολικά ικανοποιητικού επιπέδου ποιότητας ζωής (Gómez et al., 2016).

Η **σωματική ευεξία** αναφέρεται στην αντίληψη που διαμορφώνει το άτομο αναφορικά με την φυσική του υγεία. Η **ψυχική ευεξία** συνιστά την γενικότερη ψυχική ισορροπία και ευχαρίστηση του ατόμου από τη ζωή του και η **κοινωνική ευεξία** περιλαμβάνει το σύνολο των κοινωνικών σχέσεων που αναπτύσσει το άτομο, τόσο σε προσωπικό όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο. Το σύνολο των διαστάσεων αυτών αλληλεπιδρά και διαμορφώνει συνολικά την αντίληψη του ατόμου σχετικά με το επίπεδο διαβίωσης του (Moons, Budts & De Geest, 2006). Ταυτόχρονα κάθε μεταβολή σε μια από τις διαστάσεις αυτές διαταράσσει την ήδη υπάρχουσα εικόνα και επηρεάζει έντονα την ικανοποίηση του ατόμου και συνεπώς την υποκειμενική θεώρηση του αναφορικά με την ποιότητα της ζωής του. Η σωματική και κοινωνική ευεξία καθορί-

ζουν και καθορίζονται από την ψυχολογική ευεξία. Η ικανοποίηση της πλειονότητας των αναγκών επιφέρει την ενεργοποίηση του ατόμου σε δραστηριότητες που παράγουν συναισθηματική κάλυψη και οδηγούν σε ευμάρεια (Jenaro et al., 2005).

Η σωματική ευεξία αναφέρεται στην υγιή λειτουργία του οργανισμού και παρουσιάζει ένα σύνολο διαφορετικών συνιστωσών με κυρίαρχη την απουσία ασθένειας. Η καλή λειτουργική κατάσταση συνδέεται με τη δυνατότητα του ατόμου να εκτελεί το σύνολο των δραστηριοτήτων στην καθημερινότητα του που συνδέονται με τις βασικές προσωπικές του ανάγκες (Ferrans et al., 2005). Η ψυχική διάσταση καθορίζεται κατά κύριο λόγο από την ευχαρίστηση του ατόμου από τη ζωή του και την προσαρμογή του στις ποικίλες αλλαγές αυτής. Η καλή ψυχολογική κατάσταση επιτρέπει στο άτομο να αντιμετωπίσει τις συνθήκες στη ζωή με σθένος και σχετίζεται στενά με τη σωματική ευεξία (Gómez et al., 2016). Η κοινωνική διάσταση αναφέρεται στις κοινωνικές σχέσεις και την επίδραση αυτών στην καθημερινότητα του ατόμου. Σε αυτές υπάγεται ένα σύνολο παραμέτρων όπως είναι η οικογενειακή ζωή, η κοινωνική αποδοχή και υποστήριξη και η επαγγελματική ικανοποίηση. Η διατήρηση των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας σε ένα αποδεκτό επίπεδο και η συμμετοχή στα κοινά κρίνονται σημαντικά στοιχεία στη διατήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου ποιότητας ζωής (Joshi, Song & Lee, 2017).

Αν και βασική προϋπόθεση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής θεωρείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων η διασφάλιση της σωματικής υγείας και ευεξίας, η ολιστική προσέγγιση της έννοιας υποδεικνύει την σπουδαιότητα και των τριών διαστάσεων. Η συμβολή κάθε μιας από αυτές είναι καίρια στην διαμόρφωση του συνόλου των συνθηκών της καθημερινότητας του ατόμου και επομένως και της αντίληψης του για το επίπεδο της ζωής του (Cummins, 2005; Moons, Budts & De Geest, 2006).

### **2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής**

Η ποιότητα της ζωής ενός ατόμου επηρεάζεται από ποικίλους παράγοντες που αφορούν την σωματική, πνευματική και ψυχική του υγεία, τις διαπροσωπικές του

σχέσεις και γενικότερα το βιοποριστικό του επίπεδο. Η ευρεία έννοια της ποιότητας ζωής σχετίζεται επιπρόσθετα με την οικονομική κατάσταση του ατόμου, την εκπαίδευση του και την κοινωνική του θέση (Jenaro et al., 2005).

Κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου μια πληθώρα διαφορετικών παραμέτρων αλληλεπιδρούν και εμπλέκονται στη διαμόρφωση του επιπέδου της. Τα γεγονότα που αντιμετωπίζει στην καθημερινότητα του, η οικονομική του υπόσταση, οι επιλογές και οι αποφάσεις του επηρεάζουν την ανάπτυξη του και άρα και την ποιότητα της ζωής του (Steger et al., 2006). Η πολυπλοκότητα της ανθρώπινης φύσης αντικατοπτρίζεται στον αγώνα για τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής μέσω του οποίου αντανακλάται η ικανότητα του ατόμου να καλύψει τις προσωπικές του ανάγκες. Στην προσπάθεια αυτή συμμετέχουν τόσο υλικοί όσο και μη υλικοί παράγοντες ενώ κυριότερη προϋπόθεση για την επίτευξη ποιοτικής ζωής αποτελεί η στάση του ατόμου απέναντι στον εαυτό του. Ο έλεγχος των προσωπικών υποθέσεων, η ικανότητα επίλυσης προβλημάτων και η αποτελεσματική αντιμετώπιση των καθημερινών γεγονότων εγείρουν αισθήματα ελέγχου της ζωής ενισχύοντας την ποιότητα της. Οι προσωπικές ανάγκες του ατόμου δύναται να λάβουν ποικίλες μορφές και στην κάλυψη τους βασικό ρόλο κατέχει η παρουσία των αναγκαίων πόρων, υλικών και μη (Gómez et al., 2016).

Η ποιότητα της ζωής δεν παύει να συνδέεται με την ικανοποίηση των ατομικών αναγκών μέσα στη συγκεκριμένη κοινωνία στην οποία βιώνει το άτομο. Το κοινωνικό περιβάλλον επηρεάζει μέγιστα τη διαμόρφωση των παραμέτρων με βάση τις οποίες κρίνεται ως ικανοποιητική η ζωή του ατόμου. Η διαμόρφωση υγιών κοινωνικών σχέσεων και η επαγγελματική εξασφάλιση συνιστούν συνεπώς παράγοντες με καθοριστική επίδραση στην ποιότητα ζωής (Nord et al., 2001).

Καθώς η επίτευξη της ποιότητας της ζωής διασφαλίζεται μέσω της αλληλεπίδρασης μιας πληθώρας διαφορετικών παραγόντων θεωρείται δύσκολη η ανεξάρτητη προσέγγιση καθενός από αυτούς. Παράλληλα όπως έχει τονισθεί πρόκειται για έννοια η οποία εμφανίζει καθαρά υποκειμενικά στοιχεία και επομένως καθορίζεται ξεχωριστά για κάθε άτομο (Nord et al., 2001).

Η ικανοποίηση κάθε παράγοντα λειτουργεί ενισχυτικά στο σύνολο των λοιπών παραγόντων καθώς πρόκειται για μεταβλητές αλληλένδετες. Η ικανοποίηση των

πρωταρχικών βιολογικών αναγκών σχετίζεται με την ψυχολογική ηρεμία του ατόμου η οποία με τη σειρά της συνεπάγεται την θετική κοινωνική συμμετοχή του και την κοινωνική αποδοχή. Συγχρόνως η συναισθηματική ικανοποίηση λειτουργεί ενθαρρυντικά στη δραστηριοποίηση του ατόμου και στην απόκτηση υλικών αγαθών και επομένως στην κάλυψη των καθημερινών αναγκών του (Ryan & Deci, 2001).

Η κατηγοριοποίηση των παραγόντων σε υποκειμενικούς και σε αντικειμενικούς παρότι κρίνεται θετική δε δύναται να είναι απόλυτη. Υποκειμενικοί παράγοντες θεωρούνται το αίσθημα ευημερίας, οι θετικές πτυχές της ζωής, η επίτευξη ή όχι των προβαλλόμενων στόχων και το αίσθημα πληρότητας που νιώθει κάθε άτομο από τη ζωή του (Nord et al., 2001). Στους αντικειμενικούς παράγοντες συγκαταλέγονται η κοινωνική κατάσταση, η οικονομική εξέλιξη, οι συνθήκες της ζωής και τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού συνόλου στο οποίο ανήκει το άτομο. Ο συνδυασμός των υποκειμενικών και αντικειμενικών παραγόντων διαμορφώνουν τελικά τα προσωπικά βιώματα κάθε ανθρώπου και αποτελούν την βάση της προσωπικής του αντίληψης για την ποιότητα της ζωής του (Moons, Budts & De Geest, 2006).

## **2.4 Εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής**

Η αποτύπωση του επιπέδου της ποιότητας της ζωής ενός ατόμου είναι ιδιαίτερα σημαντική, ειδικότερα σε περιπτώσεις που απαιτείται να υλοποιηθούν κατάλληλες παρεμβάσεις προκειμένου να αυξηθεί. Η ποιότητα της ζωής καθορίζεται μέσω τόσο ατομικών όσο και κοινωνικών κριτηρίων και βρίσκεται σε συνάρτηση με την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με τη σωματική και ψυχοκοινωνική του κατάσταση (Cunillera et al., 2010). Οι ανθρώπινες αξίες και τα ιδανικά τροποποιούνται, οι προτεραιότητες και οι προσωπικές επιθυμίες και απαιτήσεις μεταβάλλονται ενώ οι ρυθμοί της ζωής επίσης αλλάζουν. Συνεπώς είναι σημαντικό να ορίζεται η συγκεκριμένη περίοδος αλλά και γενικότερη κατάσταση του ατόμου κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της ζωής του ώστε να προκύπτουν έγκυρα και αξιόπιστα αποτελέσματα (Joshi, Song & Lee, 2017).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής με αξιοπιστία επιτρέπει την εκτίμηση των βιωμάτων του πληθυσμού ενδιαφέροντος και επομένως αντικατοπτρίζει την γενικότερη κατάσταση της καθημερινότητας του. Τα εργαλεία που επιστρατεύονται στη μέτρηση της ποιότητας ζωής επιλέγονται με βάση τους παράγοντες που καλούνται να αξιολογηθούν αλλά και τις ιδιαιτερότητες των ατόμων των οποίων το επίπεδο ζωής μελετάται (Gómez et al., 2016). Οι τομείς που εξετάζονται κατά βάση είναι η σωματική λειτουργικότητα, η κοινωνική δραστηριοποίηση και συμμετοχή, η συναισθηματική ισορροπία και η προσωπική αντίληψη για την ζωή (Jenaro et al., 2005).

Η πολυδιάστατη και έντονα υποκειμενική προσέγγιση της έννοιας επιφέρει σημαντικές δυσκολίες στην απόλυτη εκτίμηση της. Το γεγονός ότι κάθε άτομο διαμορφώνει την προσωπική του οπτική αναφορικά με το επίπεδο της ζωής του εγείρει ποικίλες προσεγγίσεις και τρόπους αξιολόγησης αυτής, ενώ συχνά παραμελείται η ολιστική θεώρηση του όρου (Cunillera et al., 2010). Η διασφάλιση της ποιότητας της ζωής και η προώθηση παρεμβάσεων προκειμένου να επιτευχθεί απαιτούν την ικανότητα έγκυρης εκτίμησης της και συνεπώς την επιλογή κατάλληλων μεθόδων υπολογισμού αυτής (Ryan & Deci, 2001; Carlier et al., 2012).

## 2.5 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Η σύγχρονη πραγματικότητα με την εξέλιξη της επιστήμης και της τεχνολογίας έχει διευρύνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων. Παραμένει όμως αμφίβολο το κατά πόσο έχει επηρεάσει θετικά την ποιότητα της ζωής αυτών. Η εκτίμηση του επιπέδου της ποιότητας ζωής έχει αποκτήσει επομένως αυξημένη σημασία και επιχειρείται ο υπολογισμός της με τη βοήθεια συγκεκριμένων δεικτών και εργαλείων (Brazier, Roberts & Deverill, 2002).

Η ποιότητα ζωής αποτελεί πολυπαραγοντική έννοια και επεκτείνεται και στις τρεις διαστάσεις της ζωής του ατόμου οπότε σε πρώτη φάση αναφέρεται στη σωματική ευεξία και περιλαμβάνει την αντίληψη του ατόμου σε σχέση με την σωματική του υγεία. Ακολουθεί η πνευματική και ψυχική ευεξία που αναφέρονται στην πνευματική

διαύγεια και στην ψυχική ισορροπία του ατόμου καθώς και στην απουσία επιβαρυντικών παραγόντων. Επιπρόσθετα μελετάται η κοινωνική ικανοποίηση η οποία περιλαμβάνει τα θετικά συναισθήματα που βιώνει το άτομο μέσω της προσαρμογής του στο κοινωνικό σύνολο (Moons, Budts & De Geest, 2006). Οι διαστάσεις αυτές μεταφράζονται σε δείκτες καθορισμού της ποιότητας ζωής και συνεπώς οι ποικίλες εκφάνσεις της καθημερινότητας του ατόμου συμβάλλουν στη διαμόρφωση του επιπέδου αυτής. Το επίπεδο της ποιότητας ζωής εκτιμάται με βάση τόσο αντικειμενικά και κοινωνικά κριτήρια της ανθρώπινης ύπαρξης όσο και με βάση υποκειμενικούς δείκτες της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ατόμου (Gómez et al., 2016).

Η ορθή εκτίμηση της ποιότητας της ζωής βασίζεται στην καταλληλότητα των εφαρμοζόμενων μεθόδων και στην επιλογή του αντίστοιχου εργαλείου. Ο στόχος κάθε μελέτης και οι λόγοι προσδιορισμού της ποιότητας ζωής καθορίζουν και τον τρόπο εκτίμησης αυτής. Η επιλογή του κατάλληλου εργαλείου μέτρησης δεν αποτελεί απλή διαδικασία καθώς κοινό γνώρισμα των μεθόδων μέτρησης της ποιότητας ζωής αποτελεί η διαμόρφωση τους ώστε να επιτρέπουν τη γενική εφαρμογή σε ομάδες με διαφορετικά διακριτά χαρακτηριστικά. Σε αρκετές περιπτώσεις επιβάλλεται η χρήση τροποποιημένων ερωτηματολογίων προκειμένου να ανταποκρίνονται στην συγκεκριμένη κατηγορία ατόμων που προσεγγίζονται (Jenaro et al., 2005).

Παράλληλα η διάκριση των υποκειμενικών από τις αντικειμενικές παραμέτρους δεν είναι πάντα εφικτή. Η προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας της ζωής επηρεάζεται από την κατάσταση του ατόμου κατά τη διάρκεια της εκτίμησης και επομένως δεν αποκλείεται να προκύψουν ασαφή αποτελέσματα ανάλογα με τη διάθεση και το βαθμό συγκέντρωσης των ατόμων που συμμετέχουν. Η παρουσία συγχυτικών παραγόντων επίσης θα πρέπει να συνυπολογίζεται καθώς επηρεάζει την συμμετοχή του ατόμου και διαφοροποιεί τα αποτελέσματα. Το ύφος, η γλώσσα και η δομή των ερωτημάτων που περιλαμβάνονται στο εργαλείο μέτρησης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην κατανόηση του και επομένως στην αξιολόγηση της εγκυρότητας των συμπερασμάτων που προκύπτουν (Moons, Budts & De Geest, 2006).

Με δεδομένο επομένως ότι ο όρος της ποιότητας της ζωής ενέχει ποικίλες και ταυτόχρονα αλληλεξαρτώμενες διαστάσεις είναι σαφές ότι η μέτρηση της αποτελεί περίπλοκη διαδικασία. Στόχο σε κάθε περίπτωση αποτελεί η μελέτη κατά το δυνατό



περισσότερων διαστάσεων οι οποίες είναι συμβατές με την έννοια του ικανοποιητικού επιπέδου ζωής. Η απουσία επαρκών μέσων για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής έχει επιβάλλει τη διαμόρφωση ενός συστήματος αντιπροσωπευτικής μέτρησης όπου αντί να επιχειρείται η άμεση μέτρηση επιλέγεται ένας δείκτης που σχετίζεται με αυτή και ο οποίος λειτουργεί ως καθοριστικό στοιχείο του επιπέδου της. Μέσω της παρατήρησης ενός ικανοποιητικού εύρους δεικτών και συνεπώς συνισταμένων προσεγγίζεται η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και συνδέονται υποθετικά οι παρατηρούμενες μεταβλητές με αυτή (Cummins, 2005).

Διάφορα εργαλεία μέτρησης έχουν διαμορφωθεί τα οποία εξετάζουν σφαιρικά την ποιότητα της ζωής αξιολογώντας διάφορες πτυχές αυτής όπως είναι οι οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις, η επαγγελματική επιτυχία, η ψυχολογική ευεξία, η οικονομική ευχέρεια, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και άλλα. Πρόκειται για εξειδικευμένα εργαλεία που απευθύνονται σε διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες και τα οποία επιτρέπουν την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής σε συνάρτηση με την υγεία ή με άλλες παραμέτρους της καθημερινότητας (Claes et al., 2010). Διακρίνονται σε δύο βασικές κατηγορίες στα γενικά και στα ειδικά εργαλεία. Οι **γενικοί δείκτες μέτρησης** της ποιότητας ζωής αφορούν εργαλεία αξιολόγησης γενικευμένων παραμέτρων του επιπέδου ζωής του ατόμου. Δεν αναφέρονται σε συγκεκριμένες καταστάσεις αλλά αντίθετα μελετούν γενικές διαστάσεις της ζωής όπως είναι η σωματική και ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα και ο βαθμός εκπλήρωσης των καθημερινών δραστηριοτήτων του ατόμου. Παρότι δεν επιτρέπουν τον εντοπισμό συγκεκριμένων στοιχείων και λεπτομερειών της ζωής του ατόμου διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση του συνολικού επιπέδου ποιότητας ζωής. Σε αντίθεση οι **ειδικοί δείκτες μέτρησης** αφορούν κυρίως εργαλεία αξιολόγησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής και αποτυπώνουν το επίπεδο αυτής σε συγκεκριμένες κατηγορίες ασθενών. Σύμφωνα με τα εργαλεία αυτά δίνεται έμφαση στην αντίληψη του ατόμου σε σχέση με την κατάσταση της υγείας του και παρέχονται πληροφορίες αναφορικά με την επίδραση της στην ποιότητα ζωής του. Χρησιμοποιούνται κατά βάση για την αξιολόγηση αλλαγών στο επίπεδο ζωής του ατόμου και αποσκοπούν στην επιλογή κατάλληλων θεραπευτικών προσεγγίσεων (Cunillera et al., 2010).

## 2.6 Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής

Το επίπεδο της ποιότητας της ζωής του ατόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με το επίπεδο της προσωπικής του υγείας καθώς και με τις δραστηριότητες που αφορούν τη διατήρηση ή και τη βελτίωση αυτής. Βασική προϋπόθεση για την επίτευξη ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής αποτελεί η υγεία και η προσωπική εξέλιξη του ατόμου (Moons, 2004). Η ολιστική θεώρηση της ποιότητας ζωής επιβάλλει την συνολική προσέγγιση του όρου της υγείας και επεκτείνεται πέρα από τη σωματική ευεξία στη πνευματική και ψυχική κατάσταση του ατόμου. Συνεπώς η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει τη λειτουργικότητα, την ευημερία και την ευεξία του ατόμου. Σύμφωνα με αυτή δίνεται έμφαση στην προσωπική αντίληψη του ατόμου για την υγεία του με βάση τις προσωπικές του προσδοκίες και αξιολογείται κυρίως υποκειμενικά (Graça Pereira, Lynch & Hall-Faul, 2019).

Όπως έχει ήδη αναλυθεί σε ένα γενικότερο πλαίσιο ως ‘υγεία’ δύναται να ορισθεί η απουσία νόσου. Προκειμένου να επιτευχθεί η ακριβέστερη εννοιολογική προσέγγιση του όρου ως ‘υγεία’ αναφέρεται η πλήρης κατάσταση ευεξίας στο σωματικό, πνευματικό και ψυχικό τομέα, και όχι απλώς η απουσία εκδήλωσης ασθένειας. Η έννοια έχει ήδη προσεγγισθεί σε προηγούμενο κεφάλαιο με έμφαση στην φυσική, πνευματική και ψυχική ευημερία του ατόμου και μέσω αυτής προέκυψε ένας θετικός ορισμός ο οποίος επικεντρώνεται στην παρουσία συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε κάθε τομέα της ζωής του ατόμου. Η υγεία παρουσιάζεται να είναι εξαρτημένη από ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν την καθημερινή ζωή του ατόμου, το περιβάλλον μέσα στο οποίο βιώνει καθώς και τις σχέσεις που αναπτύσσει με αυτό (Lerner, 2019).

Έχει γίνει σαφές επομένως ότι η υγεία δεν αφορά αποκλειστικά την απουσία ασθένειας αλλά συνεπάγεται την πλήρη φυσική, πνευματική και ψυχική λειτουργικότητα του ατόμου. Συνιστά μια δυναμική κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος παρουσιάζει την ικανότητα να αντιμετωπίζει τα προβλήματα και τις πιθανές διαταραχές στις ισορροπίες που απαντά στην καθημερινότητα του και μέσω των οποίων διαμορφώνει τις συνθήκες διαβίωσης του. Κάθε άτομο επιχειρεί να εντοπίσει ποικίλους τρόπους προκειμένου να επιτύχει την πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση πιθανής εκ-

δήλωσης νόσου ή ανικανότητας (Ereshfsky, 2009). Η αντίληψη ότι η υγεία δεν αποτελεί απλώς τον αντίθετο όρο της ασθένειας βασίζεται στην αποδοχή ότι περιλαμβάνει πρόσθετες έννοιες όπως είναι η ευεξία και η ευημερία ενώ ταυτόχρονα παρατηρείται μια έντονη αλληλεξάρτηση ανάμεσα σε ποικίλους βιολογικούς, πνευματικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες που ενεργούν σε κάθε στιγμή στην καθημερινή ζωή του ατόμου (Subbarayappa, 2001). Με δεδομένο ότι η υγεία δεν νοείται αποκλειστικά ως η βιολογική ευεξία του ατόμου αλλά αποτελεί την ψυχολογική και συναισθηματική ολοκλήρωση και αυτοπραγμάτωση του είναι σαφές ότι επιδρά σε σημαντικό βαθμό στην ποιότητα της ζωής. Κάθε παρέμβαση και θεραπευτικό μέσο θα πρέπει να επιλέγονται με βάση τον αντίκτυπο τους στο σύνολο των διαστάσεων της ζωής και όχι απλά στο επίπεδο της φυσικής κατάστασης του ατόμου (Eliassen, Dalhoff & Horwitz, 2018; Lerner, 2019).

Η έννοια της *ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία* συνδέεται στενά με την έννοια της πληρότητας όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από το κάθε άτομο ανάλογα με τις ανάγκες του, τις δυνατότητες του, τις πεποιθήσεις του και τις ισχύουσες κοινωνικο-πολιτικές αξίες που υιοθετεί. Η παρουσία υγείας θεωρείται ως μια από τις κυριότερες παραμέτρους για την επίτευξη ενός αποδεκτού επιπέδου ευτυχισμένης και ποιοτικής ζωής (Sorensen, 2012).

## **2.7 Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής**

Η εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής βασίζεται στην εικόνα του διαμορφώνει το ίδιο το άτομο για την κατάσταση του. Αποτελεί την υποκειμενική εκτίμηση των εμπειριών του, των συμπτωμάτων και της λειτουργικότητας του με βάση την προσωπική του αντίληψη για τον εαυτό του και την κατάσταση του. Παράλληλα συνυπολογίζεται η ικανοποίηση του από την παρεχόμενη σε αυτό φροντίδα και αποτελεί την σύνοψη της προσωπικής αξιολόγησης του σε σχέση με την εικόνα του, την κατάσταση του και τις επιπτώσεις αυτής στην καθημερινότητα του (Moons, 2004). Τα αποτελέσματα από την εκτίμηση της ποιότητας ζωής του ατόμου

σε σχέση με την υγεία του παρέχουν πληροφορίες οι οποίες δε δύναται να προκύψουν από άλλες πηγές. Απεικονίζουν τον τρόπο με τον οποίο το άτομο ερμηνεύει την υφιστάμενη κατάσταση του μέσω και αναδεικνύουν δεδομένα που δεν παρατηρούνται ή δεν γίνονται αντιληπτά από τον περίγυρο του (Eliassen, Dalhoff & Horwitz, 2018).

Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής που σχετίζεται με την υγεία επιτρέπει την αξιολόγηση και συνεπώς τη βελτίωση της παρεχόμενης βοήθειας και θεραπείας στο άτομο ενώ ταυτόχρονα λειτουργεί ως μέτρο έκβασης της πορείας του και του βαθμού προσαρμογής στην κατάσταση του. Αποτελεί επομένως σημαντικό εργαλείο στρατηγικής για την κριτική εξέταση της εξέλιξης της υγείας του ατόμου και επιτρέπει την κατανόηση της υποκειμενικής αντίληψης του, η οποία κρίνεται ως ουσιαστική κατά την προσέγγιση του (Michalos, 2004).

Η σύγχρονη πρόοδος της ιατρικής επιστήμης σε συνδυασμό με την ανάπτυξη της τεχνολογίας έχουν οδηγήσει στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής των ανθρώπων και επομένως του μέσου όρου διαβίωσης. Αποτελεί όμως καίριο ερώτημα αν η χρονική επιμήκυνση της ζωής συνάδει με την διατήρηση ενός αποδεκτού επιπέδου διαβίωσης και συνεπώς ικανοποιητικής ποιότητας ζωής (Johnson et al., 2004). Βασικό παράγοντα αναφορικά με το προσδοκώμενο επίπεδο επιβίωσης αποτελεί το επίπεδο της υγείας του ατόμου και ειδικότερα η απουσία ασθένειας. Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επιχειρεί να αξιολογήσει το επίπεδο επιβίωσης εστιάζοντας στην υγεία του ατόμου και στην ικανότητα του να καλύπτει το σύνολο των προσωπικών του αναγκών (Michalos, 2004). Συγκεκριμένα προσεγγίζει το βαθμό στον οποίο το άτομο δύναται να ικανοποιήσει τις φυσικές, πνευματικές και ψυχικές του ανάγκες και επομένως να νιώθει ευχαρίστηση από τη φυσική, πνευματική και ψυχο-συναισθηματική κατάσταση του (Wray et al., 2011; Eliassen, Dalhoff & Horwitz, 2018).

Η συσχέτιση της υγείας και της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει την υποκειμενική αποτίμηση της λειτουργικής κατάστασης του ατόμου, την επίδραση της κατάστασης της υγείας στην επίτευξη των καθημερινών στόχων και τέλος τον περιορισμό της λειτουργικότητας και τον βαθμό επιρροής αυτού στην πραγματοποίηση των προσωπικών επιδιώξεων του ατόμου (Moons, 2004; Ferrans et al., 2005). Κυρίαρχο ρόλο στη διαμόρφωση του επιπέδου της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής κατέχουν οι προσδοκίες του ατόμου αναφορικά με τη διατήρηση ή την βελτίωση της υγείας

ας αλλά και οι συνθήκες διαβίωσης του με βάση τη λειτουργικότητα του (Snyder et al., 2013).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής αποτελεί αγαθό το οποίο συνδέεται με την διάρκεια της ζωής αλλά κυρίως με τις κοινωνικές και προσωπικές μεταβολές που εντοπίζονται σε αυτή λόγω ασθενειών ή τραυματισμών (Snyder et al., 2013). Η αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας του κάθε ατόμου οδηγεί σε σημαντικά ευρήματα ανάλογα όχι μόνο με το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης αλλά ιδίως με την ποιότητα των ετών αυτών και τον αντίκτυπο της εμφάνισης ασθενειών στην καθημερινότητα του ατόμου (Carlier et al., 2012). Η αξιολόγηση και η οριοθέτηση της ποιότητας ζωής σε σχέση με την υγεία αποτελεί επομένως ένα παράγοντα ξεχωριστό για κάθε άτομο, παρότι επιχειρείται η ευρεία εξέταση του με τη βοήθεια κατάλληλων δεικτών και ερωτηματολογίων (Sorensen, 2012).

Η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής περιλαμβάνει επομένως τις αντιλήψεις του ατόμου για την σωματική, πνευματική και ψυχο-κοινωνική του κατάσταση και την λειτουργική του ικανότητα. Περιγράφει ένα σύνολο συναισθημάτων και απόψεων για την κατάσταση της προσωπικής του υγείας και τον τρόπο που αντιλαμβάνεται τον εαυτό του (Johnson et al., 2004). Πρόκειται για έννοια πολυδιάστατη με ποικίλες προεκτάσεις που καθορίζεται τόσο από αντικειμενικά όσο και από υποκειμενικά καθώς αποτυπώνει περιγραφικά το επίπεδο λειτουργικότητας και ευημερίας του ατόμου (Sorensen, 2012). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η προσωπική αντίληψη του ατόμου διαδραματίζει καίριο ρόλο στην σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Κάθε άτομο βιώνει μοναδικά μια κατάσταση ή ένα πρόβλημα υγείας και δεν αποκλείεται δύο άτομα που ταλαιπωρούνται από την ίδια ασθένεια να αξιολογούν με διαφορετικό τρόπο τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους (Wray et al., 2011; Joshi, Song & Lee, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 Τρίτη ηλικία

### 3.1 Εννοιολογική προσέγγιση

Η εννοιολογική προσέγγιση της ‘*τρίτης ηλικίας*’ καθώς και ο ορισμός του ‘*γήρατος*’ έχουν αντιμετωπίσει ποικίλες παραλλαγές ιδίως αναφορικά με τον προσδιορισμό της έναρξης αλλά και της διάρκειας τους. Η περίοδος της ζωής διαχωρίζεται σε τέσσερα διακριτά στάδια. Αρχικά στην πρώτη ηλικία εντοπίζεται η εξάρτηση σε συνδυασμό με την ανωριμότητα. Η δεύτερη περίοδος αναφέρεται ως περίοδος της ανεξαρτησίας, της ωριμότητας αλλά και της ανάληψης ευθυνών. Κατά το τρίτο στάδιο γίνονται εμφανή τα επιτεύγματα και οι επιτυχίες του ατόμου ενώ το τελευταίο και τέταρτο στάδιο εμπεριέχει και πάλι την εξάρτηση καθώς συνοδεύεται από την έκπτωση των λειτουργιών και την εξασθένηση του οργανισμού (Unsar, Erol & Sut, 2016).

Το γήρας αφορά συνεπώς μια φυσική ηλικιακή ακολουθία η οποία αποτυπώνει ποικίλες αλλαγές και διαφοροποιήσεις στο επίπεδο της λειτουργικότητας και της αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων. Σε ότι αφορά τις σωματικές – βιολογικές λειτουργίες η γήρανση αποτελεί τη σύνθετη διαδικασία της μη αναστρέψιμης μεταβολής αυτών λόγω της προοδευτικής διαταραχής της λειτουργικότητας των κυτταρικών δομών (Şahin & Emiroğlu, 2014). Οι βιολογικές μεταβολές είναι καθολικά αναμενόμενες για το σύνολο των ατόμων ενώ η πορεία τους είναι δεδομένη. Σε κάθε βιολογική μεταβολή προστίθενται και άλλες οπότε παρουσιάζονται αθροιστικά αποτελέσματα. Η πολύπλοκη αυτή διαδικασία της σωματικής αλλοίωσης της λειτουργικότητας συνοδεύεται από προοδευτικές αλλαγές στην πνευματική διαύγεια αλλά και στην ψυχοσυναισθηματική ισορροπία του ατόμου (Karıkıran, 2016).

Τα ορατά σημεία της γήρανσης δεν αφορούν αποκλειστικά εξωτερικές – σωματικές μεταβολές αλλά η επενέργεια τους γίνεται επιπρόσθετα αντιληπτή σε ότι αφορά την αντοχή του ατόμου, την κριτική του ικανότητα αλλά και την άνεση του κατά τη διαχείριση κρίσεων και τη λήψη αποφάσεων (Ponnaiyan, Harinath & Dhaya-

nand, 2019). Η επέλαση των αλλαγών αποτελεί γεγονός αναπόδραστο το οποίο επέρχεται με το πέρασμα των ετών αλλά είναι σαφώς άγνωστη μορφή και το εύρος τους αλλά και η ηλικία εμφάνισης τους (Altıparmak, 2009). Ο χρόνος εκδήλωσης αλλά και η τελική μορφή τους καθορίζονται τόσο από το επίπεδο της πρότερης σωματικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας του ατόμου όσο και από παράγοντες που αφορούν τον τρόπο ζωής του και τις γενικότερες συνθήκες διαβίωσης του (Bai, Yang & Knapp, 2018).

Η εξελικτική πορεία της κυτταρικής ζωής καταλήγει στη γήρανση καθώς σταδιακά παρατηρείται η έκπτωση της ικανότητας του οργανισμού να διατηρεί ένα πλήρως ικανοποιητικό επίπεδο κυτταρικής και επομένως οργανικής λειτουργίας. Η χρονολογική οριοθέτηση της ωρίμανσης των κυττάρων δεν είναι απόλυτα εφικτή καθώς εντοπίζονται διαφοροποιήσεις από άνθρωπο σε άνθρωπο (Błachnio & Buliński, 2013). Ως ηλικιακό όριο της έναρξης τους γήρατος έχει ορισθεί το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας βασιζόμενο κυρίως στην επιστημονική αντίληψη της γηριατρικής αντιμετώπισης των ασθενών από το ηλικιακό όριο αυτό και άνω (Unsar, Erol & Sut, 2016).

Η διαδικασία της γήρανσης πυροδοτείται με διαφορετικούς ρυθμούς από άτομο σε άτομο και καθορίζεται από ποικίλους και διαφορετικούς παράγοντες που αφορούν γενικότερα το επίπεδο της διαβίωσης του αλλά και την κληρονομικότητα του. Η γήρανση επομένως παρουσιάζει έντονη ποικιλομορφία στην εκδήλωση της και προσεγγίζεται εξατομικευμένα οπότε κάθε ηλικιωμένο άτομο θα πρέπει να εξετάζεται ως διακριτή βιολογική, πνευματική, ψυχολογική αλλά και κοινωνική οντότητα (Yurcu, Kasalak & Akinci, 2017; Ponnaiyan, Harinath & Dhayanand, 2019). Επιπλέον ο τρόπος με τον οποίο βιώνονται οι βιολογικές, πνευματικές και ψυχο-συναισθηματικές αλλαγές από κάθε άτομο είναι διαφορετικός. Η μείωση της ζωτικότητας και της λειτουργικότητας, παρότι αποτελεί κοινό στοιχείο των ηλικιωμένων, χαρακτηρίζονται από απρόβλεπτο και ασύγχρονο ρυθμός εκδήλωσης καθώς ο εκφυλισμός των κυτταρικών δομών αποτελεί προσωπικό καθαρά χαρακτηριστικό του κάθε ατόμου (Karıkıran, 2016).

### 3.2 Τρόπος και ποιότητα ζωής ηλικιωμένων

Τα άτομα που διανύουν την τρίτη ηλικία παρουσιάζουν ιδιαίτερες ανάγκες οι οποίες καθορίζονται τόσο από την αδυναμία της φυσικής τους κατάστασης όσο και λόγω των γενικότερων συνθηκών της ζωής τους που περικλείουν οικονομικές, κοινωνικές και περιβαλλοντικές παραμέτρους (Błachnio, 2011). Οι αλλαγές αλλά και οι παθολογίες που συνοδεύουν τις ανάγκες αυτές επηρεάζουν το σύνολο της καθημερινότητας του ηλικιωμένου ατόμου δημιουργώντας σημαντικούς περιορισμούς στις ικανότητες του και συνεπώς στο επίπεδο της λειτουργικότητας του (Bai, Yang & Knapp, 2018). Σε αρκετές περιπτώσεις άτομα ηλικιωμένα έχουν ανάγκη από τη χρήση βοηθημάτων, όπως η βακτηρία ή το ακουστικό ενίσχυσης της ακοής, προκειμένου να καλύψουν την έντονη μείωση σε βασικές λειτουργίες του οργανισμού τους και να επιτύχουν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ανταπόκρισης σε κύριες καθημερινές δραστηριότητες (Altay, Çavuşoğlu & Çal, 2016).

Το σύνολο των αναγκών των ηλικιωμένων που χρήζουν ικανοποίησης αφορούν βασικές σωματικές, πνευματικές, ψυχικές, κοινωνικές και οικονομικές ανάγκες οι οποίες τους εξασφαλίζουν ένα αποδεκτό επίπεδο ζωής. Ανάμεσα στις πρωταρχικές ανάγκες συγκαταλέγονται η παροχή ενός αξιοπρεπούς εισοδήματος προκειμένου να μπορούν να καλύψουν τις απαιτήσεις τους σε ότι αφορά την κατοικία, τη διατροφή και την ένδυση τους καθώς και η ιατροφαρμακευτική κάλυψη τους με την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας (Şahin, Özer & Yanardağ, 2019). Οι πνευματικές ανάγκες αφορούν την ενεργό συμμετοχή τους σε δραστηριότητες και την αφύπνιση του πνεύματος τους με στόχο την αποφυγή της εμφάνισης συμπτωμάτων άνοιας (Leila et al., 2016). Οι κοινωνικές ανάγκες αναφέρονται στην αποδοχή από το σύνολο και στη δυνατότητα καλλιέργειας διαπροσωπικών σχέσεων ώστε να αποφευχθεί το φαινόμενο της απομόνωσης και της κοινωνικής αποξένωσης (Ponnaiyan, Harinath & Dhayanand, 2019). Οι ψυχικές ανάγκες περιλαμβάνουν την ανάγκη για συντροφικότητα και αγάπη αλλά και τη συμμετοχή σε δραστηριότητες που αποβλέπουν στην ανάπτυξη συναισθημάτων αυτοεκτίμησης και αυτονομίας. Ανάμεσα στις ανάγκες αυτές συγκαταλέγεται και η κυρίαρχη ανάγκη των ηλικιωμένων να μην νιώθουν ότι επιβαρύνουν το σύνολο διατηρώντας ένα αποδεκτό επίπεδο προσφοράς και κοινωνικής συμμετοχής (Unsar, Erol & Sut, 2016).



Η έλευση του γήρατος συνοδεύεται από διάφορα προβλήματα τα οποία βρίσκονται άμεσα συνυφασμένα με βασικά χαρακτηριστικά που απέκτησε το άτομο κατά τη διάρκεια των προηγούμενων φάσεων της ζωής του. Κύρια ανάμεσα τους ορίζονται το επάγγελμα του και συνεπώς το επίπεδο της οικονομικής του κατάστασης αλλά και η υγεία του, σωματική, πνευματική και ψυχική, ως απόρροια του γενικότερου τρόπου της μέχρι τότε διαβίωσης του (Yurcu, Kasalak & Akinci, 2017).

Η διατήρηση ενός ικανοποιητικού βιοτικού επιπέδου και η απόλαυση ενός υψηλού, κατά το δυνατό, βαθμού φυσικής, πνευματικής και ψυχικής υγείας αποτελούν θεμελιώδη δικαιώματα κάθε ατόμου και σε κάθε στάδιο της ζωής του. Η υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου αναφορικά με την ποιότητα της ζωής του εντοπίζεται και στην περίπτωση των ατόμων στην τρίτη ηλικία (Błachnio & Buliński, 2013). Ειδικότερα σε άτομα μεγάλης ηλικίας ο παράγοντας της υγείας φαίνεται να οριοθετεί το επίπεδο της ποιότητας ζωής ίσως σε μεγαλύτερο βαθμό σε σχέση με νεότερες ηλικίες (Kasprzak, 2010).

Στην ουσία η ποιότητα της ζωής στην τρίτη ηλικία αποτελεί ένα συγκερασμό των παραμέτρων της υγείας, της κάλυψης βασικών αναγκών και της ανεξάρτητης και αυτόνομης λειτουργικότητας. Η επιθυμία των ηλικιωμένων ατόμων να διατηρούν ένα ικανοποιητικό επίπεδο ζωής συχνά εντοπίζεται εντονότερη σε σχέση με άλλες ηλικιακές βαθμίδες κυρίως λόγω της έκπτωσης των λειτουργιών τους αλλά και της ανασφάλειας που διαισθάνονται σε σχέση με την εκδήλωση σοβαρών νοσημάτων αλλά και με την πιθανότητα του θανάτου (Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006; Błachnio, 2011). Η μετάβαση στην τρίτη ηλικία σηματοδοτεί το πέρασμα σε ένα νέο τρόπο διαβίωσης ο οποίος συνοδεύεται από προβλήματα σχετικά με τη σωματική υγεία και συνεπώς με την αδυναμία του σώματος να ανταπεξέλθει σε πρότερες δραστηριότητες αλλά και με προβλήματα ψυχο-συναισθηματικής αιτιολογίας που οφείλονται στην ανασφάλεια και στη μοναξιά (Karikiran, 2016; Bai, Yang & Knapp, 2018).

### 3.3 Προβλήματα σχετιζόμενα με τη σωματική υγεία κατά την τρίτη ηλικία

Η φυσιολογική φθορά που επέρχεται στο επίπεδο της σωματικής ευεξίας και της βιολογικής λειτουργικότητας του ατόμου λόγω του χρόνου θα πρέπει να διαφοροποιείται από την μη ομαλή οργανική και κυτταρική φθορά λόγω της εκδήλωσης νοσηρότητας (Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006). Η φυσική φθορά των οργάνων στον ανθρώπινο οργανισμό αναφέρεται κατά βάση στην μορφολογία των κυττάρων και αποτελεί φυσιολογική μεταβολή η οποία διακρίνεται από την ανώμαλη δυσλειτουργία λόγω ασθένειας (Şahin & Emiroğlu, 2014).

Οι σωματικές μεταβολές του γήρατος είναι ορατές και οφείλονται στη φυσική απώλεια της λειτουργικότητας των κυττάρων του σώματος. Λόγω αυτής οι ιστοί σταδιακά υφίστανται έκπτωση των χρόνων αντίδρασης τους ενώ ταυτόχρονα ελαττώνονται χαρακτηριστικά όπως είναι η αντοχή, η ισχύς και η αποδοτικότητα των ενεργειών (Leila et al., 2016).

Αν και σε ένα σημαντικό ποσοστό των ατόμων της τρίτης ηλικίας ο εκφυλισμός των κυτταρικών λειτουργιών επέρχεται λόγω της χρονιότητας συνοδών παθήσεων οι οποίες βάλλουν την άμυνα του οργανισμού, η υπολειτουργικότητα του οργανισμού λόγω γήρανσης δε θα πρέπει να σχετίζεται με τη παράλληλη συνδρομή παθήσεων (Rowiński & Dąbrowski, 2011). Βασικές μεταβολές λόγω γήρανσης εντοπίζονται στην εμφάνιση, στην οξύτητα των αισθήσεων, στην κινητικότητα και στην σεξουαλική δραστηριότητα. Παράλληλα μεταβολές παρατηρούνται σε βασικά συστήματα οργάνων όπως είναι κυρίως το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό, το απεκκριτικό, το πεπτικό και το νευρικό σύστημα (Agraci, Tokyürek & Bilgili, 2015).

Οι μεταβολές που αφορούν την εμφάνιση περιλαμβάνουν τις ρυτίδες, τη μείωση του ύψους και την παρουσία άσπρων τριχών. Η αλλαγή της μεταβολικής ικανότητας του σώματος επίσης προκαλεί τη συσσώρευση λίπους ιδίως στην περιοχή περιμετρικά της μέσης. Δυσχρωμίες του δέρματος αλλά και χαλάρωση αποτελούν αλλαγές που είναι επίσης ορατές και υποδηλώνουν την έλευση της τρίτης ηλικίας (Borg, Hallberg & Blomqvist, 2006). Οι αισθήσεις υπολειτουργούν με κυριότερη την όραση ενώ ακολουθούν η ακοή αλλά και η γεύση. Τα πιο συχνά προβλήματα όρασης αφορούν τη μείωση της οξύτητας της οπτικής ικανότητας λόγω πρεσβυωπίας και την εκ-

δήλωση καταρράκτη (Agraci, Tokyürek & Bilgili, 2015). Η έκπτωση της οξύτητας της ακοής είναι συχνά μικρής έντασης όμως ταυτόχρονα αποτελεί χαρακτηριστικό αρκετά διαδεδομένο. Η πρεσβυακή αφορά την ελάττωση της ευαισθησίας αντίληψης ήχων σε υψηλές συχνότητες ενώ γενικότερα εντοπίζεται η αδυναμία διαχωρισμού των θορύβων. Αισθήσεις όπως είναι η γεύση και η όσφρηση επίσης βάλλονται σε αρκετά προχωρημένες ηλικιακές ομάδες (Aydiner Boylu & Günay, 2017).

Η μείωση της σεξουαλικής επιθυμίας και επομένως της σεξουαλικής δραστηριοποίησης αναδεικνύουν ένα ακόμη σημαντικό τομέα στον οποίο η ηλικία επιφέρει βασικές αλλαγές. Στους άνδρες δυσλειτουργίες που σχετίζονται με τον προστάτη οδηγούν σε σημαντικές αλλαγές στη σεξουαλική δραστηριοποίηση ενώ στις γυναίκες η έλευση της εμμηνόπαυσης και η μεταβολή των ορμονών επιφέρει σοβαρές αλλαγές στην σεξουαλική διάθεση και επιθυμία (Altay, Çavuşoğlu & Çal, 2016).

Η κινητικότητα των ηλικιωμένων ατόμων τροποποιείται λόγω προβλημάτων που εντοπίζονται στο μυοσκελετικό σύστημα και στις αρθρώσεις τα οποία δημιουργούν εμπόδια στην ομαλή κίνηση. Η λεπτή αλλά και η αδρή κινητικότητα των χεριών επηρεάζεται έντονα ενώ συχνά οι μεταβολές αυτές συνοδεύονται από πόνο (Bouma, 2013). Η ευελιξία κατά την κίνηση μειώνεται και συνεπώς επιβραδύνονται αισθητά οι κινήσεις ειδικότερα το βάδισμα. Η έλλειψη ομαλής κινητικότητας οφείλεται στην μείωση της μυϊκής αντοχής και της μυϊκής δύναμης του ατόμου, οι οποίες από το 65<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας και έπειτα φθίνουν συνεχώς (Agraci, Tokyürek & Bilgili, 2015). Η μείωση αυτή προκαλείται λόγω της ελάττωσης του μυϊκού ιστού που σταδιακά αντικαθίσταται από λιπώδη ιστό. Βασικά προβλήματα που σχετίζονται με την κινητικότητα των ηλικιωμένων αποτελούν παθήσεις όπως είναι η οστεοπόρωση και η οστεοπενία λόγω των οποίων είναι αυξημένος ο κίνδυνος καταγμάτων στα ηλικιωμένα άτομα (Şahin & Emiroğlu, 2014). Η μείωση των δραστηριοτήτων που προϋποθέτουν έντονη κινητικότητα περιορίζει ταυτόχρονα το κινητικό εύρος των αρθρώσεων στα άτομα αυτά και συνεπώς ελαττώνεται η ευκαμψία τους. Αρθρώσεις με έντονη κατά το παρελθόν κινητικότητα, όπως είναι οι αρθρώσεις του γόνατος και του ισχίου, χάνουν τόσο την ευκινησία όσο και τη σταθερότητα τους προκαλώντας συχνούς τραυματισμούς λόγω πτώσεων και εντείνοντας επιπρόσθετα το πρόβλημα (Aydiner Boylu & Günay, 2017; Şahin, Özer & Yanardağ, 2019).

Η επιρροή της γήρανσης στο καρδιαγγειακό σύστημα είναι εμφανής λόγω του μεγάλου ποσοστού καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά την τρίτη ηλικία. Η αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η στεφανιαία νόσος αλλά και οι αρρυθμίες αποτελούν το αποτέλεσμα της φθοράς και της μείωσης της λειτουργικής ικανότητας του συστήματος (Rowiński & Dąbrowski, 2011). Η καρδιακή αποδοτικότητα, δηλαδή ο όγκος του καρδιακού παλμού και η δυνατότητα μέγιστης προώθησης οξυγόνου στους ιστούς, μειώνεται σε ποσοστό 1% κατά έτος και παρατηρείται εντονότερη σε άτομα τα οποία ακολούθησαν μια καθιστική ζωή κατά το παρελθόν (Leila et al., 2016).

Η ικανότητα ανταλλαγής αερίων από τους πνεύμονες επίσης μειώνεται με συνέπεια να ελαττώνονται οι συγκεντρώσεις του οξυγόνου στο αίμα. Παράλληλα ελαττώνεται και η συγκέντρωση τόσο του εισπνεόμενου όσο και του εκπνεόμενου αέρα. Τα όργανα του απεκκριτικού συστήματος αδυνατούν να ανταπεξέλθουν ειδικότερα οι νεφροί με αποτέλεσμα τη συσσώρευση στο αίμα τοξινών και άχρηστων ουσιών του μεταβολισμού απειλώντας ταυτόχρονα την ομαλή λειτουργία του οργανισμού (Şahin & Emiroğlu, 2014).

Το νευρικό σύστημα επίσης εμφανίζει σημαντική μεταβολή στο επίπεδο της λειτουργικότητας του επηρεάζοντας σημαντικούς τομείς όπως είναι ο ύπνος και η θερμορύθμιση. Τα ηλικιωμένα άτομα συχνά παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο με κυριότερη την αυπνία ενώ αδυνατούν να προσαρμοσθούν με άνεση στις αλλαγές της θερμοκρασίας του περιβάλλοντος (Altay, Çavuşoğlu & Çal, 2016). Η πλειονότητα των αλλαγών που αφορούν το κεντρικό νευρικό σύστημα και τις γνωστικές ικανότητες του ατόμου αποδίδονται κατά βάση όχι αποκλειστικά στη διαδικασία της γήρανσης αλλά στην εκδήλωση συνοδών νοσημάτων όπως είναι η νόσος Alzheimer (Ay-diner Boylu & Günay, 2017).

Η σταδιακή μείωση της λειτουργικότητας των οργανικών συστημάτων συνδέεται με τη θνησιμότητα, αν και η έλευση της οφείλεται σε παράγοντες τόσο βιολογικούς όσο και κοινωνικούς και οικονομικούς. Ο θάνατος αποτελεί στην πράξη το τελικό στάδιο έκπτωσης της δυναμικής του οργανισμού και σηματοδοτεί το τέλος της ικανότητας του να υποστηρίζει την συντήρηση των κυττάρων αυτού (Leila et al., 2016).

### 3.4 Προβλήματα σχετιζόμενα με την ψυχική υγεία κατά την τρίτη ηλικία

Το γενικότερο επίπεδο διαβίωσης των ηλικιωμένων και η ενεργός συμμετοχή τους σε καθημερινές δραστηριότητες καθορίζουν τη διαμόρφωση της υγιούς γήρανσης. Η ικανοποίηση λόγω της ικανότητας αυτοεξυπηρέτησης των αναγκών αλλά και οι κοινωνικές σχέσεις αποτελούν στοιχεία ζωτικής σημασίας που καθορίζουν το βαθμό ευζωίας και επομένως συνεισφέρουν στη διασφάλιση της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων. Η αντίληψη ότι παρά την έκπτωση της λειτουργικότητας είναι δυνατή η ομαλή διαβίωση παρέχει ένα πλαίσιο καλλιέργειας θετικών συναισθημάτων τα οποία μειώνουν τα επίπεδα άγχους και ανασφάλειας στα άτομα αυτά (Altıparmak, 2009; Kasprzak, 2010).

Σημαντική παράμετρο στη διατήρηση της ψυχικής υγείας των ατόμων κατά την έλευση της γήρανσης αποτελεί η λογική επανεκτίμηση των συνθηκών διαβίωσης που πλέον καλούνται να αντιμετωπίσουν καθημερινά, υιοθετώντας συνήθειες οι οποίες προάγουν την υγεία καθώς και συμπεριφορές που συνάδουν με την τρίτη ηλικία (Unsar, Erol & Sut, 2016). Άτομα τα οποία έχουν διατηρήσει ένα ευρύ κοινωνικό δίκτυο επαφών και διαπροσωπικών σχέσεων παρουσιάζουν καλύτερη ετοιμότητα και υψηλότερο επίπεδο ψυχικής σταθερότητας σε σύγκριση με άτομα τα οποία δεν έχουν σύντροφο, απογόνους ή οικογένεια. Η περιορισμένη υποστήριξη από το περιβάλλον προκαλεί την εκδήλωση συμπτωμάτων εσωστρέφειας και απουσίας κοινωνικοποίησης με σημαντικό αντίκτυπο στο επίπεδο ευζωίας (Yurcu, Kasalak & Akinci, 2017).

Καταστάσεις έντονες όπως είναι η χηρεία, απώλεια φιλικών και συγγενικών προσώπων, ο φόβος της ασθένειας αλλά κυρίως του θανάτου σε συνδυασμό με την απομόνωση από πρότερες δραστηριότητες βάζουν έντονα τον ψυχισμό των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Το άγχος της απώλειας του ελέγχου του σώματος που έπεται της έλευσης της γήρανσης λειτουργεί επιβαρυντικά στην ψυχοσύνθεση τους ωθώντας τους στην εκδήλωση συναισθημάτων κατάθλιψης (Błachnio & Buliński, 2013; Karikiran, 2016).

Η έντονη επιθυμία των ηλικιωμένων να παραμείνουν ικανοί και να διατηρήσουν τον έλεγχο του εαυτού τους συχνά έρχεται σε αντίθεση με την πραγματικότητα προκαλώντας συμπτώματα ψυχικών διαταραχών με κυριότερα την παραίτηση, την

απελπισία και την απαισιοδοξία (Altıparmak, 2009). Το αίσθημα της μη αποδοχής από το σύνολο σε συνδυασμό με την μειωμένη ικανότητα προσφοράς στα κοινά λειτουργούν ανατρεπτικά σε σχέση με την διατήρηση της αξιοπρέπειας και της αυτοεκτίμησης τους και δυσχεραίνουν την εκδήλωση συναισθημάτων ψυχικής ικανοποίησης και πληρότητας (Yurcu, Kasalak & Akinci, 2017). Η συνταξιοδότηση απομακρύνει το άτομο από τον επαγγελματικό χώρο ελαττώνοντας τη δραστηριοποίηση του και συνεπώς επηρεάζει την εικόνα που διαμορφώνει το ίδιο αναφορικά με τη χρησιμότητα του και την παροχή υπηρεσιών στο κοινωνικό σύνολο (Bouma, 2013). Στην πλειονότητα των ηλικιωμένων η περίοδος που έπεται της απομάκρυνσης από τον εργασιακό χώρο συνοδεύεται από ποικίλα αρνητικά συμπτώματα όπως άγχος, κατάθλιψη και απαισιοδοξία (Bai, Yang & Knapp, 2018).

Η γήρανση συχνά συνοδεύεται από εκδηλώσεις παραίτησης, μοναξιάς και απογοήτευσης. Οι ψυχικές ανάγκες των ηλικιωμένων δε διαφέρουν από εκείνες των λοιπών ηλικιακών ομάδων αντίθετα παρουσιάζονται περισσότερο ευαίσθητες καθώς αποζητούν σε μεγαλύτερο βαθμό την κοινωνική αποδοχή και ενσωμάτωση οι οποίες καθορίζουν σημαντικά το επίπεδο της ψυχικής υγείας των ηλικιωμένων ατόμων (Kasprzak, 2010; Ponnaiyan, Harinath & Dhayanand, 2019).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 Μεθοδολογία**

### **4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας**

Έναυσμα για την παρούσα μελέτη αποτέλεσε η ανάγκη να εξετασθεί η ποιότητα της ζωής ηλικιωμένων ατόμων και ειδικότερα το επίπεδο της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Τα αποτελέσματα της έρευνας επιχειρούν να αναδείξουν τις μεταβολές που εντοπίζουν λόγω ηλικίας στην καθημερινότητα τους άτομα άνω των 65 ετών, όπως αυτές κρίνονται από τους ίδιους. Ταυτόχρονα καταγράφονται οι κοινωνικές και δημογραφικές συσχετίσεις αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας των ατόμων αυτών, οι οποίες τροποποιούνται εξαιτίας της ηλικίας τους, δύναται να επιτρέψει τον εντοπισμό πιθανών μηχανισμών προστασίας της σωματικής και ψυχικής τους υγείας και συνεπώς να οδηγήσει στη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου ζωής.

### **4.2 Ερευνητικά ερωτήματα**

Η διατύπωση ερευνητικών ερωτήσεων είναι απαραίτητη διότι οδηγεί στον περιορισμό του ευρύτερου ερευνητικού πεδίου σε συγκεκριμένα ερευνητικά προβλήματα και οριοθετεί το συγκεκριμένο ερευνητικό πλαίσιο μέσα στο οποίο επιχειρεί να επικεντρωθεί η παρούσα μελέτη. Συγκεκριμένα τα ερωτήματα τα οποία διατυπώθηκαν κατά την διεξαγωγή της έρευνας ήταν τα εξής:

- 1.** Η καθημερινότητα των ατόμων επηρεάζεται από την ηλικία;
- 2.** Οι μη επαρκείς οικονομικοί πόροι των ηλικιωμένων οδηγούν σε στρες;

3. Πόσο συχνές είναι οι διαταραχές ύπνου σε προχωρημένη ηλικία;
4. Ποια είναι η πιθανότητα εκδήλωσης κατάθλιψης και άγχους σε ηλικιωμένα άτομα;
5. Οι ηλικιωμένοι συμμορφώνονται στα θεραπευτικά σχήματα και στις διατροφικές για την ηλικία τους απαιτήσεις;
6. Πως εκτιμούν το επίπεδο της ζωής τους τα ηλικιωμένα άτομα;

Τα ερευνητικά αυτά ερωτήματα επιχειρούν να στοιχειοθετήσουν την εικόνα που έχουν οι ηλικιωμένοι αναφορικά με την ποιότητα της ζωής τους καθώς και το βαθμό στον οποίο τα πιθανά σωματικά και ψυχικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν επηρεάζουν τη καθημερινότητά τους.

#### 4.3 Σχεδιασμός της έρευνας

Ο ερευνητικός σχεδιασμός για τη παρούσα εργασία περιλάμβανε τη διατύπωση των ερευνητικών ερωτημάτων αναφορικά με την εικόνα που διαμορφώνουν ηλικιωμένοι σε σχέση με την ποιότητα της ζωής τους. Συγχρόνως κατέγραψε το βαθμό στον οποίο η ηλικία αλλοιώνει το επίπεδο της καθημερινής λειτουργικότητάς τους.

Πρόκειται για ποσοτική έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε με τη διάθεση ερωτηματολογίων σε επιλεγόμενο δείγμα του πληθυσμού ηλικίας άνω των 65 ετών. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)*.

Με δεδομένο πως κάθε στάδιο στη διαδικασία της έρευνας μπορεί να αποτελέσει πιθανή πηγή δεοντολογικών προβλημάτων τηρήθηκαν οι απαιτούμενοι κανόνες δεοντολογίας. Συγκεκριμένα υπήρξε γραπτή συναίνεση των ηλικιωμένων προκειμένου να συμμετέχουν στη διαδικασία και δόθηκε σε κάθε έναν από αυτούς ένας αύξωντας σειριακός αριθμός για να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους.



Η επιλογή του δείγματος της έρευνας, στην προκειμένη περίπτωση άτομα άνω των 65 ετών που ζουν στην Κω, έγινε τυχαία. Συγκεκριμένα τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε διάφορα σημεία και η επιλογή των ηλικιωμένων στους οποίους δόθηκαν υπήρξε τυχαία. Ο λόγος ήταν για να περιέχονται σε αυτό άτομα διαφορετικής ηλικίας (με την προϋπόθεση να είναι άνω των 65 ετών), οικογενειακής κατάστασης, εκπαίδευσης και κοινωνικής θέσης. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίστηκε η ποικιλομορφία των συμμετεχόντων και άρα η αντικειμενικότερη αντιμετώπιση των ερευνητικών ερωτημάτων.

### 4.3.1 Δείγμα της έρευνας

Κυρίαρχο στοιχείο στο σχεδιασμό μιας ερευνητικής διαδικασίας αποτελεί ο προσδιορισμός του πληθυσμού στον οποίο πρόκειται να στραφεί. Στη συνέχεια ο ερευνητικός σχεδιασμός επικεντρώνεται στη διαδικασία της δειγματοληψίας που αποτελεί ένα σημαντικό μέρος αυτού καθώς η επιλογή του δείγματος επηρεάζει τόσο την ποιότητα των δεδομένων όσο και τα συμπεράσματα της έρευνας.

Η κατάλληλη επιλογή του δείγματος σε μια έρευνα επιτρέπει να ληφθούν σχετικά ακριβείς πληροφορίες οι οποίες και μπορούν στη συνέχεια να γενικευθούν στον ευρύτερο πληθυσμό. Στην ουσία η δειγματοληψία επιτρέπει σε έναν ερευνητή να εξάγει ενδεικτικά συμπεράσματα για τον συνολικό πληθυσμό με το μικρότερο δυνατό κόστος. Επιβάλλεται όμως να πληρούνται κάποιες προϋποθέσεις όπως το ότι δείγμα θα πρέπει να είναι επαρκές και να αντιστοιχεί σε ένα αξιοπρεπές ποσοστό του συνολικού πληθυσμού.

Κατά την παρούσα έρευνα επιλέχθηκαν να συμμετέχουν άτομα άνω των 65 ετών που ζουν στην Κω. Η τυχαία επιλογή των συμμετεχόντων σε συνδυασμό με τον επαρκή αριθμό τους αποτελεί ένα σημαντικό βήμα σε ότι αφορά την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων.

### 4.3.2 Τεχνικές συλλογής δεδομένων

Οι στόχοι μιας ερευνητικής διαδικασίας είναι εκείνοι που καθορίζουν τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Στην παρούσα εργασία επιλέχτηκε η ποσοτική προσέγγιση με τη χρήση ερωτηματολογίου. Η μέθοδος αυτή επέτρεψε την μεγαλύτερη δυνατή προσέγγιση του υπό μελέτη δείγματος και συνεπώς την αξιόπιστη διεξαγωγή της μελέτης.

Η επιλογή της χρήσης ερωτηματολογίου ως βασικού εργαλείου για τη διεξαγωγή της έρευνας βασίστηκε στο γεγονός ότι παρέχει τη δυνατότητα να συλλεχθούν δεδομένα σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα και από έναν ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων. Επιπλέον η συμμετοχή υπήρξε ανώνυμη καθώς δόθηκε στον κάθε ηλικιωμένο άτομο ένας μοναδικός σειριακός αριθμός εξασφαλίζοντας τα προσωπικά του δεδομένα. Η εξασφάλιση της ανωνυμίας καθιστά τη χρήση του ερωτηματολογίου πιο αξιόπιστη αφού ενθαρρύνει την ειλικρίνεια στις απαντήσεις. Από άποψη κόστους είναι κατά πολύ πιο οικονομικό ενώ δίνεται και η δυνατότητα στους ηλικιωμένους να απαντηθεί και να παραδοθεί σε δεύτερο χρόνο.

Βασικά εμπόδια όμως στη χρήση ερωτηματολογίων αποτελούν το μικρό σε ορισμένες περιπτώσεις ποσοστό ανταπόκρισης και η έλλειψη συγκέντρωσης από τους συμμετέχοντες οι οποίοι απαντούν βιαστικά και χωρίς σκέψη.

Η διατύπωση των ερωτημάτων στο ερωτηματολόγιο που επιλέχθηκε είναι σαφής και επομένως διασφαλίζεται η αποφυγή πιθανών παρερμηνειών στις απαντήσεις. Σε ότι αφορά το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας* πρόκειται για ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς στο οποίο περιλαμβάνεται ο έλεγχος σωματικών συμπτωμάτων, άγχους και αϋπνίας, κοινωνικών δυσλειτουργιών και σοβαρών καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι απαντήσεις σε κάθε ερώτηση παρουσιάζονται σε μια κλίμακα Likert 4 διαβαθμίσεων και οι υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτό αποτελούν ένδειξη διαταραχών. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα και έχει σταθμισθεί στον ελληνικό πληθυσμό (Goldberg, 1978). Πρόκειται για ερωτηματολόγιο το οποίο έχει διανεμηθεί τόσο σε ασθενείς όσο και σε υγιείς πληθυσμούς και έχει να επιδείξει καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Ειδικότερα, αναφορικά με την εγκυρότητα, ο συντελεστής ανέρχεται στο 0,77. Η ευαισθησία, η εξειδίκευση και η αξιοπιστία ε-

σωτερικής συνέπειας στα παραπάνω σημεία στο ερωτηματολόγιο είναι οι ακόλουθες: Ευαισθησία: GHQ-28=89%, Εξειδίκευση: GHQ-28=81% και Αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας: GHQ-28=0,93 (Goldberg, 1978).

#### 4.4 Περιορισμοί κατά τη διεξαγωγή της έρευνας

Κατά την εκπόνηση της παρούσας έρευνας προέκυψαν συγκεκριμένοι περιορισμοί και δυσκολίες. Αρχικά η αποτυχία λήψης πληροφοριών από ένα τμήμα των μελών του δείγματος λόγω έλλειψης χρόνου ή διάθεσης συμμετοχής περιόρισε το συνολικό αριθμό των ηλικιωμένων ατόμων που συμμετείχαν τελικά στη μελέτη. Κάποια από τα μέλη του δείγματος αρνήθηκαν να απαντήσουν σε ορισμένες από τις ερωτήσεις μειώνοντας τον αριθμό των ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων και με τον τρόπο αυτό και το συνολικό αριθμό των συμμετεχόντων.

#### 4.5 Στατιστική Ανάλυση δεδομένων

Μετά την συγκέντρωση των απαντήσεων των συμμετεχόντων στα ερωτηματολόγια το επόμενο βήμα ήταν η επεξεργασία των δεδομένων. Κατά την ανάλυση καταγράφηκαν αρχικά τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που συμμετείχαν. Με δεδομένο ότι πρόκειται για συνεχείς μεταβλητές εξετάσθηκε ο μέσος όρος, η τυπική απόκλιση και η διακύμανση προκειμένου να επιτευχθεί η καλύτερη περιγραφή των μεταβλητών αυτών. Καθώς πρόκειται για διακριτές μεταβλητές πραγματοποιήθηκε συσχέτιση Pearson  $\chi^2$  test. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε  $p < 0,05$  ( $\alpha=5\%$ ). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το IBM SPSS V23. (SPSSinc., Chicago, Illinois, USA).

#### 4.6 Προοπτικές της μελέτης

Η συγκεκριμένη έρευνα επιχείρησε να αξιολογήσει το επίπεδο της ποιότητας της ζωής ατόμων άνω των 65 ετών τα οποία ζουν στην Κω.

Παρότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα της ζωής αποτελεί σαφώς μια υποκειμενική θεώρηση με πολλαπλές διαστάσεις, θεωρείται αναμφισβήτητο ότι διαμορφώνεται βασιζόμενη στη σωματική και φυσική υγεία του ατόμου καθώς και στην ψυχική και στην πνευματική του κατάσταση. Επομένως κάθε διαταραχή που εντοπίζεται σε οποιοδήποτε από τους τομείς αυτούς αναμένεται να προκαλεί έκπτωση στο επίπεδο της ποιότητας της ζωής. Η ηλικία επηρεάζει σημαντικά την καθημερινότητα του ατόμου και η απώλεια ελέγχου βασικών σωματικών, πνευματικών και ψυχικών λειτουργιών κρίνεται καίρια στη διαμόρφωση του επιπέδου διαβίωσης.

Παράλληλα ο εντοπισμός των παραμέτρων της καθημερινότητας που επηρεάζονται λόγω της ηλικίας στα άτομα αυτά δύναται να επιτρέψει την βέλτιστη κατανόηση αυτών και κατά συνέπεια την επιλογή κατάλληλων παρεμβατικών στρατηγικών με στόχο την διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου διαβίωσης.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 Αποτελέσματα – Επεξεργασία**

### **5.1 Διαχωρισμός των μεταβλητών**

Το δείγμα των ηλικιωμένων χωρίστηκε σε δύο στρώματα ανάλογα με το φύλο (άνδρες ή γυναίκες). Επιπλέον, κατηγοριοποιήθηκε ανάλογα με τον τόπο κατοικίας του (πόλη, κωμόπολη ή χωριό) αλλά και το εκπαιδευτικό υπόβαθρο και την οικογενειακή κατάσταση. Παράλληλα εξετάστηκε είδος της σύνταξης που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι καθώς και το μηνιαίο εισόδημα τους.

Για την ανάλυση των δεδομένων χρειάστηκε να κατηγοριοποιηθούν ορισμένες μεταβλητές οι οποίες είχαν πολλές δυνατές επιλογές μεταξύ των απαντήσεων. Η μεταβλητή που διευκρίνιζε το πρότερο επάγγελμα των ηλικιωμένων επειδή είχε πολλές κατηγορίες αποφασίστηκε να συγχωνευθεί. Έτσι, ενώ αρχικά υπήρχαν περισσότερες επιλογές τελικά μετατράπηκαν σε «χειρωνακτικό», «μη χειρωνακτικό» και «αγρότης», ενώ η επιλογή «οικιακά» παρέμεινε ως είχε.

Επίσης η μεταβλητή που περιέγραφε τη διαμονή των ηλικιωμένων διαμορφώθηκε σε «μόνος/η», «με το/την σύζυγο» και «με τα παιδιά μου», δίχως όμως να αναφέρεται η οικογενειακή κατάσταση των παιδιών στην τελευταία κατηγορία.

### **5.2 Αποτελέσματα**

#### **5.2.1 Περιγραφική ανάλυση των ηλικιωμένων της μελέτης**

Το δείγμα των 101 ηλικιωμένων ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα προκύπτει ότι στην πλειοψηφία τους είναι άνδρες (n=56, 55,4%) ενώ το 44,6 % (n=45) είναι γυναίκες. Σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση 43 (42,6 %) ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι είναι έγγαμοι, 41 (40,6%) ηλικιωμένοι έχουν χάσει το σύντροφο

τους και είναι χήροι, 9 (8,9%) ηλικιωμένοι είναι άγαμοι και 8 (7,9%) ηλικιωμένοι είναι διαζευγμένοι.

Από το σύνολο των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα οι 38 (43,7%) έχουν αποκτήσει 2 παιδιά, οι 23 (26,4%) έχουν αποκτήσει 3 παιδιά και 12 (13,8%) έχουν αποκτήσει μόνο 1 παιδί. Το 10,3% (n=9) των ηλικιωμένων έχει αποκτήσει 4 παιδιά, και 5,7% (n=5) έχει περισσότερα από 4 παιδιά.

Σε ότι αφορά τη βαθμίδα εκπαίδευσης που έχουν παρακολουθήσει και συνεπώς το εκπαιδευτικό τους επίπεδο η πλειονότητα (n=44, 44,9%) των ηλικιωμένων δήλωσε ότι έχει παρακολουθήσει κάποιες τάξεις του Δημοτικού Σχολείου ενώ την Πρωτοβάθμια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει 30 (30,6%) ηλικιωμένοι. Τη Δευτεροβάθμια εκπαίδευση έχουν ολοκληρώσει 15 (15,3%) ηλικιωμένοι και ελάχιστοι έχουν λάβει Τριτοβάθμια εκπαίδευση (n=6, 6,1%). Από το σύνολο των ηλικιωμένων 3 (3,1%) δήλωσαν ότι δεν έχουν πάει σχολείο.

Ο τόπος μόνιμης διαμονής είναι σε κωμόπολη για το 2,1 % (n=2) των ηλικιωμένων, σε πόλη για το 22,1 % (n=21) και σε χωριό για τους περισσότερους (n=72, 75,8%). Σε ότι αφορά τις συνθήκες της διαμονής τους μόνοι μένουν 37 (37,0%) από τους ηλικιωμένους, με τον ή την σύζυγο τους 40 (40,0%) ηλικιωμένοι και με τα παιδιά τους 23 (23,0%) από τους ηλικιωμένους.

Σε ότι αφορά τη συνταξιοδοτική τους κατάσταση οι περισσότεροι (n=47, 48,0%) ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι λαμβάνουν σύνταξη από τον ΟΓΑ και 20 (20,4%) δήλωσαν ότι η σύνταξη τους είναι Δημοσίου. Σύνταξη από το ΙΚΑ λαμβάνουν 15 (15,3%) ηλικιωμένοι και 8 (8,2%) λαμβάνουν σύνταξη ελεύθερου επαγγελματία. Άλλου είδους σύνταξη λαμβάνει μόνο 1 (1,0%) ηλικιωμένος. Το 7,1% (n=7) των ηλικιωμένων δεν λαμβάνει κανέναν είδους σύνταξη.

Το μηνιαίο εισόδημα είναι περισσότερο από 1.000 ευρώ για 15 (15,0%) ηλικιωμένους και 19 (19,0%) ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι το μηνιαίο τους εισόδημα κυμαίνεται από 601 έως 1000 ευρώ. Η πλειονότητά (n=63, 63,0%) των ηλικιωμένων δήλωσε ότι το μηνιαίο εισόδημα τους είναι από 301 μέχρι 600 ευρώ και στα όρια της ανέχειας βιώνει το 3,0% (n=3) των ηλικιωμένων με μηνιαίο εισόδημα από 0 έως 300 ευρώ.

Τέλος με βάση το επάγγελμα το οποίο ασκούσε από το σύνολο των ηλικιωμένων το 30,7% (n=31) ασκούσε μη χειρωνακτικό επάγγελμα σε σχέση με το 21,8% (n=22) που ασκούσε χειρωνακτικό επάγγελμα. Το 20,8% (n=21) των ηλικιωμένων ήταν αγρότες και 27 (26,7%) απασχολούνταν με οικιακές εργασίες.

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί απεικονίζονται τα περιγραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στη μελέτη.

**Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά**

<b>Δημογραφικά στοιχεία</b>			
<b>Μεταβλητή</b>		<b>Αριθμός ατόμων (n)</b>	<b>Ποσοστό (%)</b>
<b>Φύλο</b>	Άνδρας	56	55,4
	Γυναίκα	45	44,6
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	Άγαμος/η	9	8,9
	Έγγαμος/η	43	42,6
	Διαζευγμένος/η	8	7,9
	Χήρος/α	41	40,6
<b>Αριθμός παιδιών</b>	1	12	13,8
	2	38	43,7
	3	23	26,4
	4	9	10,3
	πάνω από 4	5	5,7
<b>Εκπαίδευση</b>	Πρωτοβάθμια	30	30,6
	Δευτεροβάθμια	15	15,3
	Τριτοβάθμια	6	6,1

	μόνο κάποιες τάξεις Δημοτικού Σχολείου	44	44,9
	δεν έχει παρακολουθήσει σχολείο	3	3,1
<b>Τόπος μόνιμης διαμονής</b>	Πόλη	21	22,1
	Κωμόπολη	2	2,1
	Χωριό	72	75,8
<b>Συνταξιοδοτική κατάσταση</b>	σύνταξη Δημοσίου	20	20,4
	σύνταξη ΟΓΑ	47	48,0
	σύνταξη ΙΚΑ	15	15,3
	σύνταξη ελεύθερου επαγγελματία	8	8,2
	άλλη	1	1,0
	καμία σύνταξη	7	7,1
<b>Συνθήκες διαμονής</b>	μόνος/η	37	37,0
	με τον/την σύζυγο	40	40,0
	με τα παιδιά του/της	23	23,0
<b>Επάγγελμα</b>	χειρωνακτικό	22	21,8
	μη χειρωνακτικό	31	30,7
	αγρότης	21	20,8
	οικιακά	27	26,7
<b>Μηνιαίο εισόδημα</b>	0-300€	3	3,0
	301-600€	63	63,0
	601-1000€	19	19,0
	ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1000€	15	15,0



Σε ότι αφορά την ηλικία των ηλικιωμένων προέκυψε πως η μέση ηλικία είναι 76.12 έτη με απόκλιση  $\pm 8.712$  ενώ η ελάχιστη ηλικία είναι τα 65 και η μέγιστη ηλικία τα 93 έτη.

**Πίνακας 2: Ηλικίες ατόμων που συμμετείχαν**

Ηλικία συμμετεχόντων της μελέτης					
	Αριθμός ατόμων (n)	Ελάχιστη ηλικία Minimum	Μέγιστη ηλικία Maximum	Μέσος όρος Mean	Απόκλιση Std. Deviation
<b>Ηλικία</b>	101	65	93	76,12	8,712

### 5.2.2 Επίπεδο Υγείας και παράμετροι

Με βάση το ερωτηματολόγιο βαθμονόμησης που χρησιμοποιήθηκε [*Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)*] σε ότι αφορά το επίπεδο Γενικής Υγείας των ηλικιωμένων η ανάλυση των ερωτηματολογίων οδήγησε στα ακόλουθα αποτελέσματα.

Στο ερωτηματολόγιο διακρίνονται τέσσερις παράγοντες: Σωματική ευεξία/ Σωματικά συμπτώματα, Άγχος/ Αϋπνία, Κοινωνική δυσλειτουργικότητα και Κατάθλιψη.

Ο παράγοντας *Σωματική ευεξία/ Σωματικά συμπτώματα* ανταποκρίνεται στα ερωτήματα 1,2,3,4,5,6 και 7. Τα ερωτήματα αυτά είναι τα ακόλουθα και αναφέρονται στη φυσική ικανότητα του ατόμου και στη δυνατότητα του να καλύπτει τις σωματικές του ανάγκες.

**Ερώτηση 1**

*Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;*

**Ερώτηση 2**

*Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;*

**Ερώτηση 3**

*Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;*

**Ερώτηση 4**

*Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;*

**Ερώτηση 5**

*Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;*

**Ερώτηση 6**

*Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;*

**Ερώτηση 7**

*Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;*

Ο παράγοντας *Άγχος/ Αϋπνία* αφορά τα ερωτήματα 8,9,10,11,12,13 και 14 τα οποία αναγράφονται στη συνέχεια. Αντικατοπτρίζει γενικά συναισθήματα άγχους τα οποία πηγάζουν από την πίεση της καθημερινότητας και δύναται να προκαλέσουν διαταραχές στον ύπνο.

**Ερώτηση 8**

*Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;*

**Ερώτηση 9**

*Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;*

**Ερώτηση 10**

*Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;*

**Ερώτηση 11**

*Είσαστε οξύθυμος/η και αρπαζόσαστε εύκολα;*

**Ερώτηση 12**

*Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;*

**Ερώτηση 13**

*Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές ασχολίες;*

#### **Ερώτηση 14**

*Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;*

Η *Κοινωνική δυσλειτουργικότητα* προκύπτει από τα ερωτήματα 15,16,17,18,19,20,και 21 τα οποία και παρατίθενται. Περιγράφει την ανικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και εκείνα των άλλων και να αναπτύσσει υγιείς διαπροσωπικές σχέσεις.

#### **Ερώτηση 15**

*Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;*

#### **Ερώτηση 16**

*Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας;*

#### **Ερώτηση 17**

*Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;*

#### **Ερώτηση 18**

*Είσαστε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;*

#### **Ερώτηση 19**

*Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;*

#### **Ερώτηση 20**

*Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;*

#### **Ερώτηση 21**

*Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;*

Η *Κατάθλιψη*, η οποία προκύπτει με βάση τα ερωτήματα 22,23,24,25,26,27 και 28 τα οποία και αναγράφονται, αναφέρεται στην εκδήλωση συμπτωμάτων λύπης και απογοήτευσης.

#### **Ερώτηση 22**

*Σκεφτόσαστε πως δεν αξίζετε τίποτα;*

#### **Ερώτηση 23**

*Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;*

#### **Ερώτηση 24**

*Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;*

### Ερώτηση 25

*Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;*

### Ερώτηση 26

*Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;*

### Ερώτηση 27

*Πιάνετε τον εαυτό σας να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;*

### Ερώτηση 28

*Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;*

Το *Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)* έχει δομηθεί ως συνολικός δείκτης επίδοσης της Γενικής Υγείας και δεν απαιτείται η ανάλυση σε επίπεδο επιμέρους διαστάσεων.

Η αξιολόγηση πραγματοποιείται με τη βοήθεια 4βαθμης κλίμακας Likert και αθροίζονται όλες οι απαντήσεις από το σύνολο των 28 ερωτήσεων. Με δεδομένο ότι ορισμένες προτάσεις παίρνουν αντίστροφες τιμές θα πρέπει να δοθεί προσοχή σε αυτές. Πρόκειται για τις προτάσεις 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,22,23,24,25,26,27 και 28 οπότε κατά την στατιστική επεξεργασία θα πρέπει να αθροιστούν αντίστροφα.

Δεν υφίστανται σωστές και λάθος απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο καθώς δομείται με αυτό-αναφορές. Η βαθμολόγηση γίνεται με κριτήριο το μέσο όρο των συμμετεχόντων του δείγματος και το αποτέλεσμα καθορίζεται από το δείγμα.

### **5.2.3 Επίπεδο Γενικής Υγείας των ηλικιωμένων και Συσχετίσεις**

Προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ του επιπέδου της Γενικής Υγείας των ηλικιωμένων και των μεταβλητών που μελετήθηκαν χρησιμοποιήθηκαν οι παρακάτω δείκτες:

ποιήθηκε η δοκιμασία συσχέτισης Pearson  $\chi^2$ - test. Η σύγκριση των μεταβλητών πραγματοποιήθηκε με το σύνολο των ερωτημάτων που αντικατοπτρίζουν το επίπεδο της Γενικής Υγείας προκειμένου να ελεγχθούν οι επιμέρους συσχετίσεις.

Η *δοκιμασία συσχέτισης Pearson  $\chi^2$ - test* αποτελεί στατιστική δοκιμασία η οποία επιτρέπει να αξιολογηθεί η συσχέτιση που αναπτύσσεται μεταξύ των κατηγοριοποιημένων δεδομένων που ελέγχονται. Αξίζει να σημειωθεί στην περίπτωση κατά την οποία ο δείκτης p-value λάβει τιμές μικρότερες από 0.05 υποδηλώνει την παρουσία στατιστικά σημαντικής διαφοράς με πιθανότητα λάθους 5%. Ο συγκεκριμένος δείκτης ενημερώνει για τη συστηματική συμμεταβολή στις τιμές των μεταβλητών, χωρίς να υποδεικνύει οποιαδήποτε αιτιώδη σχέση μεταξύ τους.

Στον **Πίνακα 3** παρατίθενται οι τιμές αναφορικά με την Ηλικία των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι η Ηλικία συσχετίζεται σημαντικά με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων γεγονός που υποδηλώνει ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην εικόνα που διαμορφώνουν οι ηλικιωμένοι αναφορικά με το γενικό επίπεδο της υγείας τους.

**Πίνακας 3: Ηλικία και έλεγχος συσχετίσεων**

ΗΛΙΚΙΑ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	29,532 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	25,251 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	32,285 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	17,075 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	14,779 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	14,624 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	18,796 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	20,015 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	22,740 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	25,157 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	16,474 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	23,320 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	44,605 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	50,831 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	26,058 <sup>a</sup>	P<0,05

ΕΡΩΤΗΣΗ 22	17,539 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	16,462	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	24,615 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	15,460 <sup>a</sup>	P<0,05

Στον **Πίνακα 4** που ακολουθεί αναγράφονται οι συσχετίσεις αναφορικά με το επίπεδο μόρφωσης των συμμετεχόντων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Προκύπτει ότι η Εκπαίδευση συσχετίζεται σημαντικά με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων. Το μορφωτικό υπόβαθρο καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα που διαμορφώνει το άτομο σε σχέση με την καθημερινότητα του και με το επίπεδο υγείας αλλά και διαβίωσης του. Συνεπώς άτομα με υψηλότερη μόρφωση παρουσιάζονται να έχουν μια βελτιωμένη άποψη σε σχέση με την υγεία τους και το επίπεδο αυτής σε σχέση με άτομα των οποίων η μόρφωση εντοπίζεται να βρίσκεται σε κατώτερο επίπεδο.

**Πίνακας 4: Εκπαίδευση και έλεγχος συσχετίσεων**

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	38,683	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	38,625	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	30,977	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	41,018	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	30,589	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	32,543	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	18,636	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	47,056	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	33,183	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	24,241	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	53,386	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 13	31,440 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 14	29,705 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	28,528 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	26,806 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	33,199 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	26,435 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	39,683 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	33,894 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	37,944 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	22,932 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	43,266 <sup>a</sup>	P<0,05

ΕΡΩΤΗΣΗ 26	31,397 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	29,817 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	47,181 <sup>a</sup>	P<0,05

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τις συσχετίσεις αναφορικά με την κατοικία των ηλικιωμένων και το σύνολο των ερωτημάτων που τέθηκαν. Η Κατοικία, δηλαδή το εάν διαμένουν μόνοι τους ή με κάποιο μέλος της οικογένειάς τους, συσχετίζεται με το σύνολο σχεδόν των ερωτημάτων γεγονός που αποκαλύπτει τη σημασία αυτής στην καθημερινότητα των ηλικιωμένων.

**Πίνακας 5: Κατοικία και έλεγχος συσχετίσεων**

ΚΑΤΟΙΚΙΑ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	21,015 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	23,996 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 4	18,053	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	16,137 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	12,177 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	15,418 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	22,570 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	12,823 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	22,167 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	19,855 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	17,477 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	24,134 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	18,531 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	38,643 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	40,673 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	19,344 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	16,735 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	31,667 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 25	16,878 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	19,148 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 28	14,613 <sup>a</sup>	P<0,05

Αντίστοιχα ο Πίνακας 6 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στην Οικογενειακή Κατάσταση των ηλικιωμένων και το σύνολο των ερωτημάτων. Η παρουσία οικογέ-

νειας συσχετίζεται σημαντικά με το επίπεδο της υγείας των ηλικιωμένων σε αντίθεση με την απουσία της και συνεπώς την μοναξιά.

**Πίνακας 6: Οικογενειακή Κατάσταση και έλεγχος συσχετίσεων**

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	18,990 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	17,239 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	17,068 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	28,616 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 14	18,356 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	25,423 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	19,321 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	19,056 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	25,997 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	26,223 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	25,168 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 24	22,299 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 27	19,137 <sup>a</sup>	P<0,05

Ο Πίνακας 7 παρουσιάζει τη σχέση ανάμεσα στο Μηνιαίο Εισόδημα των ηλικιωμένων και το σύνολο των ερωτημάτων. Το οικονομικό επίπεδο και η οικονομική άνεση γενικότερα συμβάλλουν σημαντικά στην θετική εικόνα των ηλικιωμένων αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Το αυξημένο Μηνιαίο Εισόδημα συνεπάγεται την θετικότερη εικόνα σε σχέση με την υγεία και την ικανοποίηση καθημερινών αναγκών.

**Πίνακας 7: Μηνιαίο Εισόδημα και έλεγχος συσχετίσεων**

ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	43,526 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	22,785 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 3	30,794 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	18,987 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 7	14,263 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 8	18,337 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	18,555 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	23,318 <sup>a</sup>	P<0,05



ΕΡΩΤΗΣΗ 13	23,235 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 14	21,018 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	19,932 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 16	43,003 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	29,602 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	29,535 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	31,095 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	29,902 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	26,133 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	22,265 <sup>a</sup>	P<0,05

Στον **Πίνακα 8** απεικονίζεται τη σχέση ανάμεσα στον Τόπο Διαμονής των ηλικιωμένων και το σύνολο των ερωτημάτων. Το εάν διαμένουν σε πόλη, κωμόπολη ή χωριό φαίνεται να συσχετίζεται με μικρό αριθμό ερωτημάτων. Ο Τόπος Διαμονής επομένως δε φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά την εικόνα της υγείας των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 8: Τόπος Διαμονής και έλεγχος συσχετίσεων**

ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 1	14,855 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 2	31,653 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 9	14,293 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	17,362 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 12	18,827 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 19	15,067 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 20	16,121 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 21	15,916 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	16,060 <sup>a</sup>	P<0,05

Τέλος στον **Πίνακα 9** παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στο Φύλο και τα ερωτήματα που τέθηκαν στους ηλικιωμένους. Ο αριθμός των ερωτημάτων που σχετίζονται σημαντικά με το Φύλο είναι μικρός γεγονός που υποδηλώνει ότι το Φύλο δε διαφοροποιεί ιδιαίτερα την εικόνα των ηλικιωμένων αναφορικά με την υγεία τους.

**Πίνακας 9: Φύλο και έλεγχος συσχετίσεων**

ΦΥΛΟ	Pearson $\chi^2$ -Value	P-Value
ΕΡΩΤΗΣΗ 5	10,090 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 6	8,194 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 10	8,464 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 11	14,033 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 15	10,293 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 17	11,694 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 18	8,788 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 22	12,543 <sup>a</sup>	P<0,05
ΕΡΩΤΗΣΗ 23	8,586 <sup>a</sup>	P<0,05

### 5.3 Περιορισμοί της μελέτης

Με την ολοκλήρωση της παρούσας μελέτης κρίνεται σκόπιμο να αναφερθούν οι περιορισμοί που τη χαρακτηρίζουν και οι οποίοι έχουν επιπτώσεις στη γενίκευση των αποτελεσμάτων της. Αρχικά η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη συμμετοχή ηλικιωμένων που διαμένουν στο νησί της Κω το οποίο και αποτελεί ένα από τα πληθθέστερα νησιά του Αιγαίου. Η δειγματοληψία ενισχύθηκε με την προσωπική διανομή των ερωτηματολογίων σε μέρη που συχνάζουν ηλικιωμένοι όπως είναι τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) προκειμένου να ληφθεί ένας ικανοποιητικός αριθμός συμμετεχόντων. Ως εργαλεία της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια γεγονός που ενέχει τον κίνδυνο της αυτό-αναφοράς. Συγκεκριμένα ενδέχεται οι συμμετέχοντες να ωραιοποίησαν συνειδητά ή και ασυνείδητα τις αυτό-αναφορές τους με στόχο την παρουσίαση του εαυτού τους με περισσότερο αποδεκτό και αξιόλογο τρόπο ή και λόγω της μη ικανοποιητικής κατανόησης των ερωτημάτων.

Το επίπεδο μόρφωσης ενός σημαντικού αριθμού των συμμετεχόντων δεν ήταν ικανοποιητικό ώστε να αντιληφθούν τα ερωτήματα ενώ σε άλλες περιπτώσεις εντοπίστηκαν αισθητηριακές αδυναμίες. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτήθηκε παροχή βοήθειας προκειμένου να διαβασθούν τα ερωτήματα.

Επίσης ένας ακόμη περιορισμός υπήρξε η αδυναμία εξασφάλισης ιδανικών συνθηκών κατά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Η διαδικασία διενεργήθηκε

κατά κύριο λόγο στους κοινόχρηστους χώρους και παρατηρήθηκε έντονη διάσπαση από εξωτερικούς παράγοντες σε αρκετές περιπτώσεις.

Τέλος θα πρέπει να σημειωθεί πως τα αποτελέσματα βασίζονται σε συσχετίσεις μεταξύ των μεταβλητών και όχι σε αιτιώδεις σχέσεις και άρα δεν δύναται να προκύψουν συμπεράσματα αιτίας- αιτιατού από τα αυτά.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 Συζήτηση

Η παρούσα εργασία εστιάζει στην εκτίμηση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων και ειδικότερα στο επίπεδο της σωματικής και ψυχικής τους υγείας. Συγκεκριμένα επιχειρεί να αποτυπώσει την εικόνα που διαμορφώνουν οι ηλικιωμένοι αναφορικά με το επίπεδο διαβίωσης τους κατά την τρίτη ηλικία καθώς και να αποσαφηνίσει το σύνολο των παραγόντων που το καθορίζουν. Η σκιαγράφηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων πραγματοποιήθηκε μέσω του *Ερωτηματολογίου Γενικής Υγείας (E.G.Y.-28) (General Health Questionnaire-GHQ-28)* η χρήση του οποίου επιτρέπει την απεικόνιση του επιπέδου της σωματικής και ψυχικής υγείας των συμμετεχόντων και τον εντοπισμό των παραμέτρων που μεταβάλλονται λόγω της ηλικίας.

Κατά την παρούσα έρευνα εξετάστηκε το σύνολο των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων και ο βαθμός συσχέτισης αυτών με τη σωματική και ψυχική υγεία αλλά και το επίπεδο των κοινωνικών και διαπροσωπικών σχέσεων. Τα ευρήματα αυτής συνάδουν με το γεγονός ότι σαφώς η ηλικία αλλοιώνει την εικόνα που έχουν τα άτομα αναφορικά με το επίπεδο της υγείας τους. Το πέρασμα στην τρίτη ηλικία συνοδεύεται από ένα σύνολο αλλαγών στην καθημερινότητα των ατόμων που επηρεάζει την πλειονότητα των καθημερινών δραστηριοτήτων και δυσχεραίνει την ολοκλήρωσή τους και συνεπώς την ικανοποίηση βασικών αναγκών. Ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που εντοπίζονται συνοδές διαταραχές σε κινητικά ή αισθητηριακά κέντρα λειτουργικότητας η έκπτωση των λειτουργιών είναι εντονότερη όπως και η αλλαγή σε ότι αφορά την αντίληψη του ατόμου αναφορικά με το επίπεδο της υγείας του, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγουν συναφείς μελέτες (Unsar, Erol & Sut, 2016).

Το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την εικόνα που διαμορφώνουν σε σχέση με την υγεία τους και επομένως την ποιότητα της ζωής τους. Άτομα με υψηλότερη μόρφωση παρουσιάζονται να έχουν μια βελτιωμένη άποψη σε σχέση με την υγεία τους και το επίπεδο αυτής σε σχέση με άτομα των οποίων η μόρφωση εντοπίζεται να βρίσκεται σε κατώτερα επίπεδα. Η μόρφωση και γενικότερα η ανάπτυξη των νοητικών και κριτικών δεξιοτήτων θωρακίζει το άτομο απέναντι στις αλλαγές και στις δυσκολίες που παρουσιάζονται στη ζωή του. Το

γήρας σαφώς αποτελεί μια έντονη αλλαγή στην καθημερινότητα του ατόμου το οποίο σταδιακά αισθάνεται ότι αποκόπτεται από την ενεργό ζωή. Η κατανόηση της φυσικής ηλικιακής ακολουθίας αλλά και η κριτική προσέγγιση του συνόλου των μεταβολών επιτρέπουν στο άτομο να προσεγγίσει ήπια την νέα ηλικιακή πραγματικότητα και να ενταχθεί ομαλά σε αυτή (Błachnio & Buliński, 2013).

Η μοναξιά και η οικογενειακή απομόνωση συνιστούν σημαντικά προβλήματα στη ζωή των ηλικιωμένων και πλήττουν την εικόνα τους αναφορικά με την καθημερινότητα τους και την ποιότητα της ζωής τους. Ηλικιωμένοι που ζουν μαζί με τις οικογένειες ή το σύντροφο τους παρουσιάζουν μια περισσότερο θετική εικόνα σε σχέση με την υγεία τους σε σύγκριση με εκείνους που έχουν μείνει μόνοι τους. Ο άνθρωπος χαρακτηρίζεται ως ‘κοινωνικό ον’ και επομένως η αποξένωση συντελεί ένα σοβαρό πλήγμα για τη ζωή του. Η παρουσία κοντινών ατόμων στο περιβάλλον και ειδικότερα εντός της οικίας συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην βέλτιστη αντιμετώπιση της καθημερινότητας αλλά και των αλλαγών που έπονται λόγω της γήρανσης. Το άτομο νιώθει ότι δεν είναι μόνο του μπροστά στις αλλαγές αυτές αλλά αντίθετα προστατεύεται από τα αγαπημένα του πρόσωπα (Karikiran, 2016).

Πέρα από την κατοικία και τη διαβίωση με αγαπημένα πρόσωπα, η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων αποδεικνύεται στενά συνδεδεμένη με την αντιμετώπιση της καθημερινής ζωής, των ηλικιακών αλλαγών και του επιπέδου διαβίωσης. Άτομα τα οποία δεν απέκτησαν ποτέ οικογένεια εμφανίζονται περισσότερο ευάλωτα απέναντι στο γήρας και σε μικρότερο βαθμό ακολουθούν οι ηλικιωμένοι που έχασαν το σύντροφό τους από φυσικά αίτια. Το γεγονός αυτό συνδέεται με την μοναξιά και την απομόνωση που πιθανό να βιώνουν στην καθημερινότητα τους τα άτομα αυτά, συμπέρασμα στο οποίο καταλήγει και η πρόσφατη έρευνα των Bai, Yang & Knapp (2018).

Σημαντική παράμετρο που καθορίζει την εικόνα των ηλικιωμένων σε σχέση με την ποιότητα της υγείας και της ζωής τους αποτελεί το μηνιαίο εισόδημα αυτών. Η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων κατέχει ένα κύριο ρόλο στην καθημερινότητα τους καθώς συνιστά το βασικότερο μέσο για την κάλυψη των ποικίλων και σε ορισμένες περιπτώσεις αυξημένων αναγκών τους. Σε περιπτώσεις που εντοπίζονται συνοδά οικονομικά προβλήματα η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων βάλλεται ενώ συγχρόνως διογκώνεται η ανησυχία τους για την πορεία της ζωής τους όπως καταλή-

γουν και πρόσφατες έρευνες αναφορικά με την επίδραση του οικονομικού υπόβαθρου στη ζωή κατά την τρίτη ηλικία (Yurcu, Kasalak & Akinci, 2017; Şahin, Özer & Yanardağ, 2019).

Ο τόπος διαμονής και η επιλογή αστικής, ημιαστικής ή αγροτικής περιοχής παρότι επηρεάζει σε μικρό βαθμό την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, δε καθορίζει απόλυτα την καθημερινότητα τους. Άτομα που κατοικούν σε αστικές περιοχές παρουσιάζουν καλύτερο επίπεδο αναφορικά με την εικόνα της υγείας τους γεγονός που πιθανό να προκύπτει λόγω της ασφάλειας που διαισθάνονται από την παρουσία κατάλληλων υγειονομικών μονάδων σε κοντινή απόσταση (Błachnio & Buliński, 2013; Karikiran, 2016). Η διαφορά όμως που καταγράφηκε στην παρούσα μελέτη κρίνεται ιδιαίτερος μικρή ώστε να αποτελέσει τη βάση για την εξαγωγή ασφαλών και έγκυρων συμπερασμάτων

Αν και εντοπίζονται διαφοροποιήσεις σε ορισμένα ερωτήματα σε σχέση με το φύλο των ηλικιωμένων, το σύνολο των ερωτημάτων είναι μικρό και συνεπώς δεν δύναται να προκύψει σαφής διάκριση. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει ότι το φύλο δε διαφοροποιεί ιδιαίτερα την εικόνα των ηλικιωμένων αναφορικά με την υγεία τους και βρίσκεται σύμφωνο με παραπλήσιες πρόσφατες ερευνητικές προσεγγίσεις (Leila et al., 2016).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7 Συμπεράσματα

Η αναμφισβήτητη ανάπτυξη της επιστήμης και της τεχνολογίας στη σύγχρονη εποχή οδηγεί στην διεύρυνση του προσδόκιμου ζωής και επομένως στην αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που συνιστούν μέρος του κοινωνικού συνόλου. Η διασφάλιση ενός αποδεκτού βιοτικού επιπέδου αποτελεί κύριο ανθρώπινο δικαίωμα το οποίο οφείλει να είναι σεβαστό σε κάθε ηλικιακή βαθμίδα κατά τη διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Το γήρας αποτελεί την φυσιολογική ακολουθία στην πορεία της ζωής και συνοδεύεται από μεταβολές σε ποικίλους σωματικούς, πνευματικούς και κοινωνικο-ψυχολογικούς τομείς της λειτουργικότητας. Η έκπτωση των ικανοτήτων και η αλλοίωση της κριτικής αντίληψης, της αντοχής και της ισχύος λόγω γήρανσης αποτελεί βασικό πλήγμα στην εικόνα που διαμορφώνουν οι ηλικιωμένοι αναφορικά με την υγεία τους και την ποιότητα των συνθηκών διαβίωσης τους. Η αλλαγή των καθημερινών δραστηριοτήτων τους σε συνδυασμό με την παρουσία σαφών δυσκολιών στην επίτευξη τους συχνά εγείρουν συναισθήματα απογοήτευσης και ανικανότητας στους ηλικιωμένους αλλοιώνοντας την ποιότητα της διαβίωσης τους.

Η διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου υγείας, η διατήρηση των κοινωνικών και οικογενειακών δεσμών και η εξασφάλιση των απαραίτητων οικονομικών πόρων συνιστούν κύριους παράγοντες που καθορίζουν τόσο την καθημερινή διαβίωση όσο και την ανάπτυξη συναισθημάτων ευημερίας και ευεξίας από τους ηλικιωμένους. Η κατανόηση των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της γήρανσης αποτελεί σημείο καίριας σημασίας στην αντίληψη του συνόλου των αλλαγών που τη συνοδεύουν και επιτρέπει τη διασφάλιση των κατάλληλων συνθηκών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των ηλικιωμένων. Η προστασία της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να αναδειχθεί σε πρωταρχικό σκοπό κάθε αναπτυγμένης κοινωνίας η οποία σέβεται και μεριμνά για το σύνολο των πολιτών της.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

Altay, B., Çavuşoğlu, F. & Çal, A. (2016). The factors affecting the perception of elderly patients towards health, quality of life and health-related quality of life. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(3): 181-189.

Altıparmak, S. (2009). The levels of life satisfaction, social support and factors affecting these in elderly people living at nursing homes. *Firat University Medical Journal of Health Sciences*, 23(3): 159-164.

Arpacı, F., Tokyürek, Ş. & Bilgili, N. (2015). Life quality of elderly living in the nursing home. *Elderly Issues Research Journal*, 8(1): 1-11.

Aydiner Boylu, A. & Günay, G. (2017). Life satisfaction and quality of life among the elderly: Moderating effect of activities of daily living. *Turkish Journal of Geriatrics*, 20(1): 61-69.

Bai, X., Yang, S. & Knapp, M. (2018). Sources and directions of social support and life satisfaction among solitary Chinese older adults in Hong Kong: The mediating role of sense of loneliness. *Clinical Interventions in Aging*, 13: 63-71.

Baker, D. (2006). The meaning and the measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8): 878–883.

Błachnio, A. (2011). Impact of older adults' social status and their life satisfaction on health care resources. *Acta Neuropsychologica*, 9(4): 335-349.



Błachnio, A. & Buliński, L. (2013). Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine. *Medical Science Monitor*, 19: 674-680.

Borg, C., Hallberg, I.R. & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: The relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15(5): 607-618.

Bouma, H. (2013). Accommodating older people at work. *Gerontechnology*, 11(4): 489-492.

Brazier, J., Roberts, J. & Deverill, M. (2002). The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, 21: 271-292.

Brazier, J., Connell, J., Papaioannou, D., Mukuria, C., Mulhern, B., & Peasgood, T. (2014). A systematic review, psychometric analysis and qualitative assessment of generic preference-based measures of health in mental health populations and the estimation of mapping functions from widely used specific measures. *Health Technology Assessment*, 18:1-188.

Carlier, I.V., Meuldijk, D., Van Vliet, I.M., Van Fenema, E., Van der Wee, N.J. & Zitman, F.G. (2012). Routine outcome monitoring and feedback on physical or mental health status: evidence and theory. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1): 104-110.

Cherepanov, D., Palta, M., Fryback, D.G., & Robert, S.A. (2010). Gender differences in health-related quality-of-life are partly explained by sociodemographic and socio-economic variation between adult men and women in the US: Evidence from four US nationally representative data sets. *Quality of Life Research*, 19(8): 1115-1124.

Claes, C., van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S., & Schalock, R.L. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disability: Eight principles for assessing quality of life-related outcomes. *Social Indicators Research*, 98: 61-75.

Cummins, R.A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 699-706.

Cunillera, O., Tresserras, R., Rajmil, L., Vilagut, G., Brugulat, P. & Herdman, M. (2010). Discriminative capacity of the EQ-5D, SF-6D, and SF-12 as measures of health status in population health survey. *Quality of Life Research*, 19: 853-864.

Dixon, J. (2000). Social Determinants of Health. *Health Promotion International*, 5:87-89.

Dussault, A.C., & Gagné-Julien, A.M. (2015). Health, Homeostasis, and the Situation-Specificity of Normality. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 36: 61-81.

Eliassen, A., Dalhoff, K.P. & Horwitz, H. (2018). Neurological diseases and risk of suicide attempt: a case-control study. *Journal of Neurology*, 265: 1303-1309.

Ereshefsky, M. (2009). Defining “health” and “disease.” *Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 40: 221-227.

Ferrans, C.E., Zerwic, J.J., Wilbur, J.E. & Larson, J.L. (2005). Conceptual model of health-related quality of life. *Journal of Nursing Scholarship*, 37(4): 336-342.

Fillit, H.M., Butler, R.N., O'Connell, A.W., Albert, M.S., Birren, J.E., Cotman, C.W., & Tully, T. (2002). Achieving and maintaining cognitive vitality with aging. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(7): 681-696.

Garson, J., & Piccinini, G. (2013). Functions must be performed at appropriate rates in appropriate situations. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 65: 1-20.

Goldberg, D.P. (1978). *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER-Nelson.

Gómez, E.L, Peña, E., Arias, B. & Verdugo, M.A. (2016). Impact of Individual and Organizational Variables on Quality of Life. *Social Indicators Research*, 125: 649-664.

Graça Pereira, M., Lynch, L. & Hall-Faul, M. (2019). Quality of life of women with urinary incontinence in rehabilitation treatment. *Journal of Health Psychology*, 24(2): 245-255.

Hamonet, C., & Magalhaes, T. (2001). The notion of health, *La Presse médicale*, 30(12): 587-590.

Hausman, D.M. (2012). Health, naturalism, and functional efficiency. *Philosophy of Science*, 79: 519-541.

Holm, S.H. (2013). Health as a property of engineered living systems. *Bioethics*, 27: 419-425.

Holm, S.H. (2014). Disease, dysfunction, and synthetic biology. *Journal of Medicine and Philosophy*, 39: 329-345.

Jenaro, C., Verdugo, M.A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y. & Otrebski, W. (2005). Cross-cultural study of person-centered quality of life domains and indicators. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49: 734-739.

Johnson, E.K., Jones, J.E., Seidenberg, M. & Hermann, B.P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 45: 544-550.

Joshi, P., Song, H.B. & Lee, S.A. (2017). Association of chronic disease prevalence and quality of life with suicide-related ideation and suicide attempt among Korean adults. *Indian Journal of Psychiatry*, 59: 352-358.

Kapıkıran, S. (2016). Relationship between life satisfaction and loneliness in the elderly: Examining the mediator role of social support. *Elderly Issues Research Journal*, 9(1): 13-25.

Kasprzak, E. (2010). Perceived social support and life satisfaction. *Polish Psychological Bulletin*, 41(4): 144-154.

Kiefer, R.A. (2008). An integrative review of the concept of well-being. *Holistic Nursing Practice*, 22: 244-252.

Kingma, E. (2007). What is it to be healthy? *Analysis*, 67: 128-133.

Leila, S.M., Ali, D.N., Akram, F., Shima, N., Maryam, E., Fahimeh, C. & Mohaddese, N. E. (2016). Life satisfaction in older adults: Role of perceived social support. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22(6): 1043-1051.

Lerner, H. (2019). A critical analysis of definitions of health as balance in a One Health perspective. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22: 453-461.

Lindström, M., Moghaddassi, M., & Merlo, J. (2004). Individual self-reported health, social participation and neighborhood: A multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Preventive Medicine*, 39(1): 135-141.

Michalos, A. (2004). Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research*, 65: 27-32.

Moons, P. (2004). Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3: 275-277.

Moons, P., Budts, W. & De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualization of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 43: 891-901.

Nord, E., Arnesen, T., Menzel, P. & Pinto, J.L. (2001). Towards a more restricted use of the term "Quality of Life." *Quality of Life Newsletter*, 26: 3-4.

Nordenfelt, L. (2007). The Concepts of Health and Illness Revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10: 5-10.

Ponnaiyan, D., Harinath, P. & Dhayanand, V.J. (2019). Influence of Geriatric Depression on Oral Health-related Quality of Life in the Urban Elderly Population: A Study from Southern Indian. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 13(12): 1-5.

Rowiński, R., & Dąbrowski, A. (2011). Physical recreation in the relation of the functional efficiency and the quality of life of elderly people. *Polityka Społeczna*, 44-50.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudemonic well-being. *Annual reviews Psychology*, 52: 141-166.

Şahin, E.N. & Emiroğlu, O.N. (2014). Quality of life and related factors of older people in nursing home. *Journal of Hacettepe University Faculty of Nursing*, 1(1): 57-66.

Şahin, D.S., Özer, O. & Yanardağ, M.Z. (2019). Perceived social support, quality of life and satisfaction with life in elderly people. *Educational Gerontology*, 45(1): 69-77.

Scheier, M.F., & Carver, C.S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *American Psychologist*, 73(9), 1082-1094

Schramme, T. (2007). Lennart Nordenfelt's theory of health: Introduction to the theme. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 10: 3-4.

Sorensen, K. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12: 123-134.

Snyder, C.F., Jensen, R.E., Segal, J.B. & Wu, A.W. (2013). Patient reported outcomes (PROs): putting the patient perspective in patient-centered outcomes research. *Medical Care*, 51: 173-181.

Steger, M.F., Frazier, P., Oishi, S. & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1): 80-93.

Subbarayappa, B.V. (2001). The Roots of Ancient Medicine: An Historical Outline. *Journal of Biosciences*, 26 (2): 135-144.

Täljedal, I. (2004). Strong holism, weak holism, and health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7: 143-148.

Unsar, S., Erol, O. & Sut, N. (2016). Social support and quality of life among older adults. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1): 249-257.

Wray, J., Brown, K., Marino, B.S. & Franklin, R. (2011). Medical Test Results Do Not Tell the Whole Story Health-Related Quality of Life Offers a Patient Perspective on Outcomes. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 2(4): 566-575.

Yurcu, G., Kasalak, M.A. & Akıncı, Z. (2017). The effect of perceived social support on life satisfaction among older adults who participate in recreational activities. *International Journal of Health Management and Tourism*, 2(1): 28-48.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

### ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ (GHQ-28)

Παρακαλούμε διαβάστε τα παρακάτω προσεκτικά. Θα θέλαμε να ξέρουμε αν είχατε κάποια ενοχλήματα, και γενικά πως ήταν η υγεία σας τις **τελευταίες εβδομάδες**. Παρακαλούμε να απαντήσετε σε **όλες** τις παρακάτω ερωτήσεις, σημειώνοντας την απάντηση που νομίζετε ότι σας ταιριάζει καλύτερα. Προσέξτε μόνο, θα θέλαμε να ξέρουμε τα **τωρινά και πρόσφατα** ενοχλήματα σας και όχι αυτά που είχατε στο παρελθόν. Έχει σημασία να προσπαθήσετε να απαντήσετε σε **όλες** τις ερωτήσεις.

#### ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

Αισθανόσαστε εντελώς καλά, απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Χειρότερα απ' ό,τι Συνήθως <b>3</b>	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
	Καθόλου	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως
Νοιώθατε την ανάγκη για κάποιο δυναμωτικό;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Νοιώθατε εξαντλημένος/η & κακοδιάθετος/η;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Είχατε αισθανθεί πως είσαστε άρρωστος/η;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Είχατε καθόλου πόνους στο κεφάλι;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Νοιώθατε σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Είχατε περιόδους που αισθανόσαστε κρυάδες ή εξάψεις;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή ήσαστε ανήσυχος/η;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Έχετε δυσκολία να συνεχίσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές από την στιγμή που θα αποκοιμηθείτε;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Έχετε αισθανθεί ότι βρισκόσαστε συνεχώς σε υπερένταση;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Είσαστε οξύθυμος/η και αρπάζόσαστε εύκολα;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Νοιώθατε φόβο ή πανικό χωρίς σοβαρό λόγο;	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
Αισθανόσαστε πως σας έχουν καταπλακώσει οι καθημερινές	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>



<b>ασχολίες;</b>				
<b>Αισθανόσαστε συνεχώς νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;</b>	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Χειρότερα απ' ό,τι Συνήθως <b>3</b>	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Έχετε καταφέρει να είσαστε δραστήριος/α και πάντα απασχολημένος/η;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Μάλλον λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>

**ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:**

<b>Σας παίρνει περισσότερο χρόνο να κάνετε τις δουλειές σας</b>	Γρηγορότερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως Συνήθως <b>2</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε ότι σε γενικές γραμμές τα καταφέρνατε καλά;</b>	Καλύτερα απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Περίπου το ίδιο <b>2</b>	Χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ χειρότερα απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Είσατε ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που κάνατε τις δουλειές σας;</b>	Περισσότερο Ικανοποιημένος/η <b>1</b>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η <b>4</b>
<b>Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε χρήσιμο ρόλο σε ότι συμβαίνει γύρω σας;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε ικανός/ή να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Μπορούσατε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες σας;</b>	Περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>1</b>	Το ίδιο όπως συνήθως <b>2</b>	Λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Σκεφτόσατε πως δεν αξίζετε τίποτα;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε πως η ζωή είναι χωρίς καμιά ελπίδα;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Αισθανόσαστε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Σας πέρασε από το μυαλό η πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;</b>	Σίγουρα όχι <b>1</b>	Δεν νομίζω <b>2</b>	Πέρασε από το μυαλό μου <b>3</b>	Σίγουρα το Σκέφτηκα <b>4</b>
<b>Βρίσκατε μερικές φορές ότι δεν μπορούσατε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>3</b>	Πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως <b>4</b>
<b>Πιάνετε τον εαυτό σας</b>	Καθόλου <b>1</b>	Όχι περισσότερο <b>2</b>	Μάλλον περισσότερο <b>3</b>	Πολύ περισσότερο <b>4</b>

να εύχεται να είσαστε πεθαμένος/η και να είχατε ξεμπερδέψει απ' όλα;	1	απ' ό,τι συνήθως 2	απ' ό,τι συνήθως 3	απ' ό,τι συνήθως 4
Βρίσκετε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας ερχόταν συνεχώς στο μυαλό σας;	Καθόλου 1	Δεν νομίζω 2	Πέρασε από το μυαλό μου 3	Σίγουρα ναι 4

## ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: ...../...../201.....

1 ΗΛΙΚΙΑ: .....

### 3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΑΓΑΜΟΣ/Η

ΕΓΓΑΜΟΣ/Η

ΔΙΕΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

ΧΗΡΟΣ/Α

### 5 ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

#### ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(δημοτικό/γυμνάσιο)

#### ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(Εξατάξιο γυμνάσιο/λύκειο)

#### ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

(ΤΕΙ και Πανεπιστήμιο)

ΕΧΩ ΤΕΛΕΙΩΣΕΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ

ΔΕΝ ΕΧΩ ΠΑΕΙ ΣΧΟΛΕΙΟ

### 7 ΣΥΝΤΑΞΙΟΔΟΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΔΗΜΟΣΙΟΥ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΟΓΑ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΙΚΑ

ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ

ΑΛΛΗ

ΚΑΜΙΑ ΣΥΝΤΑΞΗ

### 9 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΟΥ ΑΣΚΗΣΑΤΕ

ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΟ

ΜΗ ΧΕΙΡΟΝΑΚΤΙΚΟ

ΑΓΡΟΤΗΣ

ΟΙΚΙΑΚΑ

ΚΑΝΕΝΑ

2 ΦΥΛΟ:                   ΑΝΔΡΑΣ

                                  ΓΥΝΑΙΚΑ

### 4 ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

1

2

3

4

Πάνω από 4

### 6 ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:

ΠΟΛΗ

ΚΟΜΩΠΟΛΗ

ΧΩΡΙΟ

### 8 ΚΑΤΟΙΚΙΑ

ΜΕΝΩ ΜΟΝΟΣ/ΜΟΝΗ

ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΟΝ/ΤΗΝ ΣΥΖΥΓΟ ΜΟΥ

ΜΕΝΩ ΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΟΥ

ΓΗΡΟΚΟΜΕΙΟ

### 10 ΜΗΝΙΑΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

0-300 €

301-600€

601-1000€

ΠΑΝΩ ΑΠΟ 1000€