



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η ΔΙΑΣΥΝΔΕΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ**  
**ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ**  
**ΖΩΗΣ ΤΟΥΣ**

**Ιωάννα Αθανασοπούλου**  
Κλινική Νοσηλεύτρια

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

- Ευαγγελία Κοτρώτσιου :** Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,  
Επιβλέπουσα Καθηγήτρια
- Μαίρη Γκούβα:** Καθηγήτρια Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Μέλος  
Τριμελούς Επιτροπής
- Στυλιανή Κοτρώτσιου :** Επ. Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,  
Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα 2019

Copyright © Ιωάννα Αθανασοπούλου, 2019  
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ψυχικής Υγείας του Γενικού Τμήματος (Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας). Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητα και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες ή μη δημοσιευμένες πηγές που αναφέρω έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά, όπου απαιτείται, και έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας.

## **Ευχαριστίες**

Ευχαριστώ θερμά, την Καθηγήτριά μου, κ. Ευαγγελία Κοτρώτσιου, που δέχθηκε να εποπτεύσει και να περιβάλλει με ιδιαίτερη φροντίδα κάθε κομμάτι της παρούσας εργασίας, καθώς και τις συνεπιβλέπουσες καθηγήτριες για όλη την καθοδήγηση και στήριξη.

*Αυτή η εργασία αφιερώνεται...*

*Στους γονείς μου*

*Στην οικογένειά μου....*

*.....στα παιδιά μου*

4

## Πίνακας Περιεχομένων

Πρόλογος.....	8
Περίληψη.....	9
Abstract in English .....	10
Εισαγωγή.....	11
Γενικό Μέρος .....	12
Κεφάλαιο 1 <sup>ο</sup> .....	13
Η έννοια του γήρατος.....	13
Κεφάλαιο 2 <sup>ο</sup> .....	15
Χρόνιες ασθένειες .....	15
Κεφάλαιο 3 <sup>ο</sup> .....	21
Θεραπευτική Συμμόρφωση.....	21
Κεφάλαιο 4 <sup>ο</sup> .....	25
Ποιότητα Ζωής και Ηλικιωμένοι .....	25
Ειδικό Μέρος.....	33
1. Κίνητρα, σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης .....	34

1.1 Ερευνητικές υποθέσεις.....	35
2. Υλικό και Μέθοδος.....	37
2.1 Δείγμα.....	37
2.2 Διαδικασία.....	37
2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία .....	38
2.3.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων .....	40
2.4 Στατιστική επεξεργασία .....	40
2.5 Προσδοκώμενα Αποτελέσματα.....	41
3. Αποτελέσματα της μελέτης .....	42
3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος.....	42
4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της σχέσης των χρόνιων προβλημάτων υγείας με τη θεραπευτική συμμόρφωση των ηλικιωμένων.....	45
4.1 Κλίμακες που μελετήθηκαν.....	45
4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων .....	47
4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων και της ύπαρξης χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων .....	48
4.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης και των στάσεων υγείας.....	50

4.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των κατηγοριών της θεραπευτικής συμμόρφωσης .....	51
4.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων .....	52
5. Συζήτηση .....	53
5.1. Οριοθετήσεις .....	53
5.2. Σχέση της ποιότητας της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο- δημογραφικών τους στοιχείων .....	53
5.3. Σχέση της ποιότητας της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων και των χρόνιων προβλημάτων και στάσεων υγείας .....	54
6. Συμπεράσματα - Προτάσεις .....	56
Βιβλιογραφία .....	57

## Πρόλογος

---

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία και αρθρογραφία πολλές μελέτες προσπαθούν να καθορίσουν τα χαρακτηριστικά ενεργούς γήρανσης τονίζοντας τόσο τα αντικειμενικά όσο και τα υποκειμενικά κριτήρια. Έρευνες επικεντρώνονται στα θέματα της υγιούς γήρανσης με τα αναμενόμενα αποτελέσματα ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την υγιή γήρανση είναι η καλή σωματική και νοητική κατάσταση, η αποφυγή ασθενειών και η διατήρηση των κοινωνικών επαφών.

Οι χρόνιες παθήσεις χρειάζονται μακροχρόνιες θεραπείες και έρχονται αντιμέτωπες με πολλές προκλήσεις, όπως είναι η διατήρηση των φιλικών σχέσεων, η συναισθηματική ισορροπία, η ενίσχυση των φιλικών σχέσεων, η αυτοεκτίμηση, ο αυτοέλεγχος και ο συμβιβασμός για το αβέβαιο μέλλον. Όλες οι παραπάνω προκλήσεις επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ασθενών και έχουν καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη της πορείας της υγείας τους.

Το σύνολο όλων σχεδόν των φυσιολογικών λειτουργιών ενός ανθρώπινου οργανισμού εκφυλίζεται καθώς έρχεται το πλήρωμα του χρόνου και ο οργανισμός γηράσκει. Γενικότερα έχει γίνει αποδεκτό ότι η γήρανση οδηγεί σε ανικανότητα διατήρησης της υγείας του οργανισμού ενός ατόμου εξαιτίας των μεταβολών που συμβαίνουν στο εξωτερικό περιβάλλον ή στα ζωτικά του όργανα. Έχει αναφερθεί ότι σε αρκετές περιπτώσεις εκείνοι οι οποίοι συμβάλουν στην επιρροή της υγείας των ηλικιωμένων ασθενών είναι οι εξωτερικοί παράγοντες.



## Περίληψη

---

**Εισαγωγή:** Τα χρόνια προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων ατόμων έχει συνδεθεί με συνθήκες που οδηγούν στην αύξηση ψυχολογικών και κοινωνικών συμπτωμάτων.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της σχέσης των χρόνιων προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων και της θεραπευτικής συμμόρφωσης με την ποιότητα ζωή και το ψυχολογικό τους προφίλ.

**Μέθοδος:** Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχικής Υγείας» του Παν/μίου Θεσσαλίας από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: α) η κλίμακα Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90)., β) το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας (SF-36)., γ) μία Κλίμακα για τη θεραπευτική συμμόρφωση και ακόμη ένα ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων.

**Αποτελέσματα:** Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση πραγματοποιήθηκε για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, από την οποία προέκυψε, ότι η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων σχετίζεται θετικά με όλες τις υποκλίμακες της ψυχοπαθολογίας και τη θεραπευτική συμμόρφωση.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη αναδεικνύουν την αξία της θεραπευτικής συμμόρφωσης στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και τη σύνδεσή της με την ποιότητα ζωής και την ψυχοπαθολογία.

**Λέξεις Ευρητηριασμού:** Ηλικιωμένοι, Ποιότητα Ζωής, Ψυχοπαθολογία, Χρόνια Νόσος, Θεραπευτική Συμμόρφωση.

## Abstract in English

---

**Introduction:** The quality of Life in older people has been linked to conditions that increased psychological and social symptoms.

**Aim:** The relation of the therapeutic adherence in older people with their quality of life and psychopathology.

**Method:** This research was conducted as part of the postgraduate Program "Mental Health" University of Thessaly from January 2019 to September 2019. The research tools which was used were: a) The Scale of Psychopathology (SCL-90), b) The Scale of Quality Life (SF-36) Other, c) Scale of Therapeutic Adherence and a questionnaire socio - demographic information.

**Results:** Univariate and multivariate analysis was implemented for the statistical analysis of the data, which emerged that the therapeutic adherence in elderly is positively related to subscales of psychopathology and quality of life.

**Conclusions:** The results from this study highlight the value of therapeutic adherence in older people and its connection with quality of life and psychopathology.

**Key Words:** Older People, Quality of Life, Psychopathology, Chronic Disease, Therapeutic Adherence Psychology.

## Εισαγωγή

---

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πολύ έντονα η συνεχής τάση του πληθυσμού προς τη γήρανση. Αιτία αυτής της γήρανσης είναι τόσο η πρόοδος της ιατρικής όσο και η βελτίωση του επιπέδου ζωής των ανθρώπων που έχουν συντελέσει στην ανάδυση του φαινομένου της αύξησης της γήρανσης του πληθυσμού σε παγκόσμιο επίπεδο. Όταν γίνεται αναφορά στη γήρανση του πληθυσμού υπονοείται ότι ο πληθυσμός γηράσκει δημογραφικά και πιο συγκεκριμένα ότι η αναλογία μεταξύ των ηλικιωμένων ανθρώπων αυξάνεται έναντι των νέων ενώ από την άλλη πλευρά ο αριθμός των παιδιών που γεννιούνται όπως και των νέων ανθρώπων μειώνεται.

Ο ηλικιωμένος πληθυσμός της χώρας βρίσκεται σε μία δύσκολη καμπή της ζωής του καθώς μεταβαίνει σε μία περίοδο ανισορροπίας τόσο στη συναισθηματική όσο στην κοινωνική του ζωή αλλά και στον τομέα της υγείας. Παρατηρείται μία σημαντική δυσκολία του πληθυσμού να προσαρμοστεί στις αλλαγές οι οποίες συμβαίνουν με αποτέλεσμα να δημιουργούνται ακόμη περισσότερα προβλήματα στους ίδιους και στους οικείους τους.

Οι χρόνιες παθήσεις που οδηγούν στο θάνατο έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον καθώς στην πλειοψηφία τους είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα και οι κακοήθειες νεοπλασίες. Στα άτομα της τρίτης ηλικίας τόσο η επίπτωση όσο και ο επιπολασμός της καρδιαγγειακής νόσου αυξάνονται. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι συχνότερα στους άντρες και η νοσηρότητα όπως και η θνησιμότητα αυξάνουν με την ηλικία. Η αθηροσκλήρωση, η υπέρταση, το κάπνισμα, ο διαβήτης, η καθιστική ζωή και η παχυσαρκία είναι υπεύθυνοι για την καρδιαγγειακή νόσο.

## Γενικό Μέρος

# Κεφάλαιο 1°

---

## Η έννοια του γήρατος

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με τον όρο γήρας του ανθρώπου εννοούμε « μια φυσιολογική διαδικασία, που αρχίζει την στιγμή της σύλληψης και που επιφέρει χαρακτηριστικές μεταβολές του είδους σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Στα τελευταία χρόνια της ζωής, αυτές οι μεταβολές προκαλούν μια μείωση της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου με το περιβάλλον. Οι διάφορες λειτουργίες δεν μεταβάλλονται ομοιόμορφα στο ίδιο άτομο και μια λειτουργία μπορεί να εξασθενήσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα» (Π.Ο.Υ 1983).

Το γήρας χαρακτηρίζεται από τη σταδιακή επιδείνωση της ζωής των ατόμων. Έχει παρατηρηθεί ότι όσο αυξάνεται το γήρας, τόσο αυξάνεται και το ποσοστό θνησιμότητας των ανθρώπων. Ο όρος γήρας χρησιμοποιείται συνήθως για να προσδιορίσει τη γήρανση των κυττάρων ή ολόκληρου του οργανισμού των ατόμων. Η επιστήμη η οποία ασχολείται με τη βιολογική γήρανση του πληθυσμού ονομάζεται γεροντολογία (Μπαμπινιώτης, 2012).

Γενικότερα, η ηλικία των 60 ετών καθορίζει το πέρασμα στην τρίτη ηλικία. Σε άλλες χώρες όμως, η ηλικία των 65 ετών θεωρείται το πέρασμα για την Τρίτη ηλικία, αυτό συμβαίνει γιατί τότε συνήθως τα άτομα συνταξιοδοτούνται. Αναφέρεται συχνά από τους ηλικιωμένους πως η τρίτη ηλικία είναι ένα στάδιο που η λειτουργική, πνευματική και φυσική τους κατάσταση εξασθενεί και είναι πιο ευάλωτοι σε ασθένειες ή αναπηρίες (United Nations Population Fund, 2012).

### Θεωρίες περί γήρατος

Υπάρχει μεγάλος αριθμός θεωριών περί γήρατος οι οποίες φτάνουν στις 300, με τον αριθμό τους να συνεχίζει να αυξάνεται. Το φαινόμενο αυτό δείχνει ότι ο πληθυσμός εξοικειώνεται με το ζήτημα των γηρατειών και μπαίνει στη διαδικασία της εύρεσης νέων πειραματικών μεθόδων και ιδεών για την αντιμετώπισή του (Fries, 2012).

Η πιο σημαντική θεωρία που εξηγεί τη γήρανση είναι εκείνη των ελεύθερων ριζών (Free Radical Theory of Ageing). Στη θεωρία αυτή αναφέρεται ότι για τις βλάβες που σχετίζονται με τη γήρανση υπεύθυνες είναι οι ελεύθερες ρίζες οι οποίες προέρχονται από το οξυγόνο.

Στην περίπτωση αυτή υπάρχει αδυναμία του αντιοξειδωτικού συστήματος να εξισορροπήσει όλες τις ελεύθερες ρίζες, οι οποίες παράγονται συνεχώς κατά τη διάρκεια της ζωής του κυττάρου. Έτσι δημιουργείται εμφανίζεται μια οξειδωτική βλάβη στο κύτταρο και εν συνεχεία στους ιστούς (Lipsky & King, 2015). Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι η θεωρία της αντιοξειδωτικής άμυνας, είναι η βασική αιτία γήρανσης, της οποίας το άμεσο αποτέλεσμα είναι η αύξηση της διάρκειας ζωής (Costaa, et al., 2016).

Σύμφωνα με τη μιτοχονδριακή θεωρία των ελεύθερων ριζών η γήρανση του οργανισμού είναι το αποτέλεσμα μίας βλάβης, που προκαλείται από τα αντιδραστικά είδη οξυγόνου στο μιτοχονδριακό γονιδίωμα σε μετα-μιτωτικά κύτταρα. Τα μιτοχόνδρια από τα μετά-μονωτικά κύτταρα χρησιμοποιούν οξυγόνο σε μεγάλες δόσεις, με αποτέλεσμα να παράγονται οι ελεύθερες ρίζες οι οποίες προκαλούν το οξειδωτικό στρες, καθώς κατακλύζουν τις αντιοξειδωτικές κυτταρικές άμυνες (Orel & Fruhauf, 2015). Αυτή η θεωρία της γήρανσης έχει δοκιμαστεί σε διάφορα πειραματικά εργαστήρια και έχουν δημοσιευθεί έρευνες οι οποίες συμφωνούν και υποστηρίζουν τα αποτελέσματά της (Fries, 2012).

### **Επιδημιολογία – Συχνότητα γήρατος**

Το 70% των ηλικιωμένων ατόμων πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις και το 50% του γυναικείου πληθυσμού από παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος όπως η οστεοπόρωση . Επίσης δημιουργούνται διαταραχές της όρασης και των άλλων αισθητηρίων οργάνων με ποσοστό 40% η πρεσβυωπία και με ποσοστό 20% το γλαύκωμα. Το ΑΕΕ είναι περισσότερο συχνό στους ηλικιωμένους σε ποσοστό 80% κυρίως το ισχαιμικό. Παρατηρούνται ακόμη ενδοκρινολογικές διαταραχές με τον ΣΔ να φτάνει το 50% του γηριατρικού πληθυσμού, ενώ από τις διαταραχές του ουροποιητικού η ακράτεια και οι ουρολοιμώξεις φτάνουν στο 40% και στο 70% αντίστοιχα στους ηλικιωμένους. Από τις παθήσεις του αναπνευστικού η πνευμονία είναι πιο συχνή με ποσοστό 30% ενώ συχνές είναι και οι ψυχικές διαταραχές όπως η κατάθλιψη και η άνοια που φτάνουν στο 60% και 50% αντίστοιχα. (Ansari, et al., 2014).

## Κεφάλαιο 2°

---

### Χρόνιες ασθένειες

Ο ακριβής ορισμός της έννοιας των χρόνιων παθήσεων δεν είναι εύκολο να σαφηνιστεί και αυτό συμβαίνει γιατί οι παθήσεις αυτές απαρτίζονται από ποικιλία παραμέτρων και διαθέτουν διαφορετικά χαρακτηριστικά.

Στις Η.Π.Α η «Εθνική Επιτροπή Χρόνιων Νοσημάτων» προσδιορίζει τις χρόνιες παθήσεις ως οποιαδήποτε επιδείνωση ή απόκλιση από την φυσιολογική κατάσταση με τα εξής χαρακτηριστικά:

- Υπάρχει μεγάλη περίπτωση η νόσος να αφήσει υπολείμματα ανικανότητας
- Η νόσος είναι μόνιμη
- Προέρχονται συνήθως από μη παθολογική αλλοίωση
- Η νόσος απαιτεί μακροχρόνια επίβλεψη, φροντίδα και παρακολούθηση.
- Απαιτούν ειδική εκπαίδευση του ασθενούς για αποκατάσταση (Αμασιάδη,& Αμπελιώτη, 2018).

Ο σακχαρώδης διαβήτης, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, οι κακοήθειες νεοπλασίες κ.α είναι κάποια μακροχρόνια νοσήματα που συμπεριλαμβάνονται στις χρόνιες ασθένειες και θεωρούνται υπεύθυνα για την αύξηση των ποσοστών θνησιμότητας της σύγχρονης εποχής. Οι παθήσεις αυτές δεν οφείλονται σε παθογόνους μικροοργανισμούς, αλλά προκαλούνται κυρίως από ιδιοσυγκρασιακούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η διάγνωση μιας χρόνιας νόσου στους ανθρώπους αλλάζει εντελώς την καθημερινότητά τους και τις συνθήκες ζωής τους και έρχονται αντιμέτωποι με την νέα πραγματικότητα. Το μέλλον τους φαντάζει αβέβαιο και αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο σημαντικών παραμέτρων στη ζωή τους. Κάποια θανατηφόρα νοσήματα δημιουργούν άγχος και απομάκρυνση από το φιλικό περιβάλλον ενώ νοσήματα με κοινωνικό στίγμα οδηγούν στην περιθωριοποίηση. Πολύ συχνά κάποια χρόνια νοσήματα έχουν απήχηση και στον επαγγελματικό τομέα οδηγώντας στην αναγκαστική πρόωρη σύνταξη .(onmed.gr).

Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ).υπάρχει αύξηση των χρόνιων ασθενειών οι οποίες ευθύνονται για το 86% περίπου των θανάτων στην Ευρώπη. Η αύξηση αυτή οφείλεται στον μεγάλο αριθμό του γηράσκοντος πληθυσμού και στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής. Η Ευρωπαϊκή Ένωση με το πρόγραμμα για την υγεία (2008-2013) προσπάθησε να ενισχύσει την πρόληψη και την φροντίδα οι οποίες στηρίζουν την υγιή και ενεργό γήρανση.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) κατέταξε τα μη μεταδοτικά νοσήματα σε τέσσερις μεγάλες κατηγορίες.

- Καρκίνοι-κακοήθεις νεοπλασίες
- Χρόνιες Πνευμονοπάθειες
- Καρδιαγγειακές Παθήσεις
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου-2

Στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 2001 έως το 2010, υπήρξε αύξηση των ατόμων με πολλαπλές χρόνιες παθήσεις (MCC). Το 26% περίπου του ενήλικου πληθυσμού, όταν εξετάστηκε έπασχε από 10 διαφορετικές χρόνιες καταστάσεις (δηλαδή, υπέρταση, στεφανιαία νόσο, εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβήτη, καρκίνους, ηπατίτιδα, αρθρίτιδα, αδύναμους ή καταστραμμένους νεφρούς, άσθμα και ΧΑΠ). Σε έρευνα που έγινε το 2012, περίπου οι μισοί (49,8%, 117 εκατομμύρια) είχε τουλάχιστον 1 από τις 10 χρόνιες παθήσεις. Συγκεκριμένα, το 24,3% είχε 1 χρόνια πάθηση, το 13,8% έπασχε 2 χρόνιες καταστάσεις και το 11,7% είχε 3 ή περισσότερες καταστάσεις. Στις γυναίκες παρατηρήθηκαν περισσότερες πιθανότητες από τους άνδρες να πάσχουν από 2 ή 3 ή και περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι οι χρόνιες παθήσεις παραμένουν ένα μεγάλο ζήτημα δημόσιας υγείας.

Αυτό οδηγεί σε πολλές αρνητικές εκβάσεις της υγείας, αυξημένες ανάγκες για φροντίδα και στη συνέχεια αύξηση των ιατρικών εξόδων. Στο παρελθόν, οι στρατηγικές επικεντρώθηκαν στην πρόληψη και τη βελτίωση μίας μόνο νόσου κάθε φορά. Παρόλα αυτά, στο μεγάλο ποσοστό των ατόμων με 2 ή περισσότερες συνθήκες, ή πολλαπλές χρόνιες παθήσεις, προστέθηκε μια πολυπλοκότητα στην ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και παρέμβασης (Ward, et al., 2014). Για την αντιμετώπιση των χρόνιων ασθενειών οι Ηνωμένες Πολιτείες, ενίσχυσαν τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και δημόσιας υγείας, βελτίωσαν την διαχείριση της αυτοεξυπηρέτησης και παρείχαν καλύτερα εργαλεία και πληροφορίες στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Ward & Schiller, 2013)

Οι επιπτώσεις που έχει η αύξηση του προσδόκιμου ζωής και η γήρανση του πληθυσμού χωρίς αμφιβολία αυξάνει περισσότερο το κοινωνικό βάρος των χρόνιων ασθενειών στους μελλοντικούς ηλικιωμένους. Επειδή τα άτομα αυτά υποφέρουν από ανεπιθύμητα αποτελέσματα υγείας και αυτό σχετίζεται με αυξανόμενα έξοδα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, η ιδιαίτερη προσοχή σε αυτόν τον πληθυσμό έχει ζωτική σημασία για τη βελτίωση της ποιότητας και του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης. Κατά γενική ομολογία οι χρόνιες καταστάσεις αποδιοργανώνουν τα άτομα, τις οικογένειές τους και όσους τους φροντίζουν όπως οι επαγγελματίες υγείας και άλλοι φορείς παροχής υπηρεσιών. (Parekh et al., 2011).



Πολλοί έχουν καθορίσει τον ορισμό για τη χρόνια πάθηση βάσει της διάρκειας και των συνθηκών που διαρκούν. Μια χρόνια πάθηση ορίζεται ως μια πάθηση που διαρκεί 12 ή και περισσότερους μήνες και απαιτεί συνεχή ιατρική περίθαλψη.

Υπάρχουν πολλές ασθένειες που θεωρούνται ως μεμονωμένες οντότητες ωστόσο παρουσιάζουν ποικίλη εμπλοκή οργάνων με το πέρασμα των χρόνων. Μια τέτοια είναι ο σακχαρώδης διαβήτης που σχετίζεται σαφώς με στεφανιαία νόσο, νεφρική ανεπάρκεια, ασθένεια του αμφιβληστροειδούς, ανωμαλίες του δέρματος και άλλα σημαντικά κλινικά προβλήματα. Μπορεί όμως να υπάρχουν και πολλές χρόνιες καταστάσεις που να οδηγούν σε μια ποικιλία λειτουργικών αποτελεσμάτων που να μην σχετίζονται όμως με την πρωτοπαθή νόσο, αυτές μπορεί να είναι υποσιτισμός, πτώσεις, γνωστική εξασθένηση, αναιμία, πολυφαρμακία, διαταραχές ύπνου και σεξουαλική δυσλειτουργία. Αυτές οι καταστάσεις έχουν ονομαστεί «γηριατρικά σύνδρομα» .

Λόγω του ότι δεν έχουν όλα τα άτομα με ασθένειες πλήρη και ισότιμη πρόσβαση στην ιατρική περίθαλψη γι' αυτό και δεν προσδιορίζονται ποτέ ορισμένες ασθένειες και καταστάσεις. Ακόμη και στην περίπτωση που υπάρχει πλήρης πρόσβαση στην περίθαλψη, θα υπάρξει επαγγελματική διαφοροποίηση στον εντοπισμό, τη διάγνωση και τη θεραπεία ασθενειών μεταξύ μεμονωμένων επαγγελματιών και διαφόρων φορέων και συστημάτων ιατροφαρμακευτικής περίθαλψη (Wallace & Salive 2013).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες πάνω από το 70% των θανάτων και περίπου το 75% των δαπανών για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη οφείλονται σε χρόνιες ασθένειες. Σύμφωνα με μελέτες οι 5 κύριες αιτίες θανάτου - καρκίνος, καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλοαγγειακές παθήσεις, χρόνιες καταστάσεις του κατώτερου αναπνευστικού συστήματος και διαβήτης - αντιστοιχούσαν σε περισσότερους από τους μισούς θανάτους κατά το έτος 2009 και σχετίζονταν με ένα υψηλό ποσοστό των δαπανών για την υγειονομική περίθαλψη του κράτους.

Οι ρίζες των χρόνιων παθήσεων που είναι οι κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας εντοπίζονται στον ανθυγιεινό τρόπο ζωής κυρίως το κάπνισμα, τη διατροφή και τη μειωμένη σωματική δραστηριότητα. Οι ανθυγιεινές συμπεριφορές στον τρόπο ζωής είναι υπεύθυνες για μεγάλο μέρος της ασθένειας και του θανάτου από τις κύριες χρόνιες ασθένειες. Αναλύοντας πρόσφατα δεδομένα, φάνηκε ότι περίπου 1 στους 7 ενήλικες είχε τουλάχιστον 2 από τις 5 χρόνιες παθήσεις που συνδέονται με την ασθένεια και το θάνατο.

Η αύξηση του αριθμού των χρόνιων παθήσεων δεν έχει μόνο σοβαρές επιπτώσεις για το κόστος των ασθενειών, το θάνατο και την υγειονομική περίθαλψη, αλλά μπορεί να επηρεάσει αρνητικά ή θετικά την υγεία και τα οικονομικά αποτελέσματα. Συνδυασμοί χρόνιων καταστάσεων επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής, τη λειτουργική αποκατάσταση, τη χρήση και το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και την πολυφαρμακία. Ακόμη, μπορεί να

υπάρξουν συνδυασμοί συννοσηρότητας που να επηρεάσουν την επιβίωση μετά από σοβαρές καταστάσεις όπως η καρδιακή ανεπάρκεια. Για παράδειγμα, ο συνδυασμός της χρόνιας νεφροπάθειας και της άνοιας συνεπάγεται με πολύ μειωμένη επιβίωση μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια. Μια ανάλυση δεδομένων που συμπεριλάμβανε εννιά χρόνιες παθήσεις διαπίστωσε ότι οι συνδυασμοί της υπέρτασης και του διαβήτη, της υπέρτασης και της καρδιακής νόσου, της υπέρτασης και του καρκίνου ήταν οι πιο συνηθισμένοι συνδυασμοί δύο καταστάσεων. Σε μια ανάλυση που έκαναν οι γερμανικές ασφαλιστικές εταιρίες διαπιστώθηκε ότι ο συνηθέστερος συνδυασμός τριών καταστάσεων μεταξύ των 46 χρόνιων παθήσεων που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη ήταν η υπέρταση, η λιπιδική διαταραχή και ο χρόνιος πόνος στη πλάτη. Κάνοντας σύγκριση των δεδομένων αυτών διαπιστώθηκε ότι ο συνδυασμός της καρδιαγγειακής νόσου και της αρθρίτιδας ήταν ο συνηθέστερος συνδυασμός των δύο καταστάσεων και ο συνδυασμός των καρδιαγγειακών παθήσεων, του διαβήτη και της αρθρίτιδας ήταν ο συνηθέστερος συνδυασμός τριών καταστάσεων. (Ford et al., 2013).

Τα ηλικιωμένα άτομα με περισσότερες από μία χρόνιες παθήσεις (MCC) απαιτούν ιδιαίτερες υπηρεσίες υγείας και πολύπλοκες φροντίδες. Εξαιτίας του ότι η κατάσταση της υγείας επηρεάζεται από πολλαπλές διαστάσεις λόγω της εξέλιξης και της εμμονής των ασθενειών και των συνεχιζόμενων κύκλων θεραπείας, απαιτούνται γενικότερα μέτρα έκβασης σε όλες τις ασθένειες για έρευνα και κλινική φροντίδα.

Επειδή οι χρόνιες ασθένειες αναπτύσσονται και συσσωρεύονται με τη γήρανση, αυτό έχει σαν αποτέλεσμα έναν μεγάλο ετερογενή πληθυσμό με πολλαπλές χρόνιες νόσους (MCC). Η συχνότητα και η πολυπλοκότητα της αντιμετώπισης των ατόμων με χρόνιες παθήσεις αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό μέρος του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, που περιλαμβάνει πάνω από το 80% των δαπανών του κράτους.

Τα πειράματα και οι δοκιμές των θεραπευτικών αγωγών των χρόνιων παθήσεων αναπτύσσονται και δοκιμάζονται για την επίδρασή τους, συχνά σε πληθυσμούς με μία μόνο πάθηση ή λίγες συννοσηρότητες. Τα άτομα που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες λαμβάνουν συνήθως πολλές παρεμβάσεις, καθένα από αυτά μπορεί να επηρεάσει άλλες συνυπάρχουσες καταστάσεις (θετικά ή αρνητικά) και ως εκ τούτου να υπάρξουν αλληλεπιδράσεις με άλλες παρεμβάσεις. Έτσι η κατάσταση υγείας ενός ατόμου μπορεί να επηρεαστεί από την επιμονή και την εξέλιξη ασθενειών και καταστάσεων και συνεχόμενων θεραπευτικών αγωγών κατά μήκος πολλαπλών διαστάσεων.

### **Οικονομική κρίση και Υγεία**

Η ένταξη της Ελλάδας στην οικονομική και νομισματική ένωση (ONE) το 2001 ήταν ένα μεγάλο και αισιόδοξο βήμα για το μέλλον της χώρας. Υπήρχε η προσδοκία, ότι με την είσοδο

της Ελλάδας στον κύκλο των αναπτυγμένων χωρών θα επιταχύνονταν και οι ρυθμοί ανάπτυξης της χώρας με αποτέλεσμα να αποκομίσει η χώρα σημαντικά οφέλη στην οικονομία και στην κοινωνία. Αυτό όπως φάνηκε στην πορεία δεν ικανοποιήθηκε πλήρως γιατί για να καλύψει η χώρα τις ανάγκες των προσδοκιών της αναγκάστηκε να αυξήσει τον δανεισμό από την Ευρωπαϊκή Ένωση η οποία προειδοποιούσε για την αναγκαιότητα εφαρμογής σημαντικών μέτρων στο δημόσιο-πολιτικό και οικονομικό σκηνικό της χώρας (Bank Of Greece,2014).

Το 2006 ξεκίνησε η χρηματοπιστωτική κρίση η οποία έπαιξε καθοριστικό ρόλο στην παγκόσμια οικονομική κρίση. Μετά την κατάρρευση των τραπεζών το 2008 ξεκίνησε η μεγαλύτερη οικονομική κρίση σε χώρες με μεγάλο έλλειμμα στον προϋπολογισμό, με χαμηλό ανταγωνισμό και υψηλό επίπεδο χρέους μια τέτοια χώρα ήταν και η Ελλάδα (Ozturk & Sozdemir, 2015) Έτσι εφαρμόστηκαν αυστηρά μέτρα λιτότητας με μειώσεις σε μισθούς και συντάξεις και αύξηση της ανεργίας (Ινστιτούτο Εργασίας, 2015) Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα οι ευπαθείς κοινωνικά ομάδες, να μειώσουν τη χρήση υπηρεσιών υγείας, εξαιτίας του αυξημένου αντιτίμου που θα έπρεπε να καταβάλουν για τις παροχές. Σ' αυτό προστίθεται και η αύξηση της ζήτησης των δημόσιων υπηρεσιών υγείας επιβαρύνοντας έτσι περισσότερο τις δομές δημόσιας υγείας (Μαλλιαρού & Σαράφης, 2012).

Η οικονομική κρίση πλήττει κυρίως τους χρόνιους ασθενείς και ιδιαίτερα τους ηλικιωμένους με χαμηλά και μειωμένα εισοδήματα. Από τη στιγμή της αύξησης της συμμετοχής στη φαρμακευτική δαπάνη αρκετοί ασθενείς δεν συμμορφώνονταν στη θεραπεία τους εξαιτίας της αδυναμίας κάλυψης της αγοράς των φαρμάκων. Άρχισαν από μόνοι τους να μειώνουν τη χρήση απαραίτητων φαρμάκων, να παραλείπουν φαρμακευτικά σκευάσματα και να ελαχιστοποιούν τη δοσολογία (Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, 2013).

### **Πολυφαρμακία**

Η πολλαπλή χρήση φαρμάκων, η οποία συχνά αποκαλείται πολυφαρμακία, ορίζεται συνήθως ως χρήση από 5 έως 10 συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Σε κάποιες περιπτώσεις η πολυφαρμακία μπορεί να είναι απαραίτητη, όμως σε κάποιες άλλες μπορεί να συνεπάγεται με τον αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης ανεπιθύμητων αποτελεσμάτων. Η πολυφαρμακία είναι ένα συχνό φαινόμενο που παρατηρείται στους ηλικιωμένους ασθενείς αφού αποτελούν τον πληθυσμό των ατόμων που επιβιώνει για μεγάλο χρονικό διάστημα υποφέροντας από χρόνιες ασθένειες. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικό τρόπο που ανταποκρίνονται στην φαρμακευτική αγωγή και εμφανίζουν σοβαρές, ανεπιθύμητες αντιδράσεις εξαιτίας της παθολογίας του οργανισμού τους συγκριτικά με τους νεαρότερους ασθενείς. Επιπλέον, μπορεί να επισκεφθούν διαφορετικούς γιατρούς και να κάνουν χρήση διαφορετικών φαρμακευτικών αγωγών, οδηγώντας τη ζωή τους σε κίνδυνο εξαιτίας του κακού συντονισμού

στη λήψη φαρμάκων ή λόγω της παράλληλης περίθαλψης η οποία μπορεί να έρχεται σε αντίθεση με κάποια άλλη (Fontanella, et al., 2014).

## Κεφάλαιο 3<sup>ο</sup>

---

### Θεραπευτική Συμμόρφωση

Ο Η συμμόρφωση ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου, όσον αφορά τη λήψη των φαρμάκων, το διαιτολόγιο ή τις απαιτούμενες αλλαγές του τρόπου ζωής, συμπίπτει με τις ιατρικές οδηγίες» ( Φασόη-Μπαρκά, 2015 ).

Άλλος ορισμός που έχει δοθεί είναι «Η συμμόρφωση περιγράφει το αν και πόσο η συμπεριφορά του ασθενούς (σε σχέση με τη λήψη φαρμάκων ή την εμφάνιση αλλαγών στον τρόπο ζωής του συνάδει με το θεραπευτικό πλάνο και τις συμβουλές του θεράποντα ιατρού».

Από την εποχή του Ιπποκράτη συναντάται το πρόβλημα της μη συμμόρφωσης στην φαρμακευτική θεραπεία. Οι γιατροί της εποχής εκείνης προσπαθούσαν να ανακαλύψουν τα αίτια που οδηγούσαν τους ασθενείς στη μη συμμόρφωση της θεραπείας. Ο Ιπποκράτης σημείωνε ότι « την αμέλεια του ασθενή τη χρεώνεται τελικά ο γιατρός του». Σύμφωνα με στατιστικά στοιχεία ορισμένων ερευνών αποδεικνύεται ότι το 30% με 60% απέχει από τα όρια της φαρμακευτικής θεραπείας του.

«Ως μη συμμόρφωση θεωρείται η εκούσια ή η ακούσια αδυναμία τήρησης του θεραπευτικού σχήματος του ιατρού, όσον αφορά στη χορήγηση τοπικών ή συστηματικών φαρμάκων» (Hong et al, 2010, Rees et al, 2010).

Η μη συμμόρφωση των ασθενών στην φαρμακευτική αγωγή αποτελεί σοβαρό πρόβλημα στην κλινική πράξη. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με την προσπάθεια βελτίωσης της συμμόρφωσης των ατόμων στην φαρμακευτική θεραπεία όπως, η ασθένεια, η θεραπεία, οι πεποιθήσεις των ασθενών, διάφορα κοινωνικοοικονομικά κριτήρια, η σχέση μεταξύ ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι αναφέρεται ότι επηρεάζουν τον βαθμό της συμμόρφωσης.

Αν οι ασθενείς δεν ακολουθήσουν το θεραπευτικό σχήμα όπως ακριβώς είναι, τα προσδοκώμενα αποτελέσματα ακόμα και του καλύτερου θεραπευτικού σχεδίου δεν είναι εφικτό να υλοποιηθούν. Από το 1970 η μη συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών, αποτέλεσε θέμα μελέτης των επαγγελματιών υγείας. Η συμμόρφωση στη θεραπεία είναι

πολύπλευρη γιατί δεν περιλαμβάνει μόνο την συνεπή λήψη των φαρμάκων, αλλά και τις οποιεσδήποτε αλλαγές που θα συμβούν στη ζωή του (Μανώλης, 2012 ).

Στον Καναδά, στις ΗΠΑ, τη Μεγάλη Βρετανία και σε άλλες χώρες έχουν γίνει πολλές έρευνες με σκοπό να αξιολογηθούν τα ποσοστά μη συμμόρφωσης σε διαφορετικές ασθένειες αλλά και σε πληθυσμούς ασθενών. Τα στατιστικά των ερευνών έδειξαν ότι τα ποσοστά συμμόρφωσης είναι διαφορετικά και διαμορφώνονται ανάλογα με το αν η θεραπεία είναι μακροπρόθεσμη ή βραχυπρόθεσμη. Στις μακροπρόθεσμες φαρμακευτικές θεραπείες κυμαίνεται μεταξύ 40-50% ενώ στις βραχυπρόθεσμες θεραπείες κυμαίνεται μεταξύ 70-80%, όσον αφορά τη συμμόρφωση στις αλλαγές του τρόπου ζωής ποικίλλει ανάλογα με την νόσο. Έχει αποδειχθεί ένα σημαντικό ποσοστό των χρόνιων ασθενών δεν ακολουθεί τις ιατρικές εντολές παρά το γεγονός ότι πρόκειται για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους (Φασόη-Μπαρκά, 2015).

Υπάρχουν τρεις τύποι συμμόρφωσης της θεραπείας. Στον πρώτο τύπο η θεραπεία παρόλο που είναι συνταγογραφημένη δεν εκτελείται ποτέ από τον ασθενή. Στο δεύτερο τύπο υπάρχει διακοπή της θεραπείας από τον ίδιο τον ασθενή δεν συμμορφώνεται στις ιατρικές οδηγίες και αφαιρεί ή μειώνει δόσεις από την θεραπευτική αγωγή.(Jimmy et al., 2011).

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους χρόνιους ασθενείς έχει αναφερθεί ότι εκτελούν μία τουλάχιστον συνταγογραφούμενη συνταγή την ημέρα. Στην περίπτωση αυτή υπάρχει αυξημένο ποσοστό συμμόρφωσης από τον ασθενή.(Coleman et al., 2012).

Σε μια μελέτη που διεξήχθη το 2010 σε ένα δείγμα 148 ασθενών ηλικίας 25 και 69 ετών μελετήθηκαν άτομα που είχαν προσβληθεί από τον ιό της ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας ως προς την συμμόρφωσή τους στην θεραπευτική αγωγή. Επίσης οι ίδιοι αυτοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε νευροψυχολογικές δοκιμασίες αλλά και σε ψυχιατρική συνέντευξη. Στα αποτελέσματα της μελέτης βρέθηκε ότι ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος περίπου 80% συμμορφώθηκε με τη θεραπεία ( Μονοκρούσου, 2016)

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τη συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών ως προς τη θεραπευτική τους αγωγή μπορεί να είναι η μη ενεργητική συμμετοχή στη φαρμακευτική αγωγή. Η καλή συνεργασία και επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας βελτιώνει τα ποσοστά συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ομάδων. Αυτό σχετίζεται με τη διαχρονική σχέση συνεργασίας και αμοιβαίας εμπιστοσύνης που υπάρχει μεταξύ τους για τη διαχείριση του προβλήματος τους. Αυτό μας αποδεικνύει ότι η δημιουργία και η διατήρηση της καλής θεραπευτικής σχέσης μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας προάγει την υγεία και την ευεξία του ατόμου. Άλλοι παράγοντες που συνδέονται με τη μη συμμόρφωση

των ηλικιωμένων χρόνιων ασθενών είναι η άγνοια του ασθενούς για την κατάσταση της υγείας του, η λάθος αντίληψη που έχει για την βελτίωση της υγείας του, η άρνησή του στη λήψη φαρμάκων, η επιδείνωση της κατάστασής του και η αμφιβολία για τις παρενέργειες των φαρμάκων που πρέπει να παίρνει (Φασόη-Μπαρκά, 2015).

Υπάρχουν όμως και παράγοντες που έχουν σχέση με το σύστημα υγείας που επικρατεί. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την συμμόρφωση των ηλικιωμένων ασθενών είναι η προσβασιμότητα και η ικανοποίηση από τους χώρους παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Ο πολύς χρόνος αναμονής για ιατρικές επισκέψεις και οι αρνητικές εμπειρίες που μπορεί να είχαν κατά τη διάρκεια τους, αναφέρεται σαν ένας αρνητικός παράγοντας στη συμμόρφωση (Ma et al., 2013).

### **Οικονομικές επιπτώσεις της μη συμμόρφωσης**

Η υγεία είναι ένας σημαντικός τομέας σε κάθε χώρα γιατί δαπανώνται τεράστια ποσά κάθε χρόνο από τον κρατικό προϋπολογισμό. Μεγάλο ποσό χρημάτων ξοδεύονται ετησίως για την αγορά φαρμάκων για ασθενείς με χρόνιες παθήσεις μιας και η ανάγκη προμήθειας είναι συνεχιζόμενη και χρόνια ( Chisholm et al., 2012).

Η μη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα γιατί δεν σχετίζεται μόνο με τη βελτίωση και την ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και με τα χρηματικά κονδύλια που ξοδεύονται κάθε χρόνο σε παγκόσμιο επίπεδο. Σύμφωνα με τις εκθέσεις της ΕΕ το συνολικό κόστος της μη συμμόρφωσης ανέρχεται σε € 1,25 δις το χρόνο και εξαιτίας του φαινομένου ο αριθμός των θανάτων φτάνει τους 194,000. Στην Αμερική το κόστος έφτασε τα \$177 δις και στην Αγγλία τα € 12 εκατ (Eu-patient, 2016).

Η συμμόρφωση των χρόνιων ασθενών στη θεραπευτική αγωγή εκτός από τη βελτίωση του οικονομικού κόστους επιφέρει και βελτίωση της ποιότητας ζωής. Για παράδειγμα σε ασθενείς που έπασχαν από οστεοπόρωση έγινε καταγραφή του κόστους της αγωγής τους, τη συμμόρφωσή τους, της ποιότητας ζωής και της επιμονής τους για κάποια χρόνια. Στα αποτελέσματα φάνηκε ότι με την απλή λήψη του φαρμάκου η δαπάνη άγγιζε τα €10,279 σε συνδυασμό όμως με την πλήρη συμμόρφωση και την υιοθέτηση συμβούλων, το κόστος μειώθηκε στα €3,909 ανά άτομο. Διαφορά παρατηρήθηκε επίσης και στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Για παράδειγμα σε έναν ασθενή με οστεοπόρωση ο οποίος θα κάνει λήψη μόνο του φαρμάκου του θα σημειωθεί μια επιμήκυνση της ζωής του κατά 1,95 χρόνια ενώ αντίθετα ο ασθενής που θα κάνει χρήση της λήψης φαρμάκου και θα είναι συμμορφωμένος με τις υποδείξεις του θεράποντα ιατρού θα αυξήσει τη διάρκεια ζωής του κατά 5,12 έτη (Μονοκρούσου, 2016).

Γενικότερα η συμβουλευτική είναι η διαδικασία κατά την οποία δίνονται κατευθύνσεις από τον Σύμβουλο στον Πελάτη, με σκοπό να διερευνηθούν συνθήκες και συναισθήματα έτσι ώστε ο πελάτης να ανακαλύψει διάφορους μηχανισμούς και να τους χρησιμοποιήσει για να βοηθήσει τον εαυτό του να αντιμετωπίσει τα θέματα που τον απασχολούν. Ο σύμβουλος από μόνος του δεν παίρνει αποφάσεις για αυτό που αφορά τον πελάτη. Συμβουλευτική είναι η σχέση που δημιουργείται μεταξύ συμβούλου και πελάτη με σκοπό ο πελάτης να είναι ευχαριστημένος ζώντας δημιουργικά και με περισσότερη ικανοποίηση.

Η άσκηση της συμβουλευτικής στο χώρο της υγείας είναι μια αρκετά δύσκολη, υπεύθυνη και πολλές φορές επίπονη εργασία που απαιτεί αρκετή ψυχική ενέργεια. Χρειάζεται τεχνογνωσία που θα οδηγήσει στην κατάλληλη εξατομικευμένη προσέγγιση του ατόμου για να το βοηθήσει να αντιμετωπίσει το πρόβλημα, να προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση και να μπορέσει να δώσει μια ποιότητα στην καθημερινότητα του. Όσον αφορά τη συμμόρφωση των ηλικιωμένων με τη φαρμακευτική τους αγωγή, αποτελεί μια από τις περιπτώσεις που η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής είναι απαραίτητη. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να εφαρμόσουν τον συμβουλευτικό ρόλο και στα τρία επίπεδα παροχής φροντίδας υγείας - πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια, τριτοβάθμια-. Η εξειδίκευση της συμβουλευτικής προσέγγισης του ηλικιωμένου ατόμου ανάλογα με την περίπτωση, είναι επιβεβλημένη. Παράγοντες όπως η προσωπικότητα ατόμου και συμβούλου, η αντίσταση που προβάλλει το συμβουλευόμενο άτομο καθώς και ο κοινωνικός του περίγυρος, πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν να προσαρμόζεται η συμβουλευτική σχέση προς όφελος του ατόμου και του περιβάλλοντος του.



## Κεφάλαιο 4<sup>ο</sup>

---

### Ποιότητα Ζωής και Ηλικιωμένοι

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» (ποιός= τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους.

Η έννοια του όρου της ποιότητας ζωής περιέχει τέσσερις βασικούς τομείς: τον επαγγελματικό τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό και τον σωματικό.

Το άτομο, όταν εισέρχεται από την ενήλικη ζωή στα γηρατειά, είναι πιο επιρρεπές στις χρόνιες και εκφυλιστικές ασθένειες, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί μακροχρόνια ιατρική παρακολούθηση και δαπανηρή φαρμακευτική περίθαλψη. Επομένως, το αυξημένο προσδόκιμο επιβίωσης δεν συνοδεύεται πάντα από καλή ποιότητα ζωής (Καρανικόλα, 2018).

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται πολύ μεγάλο επιστημονικό ενδιαφέρον για την έννοια της ΠΖ. Το ενδιαφέρον αυτό δεν ανιχνεύεται μόνο στον βιο-ιατρικό τομέα αλλά και σε άλλους τομείς της επιστήμης, όπως η φιλοσοφία, η κοινωνιολογία, η οικονομία, η ψυχολογία, η πολιτική κ.α. Επειδή η ποιότητα ζωής είναι μία πολυεπίπεδη έννοια δεν είναι εύκολο να δοθεί και να υπάρξει ένας σαφής και καθολικά αναγνωρισμένος ορισμός. Αυτό συμβαίνει γιατί η έννοια της ΠΖ έχει εξαπλωθεί σε όλους τους τομείς της ζωής και της γνώσης (Barcaccia et al., 2013; Theofilou, 2013). Ο ΠΟΥ, βασίζεται στον ορισμό που δίνει ο ίδιος για την υγεία «η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι απλώς η απουσία ασθένειας και αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, ο ΠΟΥ ορίζει την ΠΖ ως «την υποκειμενική αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας που ζουν, σε συνάρτηση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους». Αναλύοντας αυτό τον ορισμό παρατηρούμε πως η Ποιότητα Ζωής αναφέρεται σε μία σειρά πραγμάτων τα οποία αλληλεπιδρούν και επηρεάζουν τη ζωή του ανθρώπινου γένους. Αυτά είναι η σωματική υγεία και ευεξία, η ευτυχία, η ικανοποίηση του ατόμου από την ζωή γενικότερα, η ελευθερία, η οικονομική κατάσταση, η ασφάλεια και άλλοι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζονται από τη μόρφωση, το κοινωνικό αλλά και το γεωγραφικό περιβάλλον στο

οποίο ζει το άτομο (Megari, 2013; Post, 2014; Theofilou, 2013; Ali et al., 2015; Karimi & Brazier, 2016; Lenardt et al., 2016).

### **Ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων**

Σε παγκόσμιο επίπεδο, η γρήγορη αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού, είναι ένα δεδομένο γεγονός έτσι, η ποιότητα ζωής θεωρείται ένα πολύ σημαντικό ζήτημα το οποίο αξίζει να ερευνηθεί. Η γήρανση είναι μία κατάσταση η οποία δεν μπορεί κανείς να την αποφύγει και μια διαδικασία μη αναστρέψιμη η οποία επηρεάζει το άτομο τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό και κοινωνικό επίπεδο, παρόλα αυτά είναι ένα πολύ φυσιολογικό φαινόμενο. Η διαδικασία της γήρανσης είναι μία συνεχής διαδικασία η οποία χαρακτηρίζεται από διάφορες αλλαγές, προβλήματα και απώλειες (Ali et al., 2005; Polat et al., 2015). Στη διαδικασία της γήρανσης υπάρχουν συνέπειες όπως η μειωμένη φυσική δύναμη, η περιορισμένη κινητικότητα η οποία μπορεί να οδηγήσει σε συχνούς τραυματισμούς ακόμα και αναπηρία. Επιπλέον, η οργανική έκπτωση είναι μια λειτουργία που συναντάται συχνά στην τρίτη ηλικία. Εξαιτίας αυτής της μειωμένης λειτουργίας των οργάνων του οργανισμού, δημιουργούνται πολύ συχνά, διάφορες παθολογικές καταστάσεις. Εκτός από τα σωματικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, έρχονται αντιμετώπιση και με γνωστικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας (άνοια, κατάθλιψη κ.α) που σε συνδυασμό με τα παραπάνω είναι ικανά να στερήσουν από έναν ηλικιωμένο την ανεξαρτησία του και να εξαρτάται από άλλα άτομα (Ali et al., 2015; Polat et al., 2015). Για τους λόγους αυτούς το ενδιαφέρον έχει μετατοπιστεί από την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, στην βελτίωση της ποιότητας ζωής όσο αυτή διαρκεί.

### **Παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων**

#### **Δημογραφικοί παράγοντες**

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων έχει αποδειχτεί ότι επηρεάζεται και διαμορφώνεται από μία σειρά δημογραφικών παραγόντων. Τον κυριότερο ρόλο στην ποιότητα ζωής έχει η ηλικία στην οποία συναντάται αντίστροφη σχέση με την ποιότητα ζωής. Όσο πιο ηλικιωμένο είναι ένα άτομο τόσο χειρότερη γίνεται και η ΠΖ του. Σε αρκετές μελέτες που διεξήχθησαν σε ηλικιωμένους άντρες και γυναίκες τα αποτελέσματα έδειξαν πως αυτοί που ήταν μεταξύ 60-74 χρόνων είχαν καλύτερη ΠΖ σε σχέση με τους μεγαλύτερους τους (Thomopoulou et al., 2010; Bilgili & Agraci, 2014; Ali, 2015; Jing et al., 2014; Huong & Tien, 2017). Το γεγονός αυτό συμβαίνει γιατί με το πέρασμα των χρόνων στους ανθρώπους παρατηρούνται

περισσότερες αλλαγές στο σώμα, χάνονται συναισθηματικές λειτουργίες και η ψυχολογική φθορά πολλές φορές είναι αναπόφευκτη, με αποτέλεσμα το επίπεδο της ΠΖ των γηραιότερων (>80) να είναι φτωχότερο. Στους ηλικιωμένους ενήλικες που είναι άνω των 75 ετών θεωρείται πως η ΠΖ τους είναι ικανοποιητική όταν καταφέρνουν να ζουν αυτόνομοι μέχρι το τέλος της ζωής τους, να έχουν καλή επικοινωνία με τους άλλους και να μπορούν να εκπληρώνουν τις πραγματικές τους ανάγκες. Στους ηλικιωμένους (>80) η ποιότητα ζωής τους θεωρείται ως αξιοπρεπής όταν η νοητική και σωματική τους υγεία είναι καλή, όταν η κοινωνική τους ζωή είναι ικανοποιητική και μπορούν να συμμετέχουν σε δραστηριότητες αναψυχής και τέλος όταν με τα μέλη της οικογένειάς τους η επικοινωνία είναι καλή (Thomopoulou et al., 2010). Παρατηρούμε ότι, υπάρχουν διαφορετικά κριτήρια που καθορίζουν και προσδίδουν ανάλογα με την ηλικία τη διαφορετική αξία της ποιότητας ζωής. Επιπλέον, το φύλο είναι ο δεύτερος σε σειρά πιο σημαντικός από αυτούς τους παράγοντες. Οι ηλικιωμένοι άνδρες έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες. Αν και οι γυναίκες ζουν περίπου 6 με 8 χρόνια παραπάνω από τους άνδρες το επίπεδο της ΠΖ τους είναι ιδιαίτερος φτωχό (Thomopoulou et al., 2010; Bilgili & Arpacı, 2014; Ali et al., 2015; Jing et al., 2014; Polat et al., 2015; Lenardt et al., 2016). Αυτό, οφείλεται στο ότι οι γυναίκες αποδεικνύεται ότι έχουν περισσότερο άγχος από τους άνδρες στην καθημερινότητα τους για την υγεία, την οικογένεια και την εργασία. Αναφέρεται επίσης ότι, οι γυναίκες έχουν χαμηλότερη αυτοεκτίμηση σε σχέση με τους άνδρες, γεγονός που επηρεάζει αρνητικά την ΠΖ τους. Επιπλέον, πολλές ηλικιωμένες γυναίκες αναφέρουν ότι δυσκολεύονται να φέρουν εις πέρας καθημερινές δουλειές και ανάγκες και να ανταποκριθούν στις κοινωνικές τους υποχρεώσεις με αποτέλεσμα να περιορίζεται η ΠΖ. Τέλος, το γυναικείο φύλο από τη φύση του αποδυναμώνεται πιο γρήγορα, οργανικά τουλάχιστον, σε σχέση με αυτό των ανδρών. Συγκεκριμένα στην δεκαετία των εβδομήντα αντιμετωπίζουν ορμονικές αλλαγές, αυτό έχει σαν συνέπεια να κάνουν την εμφάνισή τους διάφορες παθήσεις όπως η οστεοπόρωση, η οποία μπορεί να προκαλέσει πολλά προβλήματα σε μία γυναίκα, που μεταβάλλουν την ΠΖ της. Αυτά συνεπάγονται πολλές λειτουργικές και γνωστικές αναπηρίες που τις καθιστούν εξαρτημένες από άλλα άτομα και έτσι η ΠΖ τους περιορίζεται σε σημαντικό βαθμό (Thomopoulou et al., 2010). Σύμφωνα με τους Bilgili και Arpacı, (2014), οι ηλικιωμένοι άνδρες έχουν καλύτερη ΠΖ σε σχέση με τις ηλικιωμένες γυναίκες πιθανόν γιατί το εκπαιδευτικό επίπεδο είναι καλύτερο, ίσως έχουν μεγαλύτερο εισόδημα και οι αλληλεπιδράσεις με τους άλλους είναι πολύ περισσότερες σε σχέση με τις γυναίκες (Bilgili & Arpacı, 2014). Περνώντας τα χρόνια οι αντιλήψεις αυτές θεωρούνται αναχρονιστικές γιατί τώρα πια όλο και περισσότερες ηλικιωμένες γυναίκες θα έχουν εξίσου καλή εκπαίδευση και καλό εισόδημα με τους άνδρες.

Η οικογενειακή κατάσταση είναι επίσης ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την ΠΖ των ηλικιωμένων. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι οι ηλικιωμένοι που είναι παντρεμένοι ή συζούν με κάποιο σύντροφο έχουν καλή ΠΖ σε αντίθεση με αυτούς που ζουν μόνοι τους, γιατί η συντροφικότητα όπως φαίνεται, εξασφαλίζει το αίσθημα της ασφάλειας. Το διαζύγιο είναι ακόμη ένας παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Ο θάνατος του συντρόφου προκαλεί πολύ μεγάλη πτώση του επιπέδου της ΠΖ των ηλικιωμένων, ιδιαίτερα έντονη είναι ειδικά στις περιπτώσεις κατά τις οποίες οι ηλικιωμένοι είναι ευτυχισμένοι στο γάμο τους (Thomopoulou et al., 2010; Bilgili & Agraci, 2014; Sun et al., 2015; Ali et al., 2015). Περίεργο μπορεί να θεωρηθεί το γεγονός ότι ο Jing και οι συνεργάτες του (2016) αναφέρουν θετική σχέση μεταξύ χηρείας και ΠΖ. Η ύπαρξη ή η απουσία παιδιών από τη ζωή των ηλικιωμένων επηρεάζει εξίσου την ΠΖ τους. Όσοι ηλικιωμένοι έχουν παιδιά έχουν εμφανίζουν υψηλότερο επίπεδο ΠΖ σε σχέση με αυτούς που δεν έχουν παιδιά. Τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν κοντά με την οικογένειά τους έχουν καλύτερη κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη, με αποτέλεσμα να έχουν θετικό αντίκτυπο στην ΠΖ. Η συμβίωση αυτή βοηθά επίσης στην καλύτερη αντιμετώπιση των αλλαγών συγκριτικά με αυτούς που ζουν μόνοι (διαζευγμένοι και χήροι) (Thomopoulou et al., 2010; Bilgili & Agraci, 2014; Sun et al., 2015). Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο έχει αποδειχτεί ότι έχει θετική επίδραση στην ΠΖ των ηλικιωμένων και συγκεκριμένα, η εκπαίδευση θεωρείται ένας πολύ σημαντικός προγνωστικός παράγοντας για την ΠΖ των ηλικιωμένων και την επηρεάζει άμεσα και έμμεσα. (Bilgili & Agraci, 2014; Ali et al., 2015; Jing et al., 2016; Huong & Tien, 2017). Σε έρευνες που έχουν γίνει στις οποίες συμμετείχαν ηλικιωμένοι όλων των εκπαιδευτικών βαθμίδων (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια) ακόμα και αναλφάβητοι τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είχαν συγκριτικά πολύ καλύτερη ΠΖ από τους ηλικιωμένους που είχαν τελειώσει την πρωτοβάθμια εκπαίδευση και τους αναλφάβητους (Huong & Tien, 2017). Το γεγονός αυτό εξηγεί ότι το καλό εκπαιδευτικό επίπεδο ενός ατόμου έχει άμεση σύνδεση με την κοινωνική τάξη και την οικονομική κατάσταση, οι οποίες επηρεάζουν και βελτιώνουν εξίσου την ΠΖ. Αντίθετα, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο συνδέεται με κακές κοινωνικές σχέσεις, χαμηλή αυτοεκτίμηση και αυτοαξιολόγηση της υγείας και αυξημένα επίπεδα δυστυχίας, τα οποία με τη σειρά τους κάνουν φτωχότερο το επίπεδο ΠΖ των ηλικιωμένων (Bilgili & Agraci, 2014). Το εισόδημα επίσης έχει αναφερθεί ότι, βοηθάει αρκετά στην βελτίωση της ΠΖ. Σύμφωνα με τους Bilgili και Agraci, (2014) η οικονομική κατάσταση έχει καθοριστικό ρόλο στην ΠΖ των ηλικιωμένων και πως ηλικιωμένοι με επαρκή εισοδήματα έχουν καλύτερη ΠΖ σε σχέση με αυτούς που έχουν λιγότερα εισοδήματα. Τέλος, η ΠΖ των ηλικιωμένων φαίνεται ότι επηρεάζουν η εθνικότητα (Jing et al., 2014; Sun et al., 2015) αλλά και με το ποιον ζουν . Αν ζουν δηλαδή με την

οικογένειά τους ή μόνοι ή σε κάποιο γηριατρικό ίδρυμα. Τα άτομα τα οποία ζουν με την οικογένειά τους έχουν καλύτερη ΠΖ από αυτούς που ζουν σε κάποιο γηροκομείο ή μόνοι (Ali et al., 2015).

### **Σωματικοί /φυσικοί παράγοντες**

Ο καθοριστικός παράγοντας της ΠΖ με την μεγαλύτερη και πιο άμεση επιρροή στους ηλικιωμένους, είναι η υγεία. Εξετάζοντας την βιβλιογραφία οι περισσότερες μελέτες έδειξαν ότι η υγεία έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ΠΖ των ηλικιωμένων ατόμων. Ειδικότερα, ηλικιωμένοι οι οποίοι παρουσίαζαν πολυνοσηρότητα ή κάποια χρόνια ασθένεια είχαν φτωχότερη ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που ήταν υγιείς (Bilgili & Agraci, 2014; Sun et al., 2015 Polat et al., 2015; Huong & Tien, 2017). Συγκεκριμένα όσον αφορά τις χρόνιες ασθένειες, η πτώση του επιπέδου της ΠΖ είναι ραγδαία στους ηλικιωμένους καθώς, η ίδια ασθένεια, τα συμπτώματα και η θεραπεία τους έχουν μεγάλη επιρροή στη ζωή τους. Επιπλέον, όταν οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν περισσότερες από μία ασθένειες το επίπεδο της ΠΖ τους είναι εμφανές φτωχότερο. Το θέμα της λειτουργικότητας είναι ένας ακόμα πολύ σημαντικός παράγοντας με μεγάλη επιρροή στη ΠΖ των ηλικιωμένων. Η λειτουργικότητα ορίζεται ως η ικανότητα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας όπως το ντύσιμο και η φροντίδα της ατομικής υγιεινής. Η πτώση της λειτουργικότητας συνεπάγεται με πτώση της ΠΖ στον ηλικιωμένο πληθυσμό (Jing et al., 2016). Παρόλα αυτά, ακόμα και στην περίπτωση που δεν υπάρχει κάποια χρόνια ασθένεια, είναι αναπόφευκτη η φυσική σωματική έκπτωση στην τρίτη ηλικία η οποία με τη σειρά της συχνά μειώνει το επίπεδο της ΠΖ στους ηλικιωμένους εξαιτίας του ότι όλα τα προβλήματα που συνδέονται με την ηλικία δυσχεραίνουν την αυτόνομη διαβίωσή τους. Πολύ συχνά στους ηλικιωμένους επηρεάζεται η ΠΖ λόγω του ελλείμματος στην ακοή και την όραση (Sun et al., 2015). Αντίθετα, η καλή σωματική υγεία και λειτουργικότητα έχουν ευεργετικό ρόλο και συμβάλλουν στην διατήρηση της καλής ΠΖ των ηλικιωμένων (Huong & Tien, 2017).

### **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

Μεγάλος αριθμός ερευνών έχει ασχοληθεί με την επιρροή των ψυχοκοινωνικών παραγόντων στην ΠΖ των ηλικιωμένων. Το πιο συχνό φαινόμενο μεταξύ των ατόμων της τρίτης ηλικίας είναι η κατάθλιψη συνοδεύεται και από πολλά λειτουργικά προβλήματα. Παράλληλα, έχει κακή πρόγνωση και σχετίζεται με αυξημένη θνησιμότητα. Η σχέση μεταξύ της ΠΖ και της κατάθλιψης είναι σαφώς αρνητική εφόσον επηρεάζει τις γνωστικές και λειτουργικές ικανότητες των ηλικιωμένων (Bilgili & Agraci, 2014; Sun et al., 2015). Εμφανίζουν αισθήματα άγχους, αγωνίας και ανησυχίας, τα οποία είναι μόνιμα και ταλαιπωρούν τους ηλικιωμένους για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα έχει βρεθεί

ότι σχετίζονται με αρκετά χαμηλή ΠΖ (Jing et al., 2016). Η μοναξιά είναι μια κατάσταση επίσης που ταλαιπωρεί πολλούς ηλικιωμένους για μεγάλο κομμάτι της ζωής τους με αποτέλεσμα την κοινωνική απομόνωση, ιδιαίτερα μετά από την απώλεια του συντρόφου και την έλλειψη παιδιών από την καθημερινότητά τους. Είναι φανερό ότι, οι καταστάσεις αυτές οδηγούν σε δραματικές συνέπειες για τη ζωή των ηλικιωμένων, που με την σειρά σχετίζονται με επιδείνωση της ΠΖ τους. Πιο έντονη είναι η μοναξιά και η κοινωνική απομόνωση μετά τα 75 χρόνια γιατί σε αυτή την ηλικία συμβαίνουν συχνά γεγονότα στη ζωή όπως η χηρεία αλλά και η κατάθλιψη (Thomopoulou et al., 2010; Jing et al., 2016). Οι γυναίκες είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση των αρνητικών αυτών συναισθημάτων και καταστάσεων εξαιτίας των περισσότερων χρόνων ζωής και έτσι γίνονται πιο ευάλωτες. Αντίθετα, θετικά συναισθήματα όπως η καλή διάθεση, η ικανοποίηση από τη ζωή και η ευτυχία συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα ΠΖ στους ηλικιωμένους (Jing et al., 2016).

Μεταξύ των παραγόντων που έχουν ισχυρή επίδραση στην ΠΖ των ηλικιωμένων είναι και οι κοινωνικοί παράγοντες. Η κοινωνική συναναστροφή και η ΠΖ σχετίζονται θετικά γιατί όσο πιο καλή είναι η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων τόσο πιο καλή γίνεται και η ΠΖ. Η ποιότητα των σχέσεων αυτών θεωρείται πολύ σημαντική επειδή τα ηλικιωμένα άτομα έχουν πολλούς προβληματισμούς που συχνά επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Γι αυτό καλό είναι να έρχονται σε επαφή και να επικοινωνούν με άλλα άτομα ώστε να συζητούν και να εξωτερικεύουν συναισθήματα και προβληματισμούς. Οι συχνές επαφές με φίλους, συγγενείς, φροντιστές και γείτονες σχετίζονται με την ΠΖ των ηλικιωμένων και την ευνοούν, γιατί με τον τρόπο αυτό ενθαρρύνεται η επικοινωνία και ωφελείται η γενική ψυχολογία (Bilgili & Agraci, 2014; Sun et al., 2015; Jing et al., 2016).

Υπάρχουν όμως και παράγοντες που είναι διαφορετικοί μεταξύ τους και δεν μπορούν να μπουν σε κατηγορίες γιατί δεν έχουν κάποιο κοινό στοιχείο. Ορισμένες μελέτες αναφέρουν ότι υπάρχει κάποια σχέση μεταξύ ΠΖ και θρησκευτικότητας. Η πίστη σε κάποια θρησκεία, επηρεάζει θετικά την οπτική των ηλικιωμένων ως προς την αυτοαξιολόγηση της ΠΖ. Ακόμη, το περιβάλλον στο οποίο ζουν οι ηλικιωμένοι επηρεάζει την ζωή τους. Έχει αποδειχθεί ότι τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία ζουν στο σπίτι τους, ανεξάρτητα από το αν μένουν μόνοι τους ή με την οικογένειά τους, έχουν καλύτερη ΠΖ από τους ηλικιωμένους που ζουν σε γηριατρικά ιδρύματα. Ιδιαίτερα, οι ηλικιωμένοι οι οποίοι που πάσχουν από άνοια έχουν καλύτερη ΠΖ και πρόγνωση όταν κατοικούν σε έναν οικείο χώρο παρά σε κάποιο νοσηλευτικό ίδρυμα. Αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι βρίσκονται σε ένα γνωστό για αυτούς περιβάλλον, νιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και έχουν περισσότερη αυτονομία. Σε χώρους όπως τα γηροκομεία και σε άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα οι ηλικιωμένοι πολλές φορές νιώθουν ανασφάλεια και φόβο (Ali et al., 2015; Jing et al., 2016). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ,

συμπεριφορικοί παράγοντες μπορεί να επηρεάσουν εξίσου την ΠΖ των ηλικιωμένων. Στους παράγοντες αυτούς ανήκουν η κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα, τα οποία σαφώς και επιδεινώνουν την ΠΖ των ηλικιωμένων (Sun et al., 2015). Η φυσική άσκηση είναι μια δραστηριότητα που φαίνεται να ασκεί επιρροή στην ΠΖ. Αποτελέσματα μελετών έχουν δείξει ότι η καθημερινή φυσική άσκηση μπορεί να βελτιώσει αισθητά την ΠΖ των ηλικιωμένων. Τέτοιες δραστηριότητες είναι η αερόβια γυμναστική και οι ασκήσεις ευελιξίας και ισορροπίας, οι οποίες βέβαια πρέπει να είναι προσαρμοσμένες στις ικανότητες και ανάγκες των ηλικιωμένων. Παράλληλα με αυτό η συχνή συμμετοχή σε δραστηριότητες αναψυχής, όπως είναι οι εκδρομές έχει θετικό αντίκτυπο στην ΠΖ (Sun et al., 2015; Jing et al., 2016; Huong & Tien, 2017). Συμπερασματικά θα λέγαμε ότι, οι παράγοντες αυτοί δεν έχουν την ίδια επιρροή σε όλους τους ηλικιωμένους, αλλά διαφοροποιούνται από άτομο σε άτομο.

### **Εφαρμογές m. health**

Εξαιτίας της αύξησης του πληθυσμού των ανεπτυγμένων χωρών αυξάνονται και οι χρόνιες καταστάσεις υγείας, με αποτέλεσμα να χρειάζονται εναλλακτικές λύσεις για τη νοσοκομειακή περίθαλψη και τη φροντίδα των ιδρυμάτων. Στις Η.Π.Α εκτιμάται ότι μέχρι το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός ηλικιωμένων άνω των 60 ετών θα έχει διπλασιαστεί, ενώ η ηλικιακή ομάδα άνω των 80 ετών θα έχει τριπλασιαστεί σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του 2013. Στις μετρήσεις του 2013, οι ηλικιωμένοι αντιπροσώπευαν το 15,3% του πληθυσμού στον Καναδά, το 2056, το ένα τέταρτο του πληθυσμού θα είναι άνω των 65 ετών. Εξαιτίας αυτής της αύξησης, αυξήθηκε και το ενδιαφέρον για την υποστήριξη των ηλικιωμένων ενηλίκων με χρόνιες νόσους για να παραμείνουν στα σπίτια τους αντί να μετακινηθούν σε ιδρύματα. Ένας τομέας προτεραιότητας για την ανάπτυξη πολιτικής, είναι εάν οι τεχνολογίες κινητής υγείας (mHealth) μπορούν να βοηθήσουν τους χρόνιους ασθενείς να παραμείνουν στα σπίτια τους μέσω βελτιωμένης αυτοδιαχείρισης και αυξημένης αποτελεσματικότητας του παρόχου φροντίδας.(Matthew, 2016) Έχουν δημιουργηθεί εξατομικευμένες συσκευές που μπορούν να παρακολουθήσουν κάποιες χρόνιες παθήσεις όπως η αρτηριακή υπέρταση και το ηλεκτροκαρδιογράφημα. (Muse, 2016).

Είναι γεγονός ότι εξαιτίας των συνεχών βελτιώσεων των τεχνολογιών, η υγεία έχει τη δυνατότητα να μπορεί να βοηθήσει την παροχή υγειονομικής περίθαλψης βελτιώνοντας τις διαστάσεις όπως η συνεργασία, η επικοινωνία και η χρήση βασισμένων σε αποδεικτικά στοιχεία κατευθυντήριων γραμμών για τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Αν και οι καινοτομίες στον τομέα της υγείας και της τεχνολογίας αναπτύσσονται γρήγορα, η έρευνα στον τομέα αυτό βρίσκεται στα αρχικά στάδια. (Matthew, 2016)

Υπάρχει ένας διαχωρισμός στις παρεμβάσεις στην υγεία που γίνονται μέσω της ηλεκτρονικής μορφής σε δύο κατηγορίες. Η μία κατηγορία είναι της αυτόματης ανίχνευσης και της υπενθύμισης και η άλλη κατηγορία είναι των προσωπικών συσκευών με ηλεκτρονική εξάρτηση. Εκτός όμως από την εξατομικευμένη φροντίδα που προσφέρει η mHealth μπορεί να συνεισφέρει και στο πρόβλημα της μη συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή. Ένα τέτοιο παράδειγμα αποτελεί μια έρευνα που έγινε στην Κένυα σε ασθενείς με AIDS όπου η συγκεκριμένη εφαρμογή βοήθησε σημαντικά στη συμμόρφωση της θεραπείας. Στους συγκεκριμένους ασθενείς ερχόταν γραπτό μήνυμα που τους υπενθύμιζε να κάνουν λήψη της θεραπείας τους (Piette et al., 2014).

Η γρήγορη εξέλιξη αυτών εφαρμογών για την προαγωγή της υγείας και την παροχή υγειονομικής περίθαλψης αποδίδεται στην εύκολη πρόσβαση στην απέναντι στην τεχνολογία, στην εξατομίκευση που επιτρέπει η τεχνολογία και στην έγκαιρη πρόσβαση σε πληροφορίες μέσω δεδομένων, φωνής και βίντεο. Πολλές πιλοτικές μελέτες έχουν γίνει για τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων, όπως ΧΑΠ, ο διαβήτης, Αλτσχάιμερ / άνοια και οστεοαρθρίτιδα. Τα αποτελέσματα των μελετών αυτών έδειξαν ότι η χρήση αυτών των παρεμβάσεων στην Υγεία μπορεί να υποστηρίξει την επιτυχή διαχείριση των χρόνιων παθήσεων και της αλλαγής συμπεριφοράς στην υγεία.

Η αλήθεια όμως είναι ότι δοκιμές μεγάλης κλίμακας και πληροφορίες σχετικά με τις καλύτερες πρακτικές για το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση τέτοιων τεχνολογιών είναι περιορισμένες. Σε μια έρευνα που έκανε η ΠΟΥ έδειξε ότι μόνο το 12% των κρατών μελών ανέφεραν ότι αξιολόγησαν τις υπηρεσίες υγείας και ότι λίγα ήταν γνωστά για τον τρόπο αποτελεσματικής αξιολόγησης τέτοιων λύσεων. Υπάρχουν ανησυχίες που σε σχέση με την ασφάλεια των δεδομένων, την τεχνολογική παιδεία των τελικών χρηστών και άλλα προβλήματα που υπογραμμίζουν ότι θα πρέπει να εξεταστεί συνολικά και σε βάθος αυτό το σύστημα και το πλαίσιο μέσα στο οποίο θα χρησιμοποιηθεί. Σύμφωνα με τα παραπάνω η ανάπτυξη τέτοιων εφαρμογών με τον ελάχιστο κίνδυνο για την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που παρέχεται στους ηλικιωμένους ενήλικες είναι μια μελλοντική ερευνητική προτεραιότητα. Η γρήγορη εξέλιξη αυτών των εφαρμογών προσθέτει νέα δεδομένα και υπάρχει πιθανότητα να επιτευχθεί η επιτυχία της αρχικής εφαρμογής μακροπρόθεσμα εξαιτίας του μεγάλου ποσοστού των χρόνιων ηλικιωμένων ασθενών που δεν μπορούν ή δεν γνωρίζουν να χρησιμοποιούν mHealth εφαρμογές (Matthew, 2016).



## Ειδικό Μέρος

## 1. Κίνητρα, σκοπός και ερευνητικές υποθέσεις της μελέτης

Οι πεποιθήσεις και το κίνητρο για θεραπεία που καθορίζονται από τις πεποιθήσεις για τις αιτίες της ασθένειας και το νόημα που της αποδίδεται καθώς και το κίνητρο που έχουν για να ακολουθήσουν τη θεραπεία φαίνεται να συνδέονται στενά με τη θεραπευτική συμμόρφωση. Τέτοιες πεποιθήσεις είναι το να νιώθει ευάλωτος και επιρρεπής στη συγκεκριμένη ασθένεια και τις επιπλοκές αυτής, το να νιώθει ότι θα του προκαλέσει σοβαρές συνέπειες στην υγεία του και να θεωρεί ότι η θεραπεία θα είναι αποτελεσματική. Όταν όμως υπάρχουν παρανοήσεις και λανθασμένες πεποιθήσεις για την ασθένεια τότε μειώνεται και η συμμόρφωση. Τέτοιες μπορεί να είναι ανησυχίες για τη θεραπεία, η πεποίθηση ότι η ασθένεια δεν ελέγχεται καθώς και θρησκευτικές πεποιθήσεις. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η αρνητική στάση απέναντι στη θεραπεία εξαιτίας κατάθλιψης, άγχους, φόβου και θυμού για την ασθένεια, παράγοντες που επηρεάζουν ιδιαίτερα την συμμόρφωση (Jin et al., 2008). Η στάση των ασθενών απέναντι στην ασθένεια τους και στην θεραπεία αποτελεί ένα καθοριστικό παράγοντα για το συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτή (Bosley et al., 1995).

Η κατάθλιψη, η ανησυχία και το άγχος είναι συνηθισμένες καταστάσεις σε ασθενείς και συνήθως σχετίζονται με μειωμένη υγεία και αύξηση της ζήτησης των υπηρεσιών υγείας. Από την μετά-ανάλυση που πραγματοποίησαν οι DiMatteo et al. το 2000 προέκυψε ότι οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι τρεις φορές περισσότερο μη συμμορφωμένοι στη φαρμακευτική αγωγή που χρειάζεται να ακολουθήσουν για κάποια ασθένεια από την οποία πάσχουν. Η κατάθλιψη είναι πιθανόν να είναι ένας από εκείνους τους παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη θεραπευτική συμμόρφωση. Οι DiMatteo et al (2000) αναφέρουν τρεις λόγους για τους οποίους μπορεί η κατάθλιψη να επιδρά αρνητικά στη συμμόρφωση. Αρχικά η κατάθλιψη συχνά περιλαμβάνει το αίσθημα του αβοήθητου (hopelessness) το οποίο δεν επιτρέπει καθόλου αισιοδοξία στον ασθενή ώστε να καταφέρει να συμμορφωθεί, ουσιαστικά ο ασθενής θεωρεί ότι σχεδόν καμία προσπάθεια δεν αξίζει τον κόπο και δεν θα είναι αποτελεσματική. Η κατάθλιψη συχνά συνοδεύεται από κοινωνική απομόνωση, άρα ο ασθενής δεν μπορεί να δεχθεί την κοινωνική υποστήριξη που οι έρευνες δείχνουν ότι είναι ένας σημαντικός, θετικός παράγοντας για την συμμόρφωση. Τέλος η κατάθλιψη συχνά επηρεάζει τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου, όπως τη μνήμη, και έτσι γίνεται ακόμη δυσκολότερη η διαδικασία της τήρησης της αγωγής. Σε αντίθεση με την κατάθλιψη που φαίνεται να σχετίζεται ξεκάθαρα με τη μη θεραπευτική συμμόρφωση, δεν προκύπτουν ανάλογα συμπεράσματα και για το άγχος. Από τη συγκεκριμένη μετά-ανάλυση δεν προκύπτει αν η κατάθλιψη αυξάνει τη μη συμμόρφωση ή το αντίστροφο δηλαδή αν η μη συμμόρφωση αυξάνει την κατάθλιψη. Εξίσου είναι πιθανό να συμβαίνουν ταυτόχρονα και τα δύο ή να

επιδρά και τρίτος παράγοντας, όπως η κακή υγεία, τόσο στην αύξηση της κατάθλιψης όσο και της μη συμμόρφωσης στην προτεινόμενη αγωγή (DiMatteo et al., 2000).

Ο μέσος όρος και τα ημερήσια ποσοστά της κούρασης τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επηρεάζονται από γεγονότα που συμβαίνουν σε διαπροσωπικό επίπεδο σε άτομα με χρόνιες ασθένειες. Βέβαια υπάρχουν διαφορές ανάλογα με την ασθένεια. Τα αρνητικά γεγονότα αυξάνουν την κούραση και κατ' επέκταση τη λειτουργικότητα των γυναικών με ινομυαλγία, ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) και οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ). Αυτό συμβαίνει και για την επόμενη μέρα που συμβαίνουν αυτά τα γεγονότα. Στην ινομυαλγία και τη (ΡΑ) συμβαίνει το ίδιο ακόμη και όταν υπάρχουν θετικά γεγονότα δεδομένου ότι τα άτομα καταναλώνουν ενέργεια ακόμη και για αυτά. Σε ημερήσια βάση τα αρνητικά γεγονότα σχετίζονται με αύξηση της κούρασης ενώ τα θετικά με μείωση. Η κούραση έχει αρνητική επίδραση στη σωματική λειτουργία ανεξάρτητα από την ένταση του πόνου (Parrish et al., 2008).

Γενικός στόχος της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης των χρόνιων προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων και της θεραπευτικής συμμόρφωσης με την ποιότητα ζωής και το ψυχολογικό τους προφίλ.

Συγκεκριμένα, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της μελέτης επιχειρήθηκε:

- Σύγκριση της ομάδας των ηλικιωμένων ανδρών και της ομάδας των ηλικιωμένων γυναικών ως προς τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά.
- Συγκρίσεις των επιμέρους υποκλιμάκων κάθε μεταβλητής τόσο για το σύνολο του δείγματος όσο και για κάθε ομάδα ξεχωριστά.

## 1.1 Ερευνητικές υποθέσεις

Συγκεκριμένα, οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν, στα πλαίσια της εκπόνησης αυτής της ερευνητικής μελέτης ήταν:

- Τα χρόνια προβλήματα υγείας συνδέονται με συνθήκες που οδηγούν στο στιγματισμό και τη μείωση της κοινωνικής ισχύος και του κύρους του ατόμου παράγοντες που οδηγούν στην κοινωνική απόρριψη. Ως προς την ύπαρξη των χρόνιων προβλημάτων των ηλικιωμένων, η υπόθεσή μας είναι ότι τα υπερήλικα άτομα που εμφανίζουν πολλαπλά προβλήματα υγείας θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα γενικής υγείας και χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των υπερηλικών που δεν βιώνουν χρόνια προβλήματα υγείας.
- Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έχουν αναδείξει τη σχέση της στάσης απέναντι στην προσαρμογή των χρόνιων προβλημάτων υγείας με την ποιότητα ζωής και το ψυχολογικό προφίλ και έχουν επισημάνει την πολυπλοκότητα αυτής της σχέσης. Κατά συνέπεια, ως προς το ψυχολογικό προφίλ, η υπόθεσή μας είναι

ότι τα υπερήλικα άτομα που εμφανίζουν μια ώριμη στάση απέναντι στα χρόνια προβλήματα υγείας θα παρουσιάζουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας και χαμηλότερα επίπεδα σε σχέση με το δείγμα των υπερηλίκων που εμφανίζουν ανώριμη στάση απέναντι στην προσαρμογή τους στα χρόνια προβλήματα υγείας τους.

## 2. Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Ψυχικής Υγείας» του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Σεπτέμβριο του 2019. Καθορίστηκε το δείγμα της παρούσας μελέτης να αποτελέσουν ηλικιωμένα άτομα από τον υγιή πληθυσμό που διαμένουν στην ευρύτερη περιοχή της Ηπείρου.

Οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή των ατόμων στη μελέτη ήταν οι παρακάτω:

1. Τα άτομα να είναι ηλικιωμένα (άνω των 65 ετών) μέλη υγιούς πληθυσμού.
2. Μορφωτικό επίπεδο κατάλληλο, έτσι ώστε να γίνονται αντιληπτές οι ερωτήσεις των ψυχομετρικών εργαλείων. Έτσι, θα γινόταν δυνατό να αποφύγουμε τη διαδικασία μέτρησης του δείκτη νοητικής ικανότητας (IQ) των εξεταζόμενων, κάτι που θα επιβάρυνε ακόμη περισσότερο την διαδικασία μελέτης των εξεταζόμενων, η οποία θα ήταν ήδη σημαντικά επιβαρυνόμενη λόγω της μεγάλης έκτασης των ερωτηματολογίων.
3. Η επιθυμία των ατόμων να συμμετέχουν στην παρούσα μελέτη.
4. Την απόφαση για το αν πληρούνταν οι προϋποθέσεις για τη συμμετοχή στην έρευνα θα την έπαιρναν οι ερευνητές της παρούσας εργασίας.

Τα ερωτηματολόγια θα συμπληρώνονταν από τα ίδια τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, σε πλαίσιο επιλογής τους. Ταυτόχρονα, θα κατέγραφαν και τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Τα άτομα που θα συμμετείχαν στη μελέτη θα είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα είχαν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργούσε έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετείχε στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Εξάλλου, όλη τη διαδικασία θα τη διεκπεραίωνε το ίδιο άτομο, οπότε μειώνονταν οι πιθανότητες για διαρροή πληροφοριών και διασφαλιζόταν πλαίσιο με αυξημένο κλίμα εμπιστοσύνης μεταξύ των ερευνητών και των ατόμων που θα έπαιρναν μέρος στην έρευνα.

### 2.1 Δείγμα

Συνολικά δόθηκαν ερωτηματολόγια σε 120 άτομα και από αυτά επέστρεψαν κλειστοί φάκελοι από 110 άτομα. Από τους 110 φακέλους οι 4 εμπεριείχαν τα ερωτηματολόγια ασυμπλήρωτα, και οι 6 με σχεδόν συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Τελικά, στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν εθελοντικά 100 άτομα.

### 2.2 Διαδικασία

Οι ερευνητές χορήγησαν σε άτομα ηλικιωμένα, μέλη υγιούς πληθυσμού, τα αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια της μελέτης εντός φακέλου, τον οποίο το άτομο παρέδιδε κλειστό (αυτοπροσώπως) μετά τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, προκειμένου να διαφυλαχτεί το απόρρητο.

Οι ερευνητές βρίσκονταν στη διάθεση των ατόμων για διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπου χρειάστηκε.

Μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων γινόταν από τους ίδιους τους ερευνητές η διαδικασία αξιολόγησης των ψυχομετρικών ερωτηματολογίων, και σε ειδικούς πίνακες καταγράφονταν και προσδιορίζονταν τα αποτελέσματα του κάθε ψυχομετρικού εργαλείου ξεχωριστά για το κάθε άτομο.

Αναλυτικότερα, για την πραγματοποίηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερευνητικά εργαλεία:

## **2.3 Ερωτηματολόγιο και Ερευνητικά εργαλεία**

### **2.3.1. Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας**

Το ερωτηματολόγιο επισκόπησης υγείας SF36, έχει σαν σκοπό τη μέτρηση οκτώ διαστάσεων της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία. Οι οκτώ αυτές διαστάσεις είναι οι εξής: Η φυσική λειτουργικότητα (PF), ο σωματικός ρόλος (RP), ο σωματικός πόνος (BP), η γενική υγεία (GH), η ζωτικότητα (VT), η κοινωνική λειτουργικότητα (SF), ο συναισθηματικός ρόλος (RE) και η πνευματική- ψυχική υγεία (MH) (Ware 1992). Οι 36 ερωτήσεις προέρχονται από μια πηγή 149 ερωτήσεων, που συνέλεξαν, επεξεργάστηκαν και τελικώς επέλεξαν οι ερευνητές της Μελέτης Ιατρικών Αποτελεσμάτων (Medical Outcomes Study, MOS). Η πηγή αυτή σχηματίστηκε μετά από αξιολόγηση των διαφόρων οργάνων μέτρησης που χρησιμοποιούνται τα τελευταία 20 χρόνια για την εκτίμηση της ποιότητας ζωής.

Οι 8 αυτές επιμέρους κλίμακες διαμορφώνουν περιληπτικές μετρήσεις σε δύο γενικές κλίμακες, στις κλίμακες της σωματικής και ψυχικής υγείας. Η επισκόπηση υγείας SF-36 είναι κατάλληλη για αυτοσυμπλήρωση, για συμπλήρωση μέσω συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο ή τηλεφωνικά, για άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω. Η SF-36 έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής του γενικού πληθυσμού των ΗΠΑ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο συνήθης χρόνος συμπλήρωσης κυμαίνεται από 5-10 λεπτά. Διαθέτει πολύ καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Υπάρχουν επίσης διαθέσιμες βαθμολογίες, που καθιστούν δυνατή τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μέτρησης στις διάφορες μορφές της SF-36. Η ευρεία χρήση του σε μελέτες γενικού πληθυσμού το καθιστά ένα αξιόπιστο όργανο μέτρησης, που

προσεγγίζει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και μπορεί να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων θεραπευτικών πράξεων που χρησιμοποιούνται στην ιατρική.

Κάθε διάσταση σημειώνεται σε μια κλίμακα από το 0 έως το 100, με τους 0 βαθμούς να αντιστοιχούν στην χειρότερη ποιότητα της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα της ζωής και 100 βαθμούς να αντιστοιχούν στην καλύτερη δυνατή κατάσταση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (Ware 1993). Και οι οκτώ διαστάσεις μπορούν να συνοψιστούν σε δύο συνολικά αποτελέσματα που αφορούν την σωματική υγεία το πρώτο και την πνευματική – ψυχική υγεία το δεύτερο (Ware et al 1994) και σαν μετρήσιμοι δείκτες καλούνται για συντομία PCS-36 και MCS- 36. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία στον ελληνικό πληθυσμό.

### **2.3.2. Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90),**

Η Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας (SCL-90), η οποία αναπτύχθηκε από τον Derogatis (1977), αφορά την καταγραφή της υπάρχουσας ψυχοπαθολογίας. Αποτελείται από 90 ερωτήματα, τα οποία περιγράφουν ψυχολογικές, συμπεριφορικές και σωματικές αιτιάσεις στη βάση 9 υποκλιμάκων. Οι τελευταίες συμπεριλαμβάνουν τη σωματοποίηση, τον ιδεοψυχαναγκασμό, τη διαπροσωπική ευαισθησία, την κατάθλιψη, την επιθετικότητα, το φοβικό άγχος, τον παρανοειδή ιδεασμό, τον ψυχωτισμό και διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.). Η αξιολόγηση πραγματοποιείται σύμφωνα με μια πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0-1-2-3-4). Πέραν του εξαγόμενου δείκτη για κάθε υποκλίμακα, προκύπτουν επιπλέον 3 συνολικοί δείκτες, οι οποίοι αφορούν το γενικό δείκτη συμπτωμάτων, το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων και το δείκτη ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων αντίστοιχα. Η προσαρμογή της κλίμακας στον ελληνικό πληθυσμό παρουσίασε ικανοποιητική εγκυρότητα κριτηρίου και συγκλίνουσα εγκυρότητα, καθώς και σημαντικές συσχετίσεις των υποκλιμάκων της με συναφείς υποκλίμακες του MMPI (Ντώνιας και συν, 1991).

### **2.3.3. Ερωτηματολόγιο θεραπευτικής συμμόρφωσης**

Οι πεποιθήσεις, οι εμπειρίες και οι πρακτικές συμπεριφοράς σχετικά με τη θεραπευτική συμμόρφωση θα προσδιοριστούν μέσω περιεχομένου και θεματικής ανάλυσης με τύπου Likert ερωτήσεις με ένα σκόπιμο δείγμα ηλικιωμένων ασθενών που θα επιλεγθούν με τυχαioποιημένη δοκιμασία. Τα προσδιορισμένα θέματα που θα αναδυθούν στο ερωτηματολόγιο θα χωριστούν σε τρεις ενότητες: α) πεποιθήσεις, β) εμπειρίες και γ) συμπεριφορές (πρακτικές). Η κλίμακα αυτοαναφοράς θεραπευτικής συμμόρφωσης στη

φαρμακευτική αγωγή θα προστεθεί στο ερωτηματολόγιο ως δείκτης αυτοσυγκέντρωσης από τον ασθενή. Οι υψηλότερες βαθμολογίες θα υποδεικνύουν καλύτερη συμμόρφωση (βαθμολογία 20 υποδεικνύει τέλεια συμμόρφωση).

### **2.3.4 Ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων**

Επιπλέον σε κάθε ερωτώμενο ηλικιωμένο άτομο δόθηκε ερωτηματολόγιο που αφορούσε τη συλλογή των κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων, ήτοι πληροφορίες για την ηλικία, την καταγωγή, το επάγγελμα, την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση των ίδιων των υποκειμένων, καθώς και ερωτήσεις που αφορούσαν την υποκειμενική θεώρηση της γενικής τους υγείας, την αντικειμενική θεώρηση της υγείας τους αλλά και ερωτήσεις που αφορούσαν τη στάση τους απέναντι στο γήρας.

## **2.4 Στατιστική επεξεργασία**

Η στατιστική επεξεργασία των ερωτηματολογίων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS (frequencies και correspondence analysis) για τις κοινωνικές αναπαραστάσεις των ασθενών ως προς τη σχέση με τη θεραπευτική συμμόρφωση. Η περιγραφή των κοινωνικοδημογραφικών χαρακτηριστικών και των κοινωνικών αναπαραστάσεων θα γίνει με την παρουσίαση συχνοτήτων frequencies και correspondence analysis. Για την αναζήτηση των κοινωνικοδημογραφικών παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση των κοινωνικών αναπαραστάσεων θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της one way Anova και για την επίδραση των κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών στη θεραπευτική συμμόρφωση, στην ψυχοπαθολογία και στην ποιότητα ζωής θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος της πολυμεταβλητής ανάλυσης διακύμανσης (GLM-MANOVA). Για την περιγραφή των ποσοτικών χαρακτηριστικών του δείγματος χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στοιχεία των κατανομών (μέσος όρος και τυπική απόκλιση (SD)).

Στις περιπτώσεις σύγκρισης κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία  $\chi^2$ . Συγκεκριμένα, χρησιμοποιήθηκαν (Κατσουγιαννόπουλος, 1990; Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000; Ιωαννίδης, 2000).

- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 3x2 στις περιπτώσεις που λιγότερο από το 25% των αναμενόμενων τιμών είναι  $<5$ , καμία από τις αναμενόμενες τιμές δεν είναι  $<1$  και το σύνολο των παρατηρήσεων είναι  $>24$  (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000)
- το  $\chi^2$  του Pearson για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που όλες οι αναμενόμενες τιμές είναι  $>10$  (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).



- το  $\chi^2$  του Yates για πίνακες 2x2 στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι μεταξύ του 5 και 10 (Παπαϊωάννου & Φερεντίνος, 2000).
- Στις περιπτώσεις που έστω και μία από τις αναμενόμενες τιμές είναι  $<1$  ή δεν πληρούνται οι προϋποθέσεις για την εφαρμογή του  $\chi^2$  θα χρησιμοποιηθεί η ακριβής δοκιμασία κατά Fisher (Fisher's Exact Test). Οι υπολογιστικοί τύποι της δοκιμασίας αυτής είναι πολύπλοκοι, αλλά η δοκιμασία είναι εύκολο να εφαρμοστεί σε στατιστικά προγράμματα λογισμικού (Ιωαννίδης, 2000; Γναρδέλλης, 2006).

Οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των μεταβλητών έγιναν στα προγράμματα Excel και STATA 10 (STATA Corp., College Station, TX, USA) ενώ οι στατιστικές αναλύσεις που αφορούν τις συγκρίσεις των ποσοτικών και κατηγορικών μεταβλητών καθώς και την ανάλυση αντιστοιχιών εφαρμόστηκαν στο στατιστικό πακέτο SPSS (Γναρδέλλης, 2006, Δαφέρμος, 2005).

Οι διαφορές (P) για όλους τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικές από το επίπεδο του 5% ( $p < 0,05$ ).

## 2.5 Προσδοκώμενα Αποτελέσματα

Τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη είναι η ανάδειξη των χρόνιων ζητημάτων υγείας των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στην Ελλάδα και των επιπτώσεων που μπορεί να έχουν στην ποιότητα ζωής τους. Ακόμη, θεωρείται ενδιαφέρον μέσα από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης μελέτης η ανάδειξη της διασύνδεσης αυτών των προβλημάτων με τα επίπεδα θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων.

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης θα αναδείξουν ζητήματα που θα απασχολήσουν τους επαγγελματίες υγείας της Ψυχικής Υγείας, έτσι ώστε να προβούν στη λήψη μέτρων που θα προάγουν την ποιότητα ζωής του πληθυσμού των ηλικιωμένων και θα προλαμβάνουν την εμφάνιση των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχοκοινωνική ζωή τους.

### 3. Αποτελέσματα της μελέτης

#### 3.1 Κοινωνικο - Δημογραφικό προφίλ του δείγματος

Το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ των ατόμων που έλαβαν μέρος στην παρούσα μελέτη, καθώς και οι απαντήσεις τους στις επιπλέον ερωτήσεις που τους τέθηκαν στο ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων, παρουσιάζεται αναλυτικά στους πίνακες 1 και 2.

<b>Πίνακας 1. Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων του δείγματος.</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Φύλο</b>					
Valid	Γυναίκα	47	47.0	47.0	47.0
	Άνδρας	53	53.0	53.0	100.0
	Σύνολο	100	100.0	100.0	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>					
	Άγαμος	3	3.0	3.0	3.0
	Έγγαμος	73	73.0	73.0	76.0
	Διαζευγμένος	6	6.0	6.0	82.0
	Χήρος	18	18.0	18.0	100.0
<b>Διαμονή</b>					
Valid	Χωριό - Κωμόπολη	59	59.0	59.0	59.0
	Πόλη με <150.000 Κάτοικους	31	31.0	31.0	90.0
	Πόλη με >150.000 Κάτοικους	10	10.0	10.0	100.0

Το 47% των ερωτηθέντων αποτελείται από άνδρες ενώ το υπόλοιπο 53% καταλαμβάνεται από γυναίκες. Η μέση ηλικία των ανδρών του δείγματος ήταν  $71,04 \pm 6,04$ , και δε διέφερε στατιστικά σημαντικά από τη μέση ηλικία των γυναικών του δείγματος, η οποία ήταν  $72,16 \pm 7,06$ , με τη σύγκριση των δύο ομάδων με το t Test ( $p=0,615$ ).

Όσον αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, η πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό της τάξης του 73% αποτελείται από έγγαμους, στο 18% ανήκουν όσοι είναι χήροι, ενώ το 6% και το 3% καταλαμβάνουν οι διαζευγμένοι και οι άγαμοι αντίστοιχα.

Όσον αφορά τον τόπο καταγωγής, τα μεγαλύτερα ποσοστά του δείγματος ήταν από χωριό ή κωμόπολη Πιο συγκεκριμένα, το 59% του δείγματος κατάγεται από χωριό ή κωμόπολη, το 31% κατάγεται από πόλη με λιγότερους από 150.000 κατοίκους, ενώ το υπόλοιπο 10% έχει καταγωγή από πόλη με περισσότερους από 150.000 κατοίκους.

Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο μεταξύ των δύο φύλων, με τη σύγκριση με το Fisher Exact Test ( $P= 0,421$ ). Οι 6 στους 10 στο σύνολο του δείγματος ήταν αναλφάβητοι και απόφοιτοι δημοτικού. Οι αναλφάβητοι φτάνουν 8% του δείγματος και οι απόφοιτοι Δημοτικού αποτελούν το 46%. Επιπλέον, το 18% των ερωτηθέντων είναι απόφοιτοι Γυμνασίου, ενώ στο 17% ανήκουν όσοι αποφοίτησαν το Λύκειο. Τέλος, όσοι αποφοίτησαν από ανώτερα/τεχνολογικά εκπαιδευτικά ιδρύματα καταλαμβάνουν το 11% των ερωτηθέντων.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες με ποσοστό 95% έχουν αδέρφια, ενώ το υπόλοιπο 5% είναι μοναχοπαίδια και ακόμη και η πλειοψηφία του δείγματος με ποσοστό της τάξης του 95% ανέφερε πως έχει παιδιά, ενώ το υπόλοιπο 5% δήλωσε πως δεν έχει παιδιά.

<b>Πίνακας 2. Εκπαιδευτικό επίπεδο και οικογενειακά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων του δείγματος.</b>					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
<b>Εκπαιδευτικό Επίπεδο</b>					
Valid	Αναλφάβητος	8	8.0	8.0	8.0
	Απόφοιτος Δημοτικού	46	46.0	46.0	54.0
	Απόφοιτος Γυμνασίου	18	18.0	18.0	72.0
	Απόφοιτος Λυκείου	17	17.0	17.0	89.0
	Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ	11	11.0	11.0	100.0
<b>Αδέλφια</b>					
	Όχι	5	5.0	5.0	5.0
	Ναι	95	95.0	95.0	100.0
<b>Παιδιά</b>					
	Όχι	5	5.0	5.0	5.0
	Ναι	95	95.0	95.0	100.0

## 4. Αποτελέσματα στατιστικής επεξεργασίας της σχέσης των χρόνιων προβλημάτων υγείας με τη θεραπευτική συμμόρφωση των ηλικιωμένων

Στο κεφάλαιο αυτό θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της εργασίας μας, που αφορούν συγκρίσεις μεταξύ των δύο φύλων, κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και των χρόνιων προβλημάτων υγείας, ως προς τη θεραπευτική συμμόρφωσή τους. Για το λόγο αυτό και πριν παραθέσουμε τα αποτελέσματα θα ξεκινήσουμε με το να παρουσιάσουμε τις υποκλίμακες στις οποίες συγκρίθηκαν και τον τρόπο βαθμολόγησής τους.

### 4.1. Κλίμακες που μελετήθηκαν

Κάθε ένας ερωτώμενος συμπλήρωσε ερωτήσεις, ταξινομημένες σε δύο ερωτηματολόγια. Από αυτές τις ερωτήσεις υπολογίστηκαν οι κλίμακες και υποκλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν για την εξαγωγή των συμπερασμάτων της έρευνάς μας. Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζονται το σύνολο των κλιμάκων που υπολογίστηκαν για κάθε ένα ερωτηματολόγιο. Για κάθε μία κλίμακα περιγράφεται το σύνολο των ερωτήσεων από τις οποίες προήλθε και ο τρόπος με τον οποίο βαθμολογήθηκε κάθε μία απάντηση του ερωτώμενου.

<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90).</b>	
Σωματοποίηση (Somatization).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1, 4, 12, 27, 40, 42, 48, 49, 52, 53, 56 και 58.
Ιδιοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 9, 10, 28, 38, 45, 46, 51, 55 και 65.
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 6, 21, 34, 36, 37, 41, 61, 69 και 73.
Κατάθλιψη (Depression).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 5, 14, 15, 20, 22, 26, 29, 30, 31, 32, 54, 71 και 79.
Άγχος (Anxiety).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 2, 17, 23, 33, 39, 57, 72, 78, 80 και 86.
Επιθετικότητα (Hostility).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 11, 24, 63, 67, 74 και 81
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 25, 47, 50, 70, 75 και 82.
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 8, 18, 43, 68, 76 και 83.
Ψυχωτισμός (Psychoticism).	από το άθροισμα των απαντήσεων στις ερωτήσεις 7, 16, 35, 62, 77, 84, 85, 87, 88 και 90.

Διάφορες αιτιάσεις (π.χ. διαταραχές ύπνου, πρόσληψης τροφής, κ.α.).	από τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 44, 64, 66, 19, 60, 59 και 89.
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων (ΓΔΣ)	το άθροισμα όλων των δεικτών προς το 90 που είναι το πλήθος όλων των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου.
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων (ΔΕΘΣ)	ορίζεται να είναι η επόμενη ακέραια μονάδα του λόγου του αθροίσματος όλων των δεικτών προς το σύνολο των θετικών συμπτωμάτων.
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων (ΣΘΣ).	ορίζεται να είναι το άθροισμα όλων των αποκρίσεων του ερωτώμενου οι οποίες έχουν θετικό πρόσημο.
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36).</b>	
Σωματική λειτουργικότητα (PF).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 και 12, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός ρόλος (RP).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 13, 14, 15 και 16, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συναισθηματικός ρόλος (RE).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 17, 18 και 19, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ζωτικότητα (VT).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 23, 27, 29 και 31, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Ψυχική υγεία (MH).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 24, 25, 26, 28 και 30, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Κοινωνικός ρόλος (SF).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 20 και 32, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Σωματικός πόνος (BP).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 21 και 22, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Γενική υγεία (GH).	από τη μέση τιμή των απαντήσεων στις ερωτήσεις 1,2, 33, 34, 35 και 36, κατόπιν ειδικής επεξεργασίας των συγκεκριμένων ερωτήσεων.
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS).	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RF, RP, BP & GH
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS).	Το άθροισμα των υποκλιμάκων RE, VT, MH & SF

## 4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος και των κοινωνικοδημογραφικών τους στοιχείων. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αυτές κατηγοριοποιούνται σε σχέση με τα δημογραφικά τους στοιχεία.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού p το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 3. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

Στον πίνακα 3 μπορούμε να παρατηρήσουμε πως δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε καμία από τις κλίμακες των κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων των ηλικιωμένων.

<b>Πίνακας 3: Διαφοροποιήσεις της θεραπευτικής συμμόρφωσης μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και των κατηγοριών των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων.</b>				
<b>Κοινωνικο-δημογραφικές Μεταβλητές</b>	<b>Μέση τιμή (x ± SD).</b>	<b>T-Test</b>		
		t	df	P
<b>Φύλο</b>				
Ανδρας	9,83 ± 8,77	-,495	202	,621
Γυναίκα	10,51±9,12			
<b>Έχετε παιδιά;</b>				
Ναι	8,03 ± 9,68	-1,051	201	,294
Όχι	9,92 ± 8,49			
<b>Έχετε αδέρφια;</b>				
Ναι	8,09 ± 8,54	-1,107	200	,269
Όχι	9,11 ± 8,11			

## 4.2 Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων και της ύπαρξης χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων

Στην παράγραφο αυτή ελέγχουμε τη διαφοροποίηση στην τιμή της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων του δείγματος και της ύπαρξης χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων. Χρησιμοποιούμε τον έλεγχο Student (T – Test) για δύο ανεξάρτητα δείγματα για τον υπολογισμό της στατιστικής σημαντικότητας της διαφοράς μεταξύ των υποομάδων. Η στατιστική υπόθεση που ελέγχουμε για κάθε μία από τις κλίμακες και υποκλίμακες είναι:

**Στατιστική Υπόθεση :** Η μέση τιμή της κλίμακας δεν διαφέρει μεταξύ των δύο ομάδων, όπως αυτές κατηγοριοποιούνται σε σχέση με την ύπαρξη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.

Η απόρριψη της στατιστικής υπόθεσης κρίνεται από την τιμή του στατιστικού  $p$  το οποίο παρουσιάζεται σε ξεχωριστή στήλη. Ως όριο για την αποδοχή ή απόρριψη μίας στατιστικής υπόθεσης τέθηκε ο αριθμός 0,05.

Το αποτέλεσμα της εφαρμογής του T – Test δίνει τον πίνακα 4. Με σκούρο χρώμα σημειώνονται τα στατιστικώς σημαντικά συμπεράσματα, δηλαδή οι στατιστικές δοκιμασίες οι οποίες μας έδωσαν  $p < 0,05$ .

Στον πίνακα 4, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές ποιότητας ζωής με στατιστικά μεγαλύτερη μέση τιμή από τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν χαμηλότερες τιμές ποιότητας ζωής, στις μεταβλητές :

- Όσοι έχουν υπέρταση (,006).



<b>Πίνακας 4: Διαφοροποιήσεις της θεραπευτικής συμμόρφωσης μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και της ύπαρξης ή μη χρόνιων σωματικών συμπτωμάτων.</b>				
<b>Χρόνια σωματικά συμπτώματα</b>	<b>Μέση τιμή (x ± SD).</b>	<b>T-Test</b>		
		<b>t</b>	<b>df</b>	<b>P</b>
<b>Έχετε πονοκεφάλους</b>				
Ναι	9,07 ± 7,43	,868	202	,386
Όχι	8,83 ± 9,18			
<b>Έχετε προβλήματα με το έντερό σας;</b>				
Ναι	8,56 ± 4,37	-,453	202	,651
Όχι	9,38 ± 6,98			
<b>Έχετε προβλήματα με το στομάχι σας;</b>				
Ναι	9,70 ± 7,32	1,576	202	,117
Όχι	7,48 ± 9,15			
<b>Έχετε υπέρταση;</b>				
Ναι	9,71 ± 8,40	2,767	201	<b>,006</b>
Όχι	6,92 ± 9,50			
<b>Έχετε μυοσκελετικά προβλήματα;</b>				
Ναι	7,51 ± 6,68	,891	202	,374
Όχι	8,96 ± 7,58			
<b>Έχετε προβλήματα με την καρδιά σας;</b>				
Ναι	9,67 ± 7,66	1,865	202	,064
Όχι	6,16 ± 9,45			
<b>Έχετε κάποιο σοβαρό πρόβλημα υγείας;</b>				
Ναι	8,74 ± 8,86	1,917	190,938	,057
Όχι	9,19 ± 7,98			
<b>Έχετε σακχαρώδη διαβήτη;</b>				
Ναι	9,58 ± 7,23	1,137	202	,257
Όχι	8,81 ± 6,38			

### 4.3 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης και των στάσεων υγείας

Στον πίνακα 5, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της θεραπευτικής συμμόρφωσης μεταξύ των ατόμων και των κατηγοριών της γενικότερης στάσεως της υγείας τους. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Προσέχει την καθαριότητά του; ( $p = 0,010$ )
- Προσέχει την εμφάνισή του; ( $p = 0,012$ )

Πίνακας 5: Διαφοροποιήσεις μεταξύ της θεραπευτικής συμμόρφωσης και των στάσεων των ηλικιωμένων ως προς την υγεία τους		
	F	p
Θα λέγατε ότι ανήκετε σε κείνη την κατηγορία των ανθρώπων που:		
Εκπαιδευτικό επίπεδο	2,073	,081
Προσέχει τη διατροφή του;	1,000	,408
Προσέχει την άσκησή του;	,406	,801
Προσέχει την υγεία του;	,423	,785
Προσέχει τον ύπνο του;	,842	,494
Προσέχει την καθαριότητά του;	3,444	<b>,010</b>
Προσέχει την εμφάνισή του;	3,291	<b>,012</b>
Προσέχει στον ήλιο;	1,267	,288
Αποφεύγει το κάπνισμα;	,703	,591
Αποφεύγει το παθητικό κάπνισμα;	,384	,803
Αποφεύγει το αλκοόλ;	,556	,695
Αποφεύγει να ξενυχτάει;	1,126	,340
Αποφεύγει τα μικρόβια;	2,143	,077
Αποφεύγει το άγχος;	,466	,760
Αποφεύγει τους καυγάδες;	2,316	,059
Αποφεύγει την ταχύτητα στο αυτοκίνητο;	1,926	,108
Αποφεύγει τη γκρίνια;	1,172	,324
Αποφεύγει τους γιατρούς;	1,337	,258
Αποφεύγει τους ασθενείς;	1,330	,260
Αποφεύγει τα νοσοκομεία;	1,166	,327

#### 4.4 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ψυχοπαθολογίας και των κατηγοριών της θεραπευτικής συμμόρφωσης

Στον πίνακα 6, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στις τιμές της ψυχοπαθολογίας που μετρήθηκαν μεταξύ των ηλικιωμένων ατόμων και των κατηγοριών της θεραπευτικής τους συμμόρφωσης. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις παρακάτω κλίμακες :

- Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation-SCL-90) ( $p = 0,026$ ).
- Διάφορες αιτιάσεις (σκέψεις θανάτου-SCL-90) ( $p = 0,000$ ).

<b>Πίνακας 6. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ψυχοπαθολογίας και των κατηγοριών της θεραπευτικής συμμόρφωσης</b>		
	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Κλίμακα Ψυχοπαθολογίας - Symptom Checklist 90-R (SCL-90).</b>		
Σωματοποίηση (Somatization).	1,843	,163
Ιδεοψυχαναγκασμός (Obsessive-Compulsive).	1,895	,156
Διαπροσωπική ευαισθησία (Inter. Sensitivity).	1,373	,257
Κατάθλιψη (Depression).	2,056	,132
Άγχος (Anxiety).	1,917	,151
Επιθετικότητα (Hostility).	,745	,477
Φοβικό άγχος (Phobic anxiety).	,285	,753
Παρανοειδή ιδεασμό (Paranoid ideation).	3,764	<b>,026</b>
Ψυχωτισμός (Psychoticism).	1,539	,219
Διάφορες αιτιάσεις (π.χ.σκέψεις θανάτου).	8,888	<b>,000</b>
Γενικός δείκτης συμπτωμάτων	2,239	,111
Δείκτης ενόχλησης των θετικών συμπτωμάτων	,185	,832
Σύνολο των θετικών συμπτωμάτων	2,913	<b>,058</b>

#### 4.5 Στατιστικές Διαφοροποιήσεις μεταξύ της ποιότητας ζωής και της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων

Στον πίνακα 7, που ακολουθεί, παρουσιάζονται οι στατιστικές διαφοροποιήσεις στην τιμή της ποιότητας ζωής και της θεραπευτικής τους συμμόρφωσης. Για την ανίχνευση των διαφοροποιήσεων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία ANOVA.

Εμφανίζεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση στην παρακάτω κλίμακα :

- Ψυχική υγεία (MH – SF36) (p =0,026).
- Κοινωνικός ρόλος (SF – SF36) (p =0,010).
- Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF\_MCS – SF36) (p =0,049).

<b>Πίνακας 7. Διαφοροποιήσεις μεταξύ ποιότητας ζωής και των κατηγοριών της θεραπευτικής συμμόρφωσης</b>		
	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Ερωτηματολόγιο επισκόπησης της Υγείας - Short-Form Health Survey (SF- 36)</b>		
Σωματική λειτουργικότητα (PF).	,313	,732
Σωματικός ρόλος (RP).	2,443	<b>,091</b>
Συναισθηματικός ρόλος (RE).	,477	,622
Ζωτικότητα (VT).	,627	,536
Ψυχική υγεία (MH).	3,764	<b>,026</b>
Κοινωνικός ρόλος (SF).	4,777	<b>,010</b>
Σωματικός πόνος (BP).	2,084	,129
Γενική υγεία (GH).	,739	,480
Συνοπτική Κλίμακα Φυσικής Υγείας (SF_PCS).	2,043	,134
Συνοπτική Κλίμακα Ψυχικής Υγείας (SF_MCS).	3,085	<b>,049</b>

## 5. Συζήτηση

Στο κεφάλαιο αυτό θα γίνει η προσπάθεια της συζήτησης των ευρημάτων της παρούσας μελέτης με αποτελέσματα άλλων παρόμοιων μελετών τόσο ελληνικών όσο και διεθνών.

### 5.1. Οριοθετήσεις

Πριν τη συζήτηση θεωρείται απαραίτητο να τοποθετούμε σχετικά με τους περιορισμούς της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης αι των αποτελεσμάτων της. Τα ευρήματα της μελέτης αφορούν το συγκεκριμένο δείγμα και δεν μπορούν να γενικευτούν για όλους τους Έλληνες ηλικιωμένους, μια και οι συμμετέχοντες καταγόταν από την περιφέρεια της Ηπείρου. Εκτός αυτού, το δείγμα είναι ιδιαίτερα μικρό και θα ήταν σημαντικό σε έναν δεύτερο χρόνο να επαναληφθεί η έρευνα σε μεγαλύτερο πληθυσμό.

Περιορισμοί της έρευνας: Ο σημαντικότερος περιορισμός της έρευνας έγκειται στο γεγονός ότι το συγχρονικό σχέδιο της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιακών σχέσεων μεταξύ των μεταβλητών. Ωστόσο αυτό το είδος των μελετών επιτρέπει την αναγωγή των αποτελεσμάτων σε επίπεδο πληθυσμού.

Δεοντολογικά ζητήματα: Κανόνες όπως η πληροφορημένη συναίνεση, η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα θα τηρηθούν απόλυτα στο πλαίσιο της τήρησης των ζητημάτων ηθικής και δεοντολογίας (Ιωσηφίδης, 2008). Τα άτομα που θα συμμετέχουν στη μελέτη θα έχουν ενημερωθεί για το σκοπό της και θα έχουν διαβεβαιωθεί για το απόρρητο και την ανωνυμία της διαδικασίας. Το κάθε άτομο θα δημιουργεί έναν απόρρητο, ατομικό κωδικό, και με αυτόν θα συμμετέχει στην έρευνα (αντί του ονοματεπωνύμου του). Άλλωστε η όλη διαδικασία θα διεκπεραιώνεται αποκλειστικά από τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

### 5.2. Σχέση της ποιότητας της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και των κοινωνικο-δημογραφικών τους στοιχείων

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν υψηλότερες τιμές ποιότητας υγείας είναι εκείνα που προσέχουν την καθαριότητά τους και την εμφάνισή τους. Τα συγκεκριμένα ευρήματα ενισχύονται από μελέτες που αναδεικνύουν ότι οι φτωχότερες χώρες και οι εθνικές μειονότητες εξακολουθούν να επιδεικνύουν ανισότητες στην υγεία και πρέπει να προσπαθήσει να ενημερώσει αλλά και να εκπαιδεύσει τον

πληθυσμό με προληπτικά προγράμματα για να προσφέρει από μικρή ηλικία μία επιτυχημένη υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Στη μελέτη μας, διαπιστώθηκε ότι οι πιο μορφωμένοι παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα ποιότητας ζωής υγείας σε σχέση με τους λιγότερο μορφωμένους. Το συγκεκριμένο εύρημα έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα των Friedman et al., (2014) κατέδειξαν πως υπάρχουν αρκετές ανισότητες στην υγιεινή που σχετίζονται με τα επίπεδα εκπαίδευσης.

Τέλος στη συγκεκριμένη ενότητα από τη συγκεκριμένη μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι γυναίκες εμφανίζουν υψηλότερες τιμές στην κλίμακα ποιότητας ζωής, χωρίς βέβαια στατιστική διαφορά. Το συγκεκριμένο εύρημα ενισχύεται και από άλλη μελέτη που σε δείγμα 1865 ενηλίκων (από τους οποίους 1049 γυναίκες και 816 άντρες) είχε σαν σκοπό να καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο οι κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις στην υγεία σχετίζονται με το φύλο. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γυναίκες αντιλαμβάνονταν ότι η υγεία είχε μεγαλύτερο αντίκτυπο σε σχέση με τους άντρες στην ποιότητα ζωής τους γενικά έχοντας μεγαλύτερο αρνητικό αντίκτυπο ( $p < 0,01$ ), και μεγαλύτερο θετικό αντίκτυπο ( $p < 0,05$ ). Οι γυναίκες αντιλαμβανόταν ότι η υγιεινή ήταν επιβλαβής για τα οικονομικά τους ( $p < 0,05$ ), προκαλούσε περισσότερο πόνο ( $p < 0,05$ ), αμηχανία ( $p < 0,05$ ), σε σχέση με τους άντρες. Οι γυναίκες συνειδητοποίησαν ότι η υγεία βελτιώνει τη γενική ευημερία τους ( $p < 0,01$ ), την εμφάνισή τους ( $p < 0,01$ ), τις διαθέσεις τους ( $p < 0,05$ ), και γενικά βελτιώνει την ποιότητα υγείας τους ( $p < 0,05$ ). Σαν συμπέρασμα προκύπτει ότι υπάρχουν διαφορές στις κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις της υγείας σε σχέση με το φύλο.

### **5.3. Σχέση της ποιότητας της θεραπευτικής συμμόρφωσης των ηλικιωμένων ατόμων και των χρόνιων προβλημάτων και στάσεων υγείας**

Από τα αποτελέσματα της μελέτης μας διαπιστώθηκε ότι τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές θεραπευτικής συμμόρφωσης είναι εκείνα που έχουν υπέρταση, προσέχουν την καθαριότητά τους και προσέχουν την εμφάνισή τους. Μια πιθανή ερμηνεία αφορά στα νευρωτικά στοιχεία του χαρακτήρα των ατόμων με αυτά τα χρόνια προβλήματα και στα ψυχαναγκαστικά τους στοιχεία που τους οδηγούν στη θεραπευτική τους συμμόρφωση αλλά και λόγω της τελειομανίας οδηγούνται στο να φροντίζουν συχνότερα και καλύτερα την υγεία τους. Δεν υπάρχουν παρόμοιες μελέτες διεθνώς για να μπορέσουμε τα συζητήσουμε τα συγκεκριμένα αποτελέσματα.

Με την παρούσα μελέτη, ο σκοπός ήταν να μπορέσουμε να περιγράψουμε τη σχέση της ποιότητας ζωής των ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας με τη συμμόρφωσή τους με το θεραπευτικό περιβάλλον. Η απήχηση των ευρημάτων της προτεινόμενης πρότασης είναι

ιδιαίτερα σημαντική καθώς τα αποτελέσματα μελετών πιστοποιούν ότι τα χρόνια νοσήματα αποτελούν την κυριότερη αιτία πρόκλησης αναπηρίας και χαρακτηρίζονται από ταχέως αυξανόμενο κόστος (Lozano et al., 2012). Λόγω της αύξησης του προσδόκιμου ζωής και της γήρανσης του πληθυσμού, απαιτείται να διερευνηθούν επείγοντως από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης νέα μέτρα ελέγχου και πρόληψης (Ali et al., 2015). Είναι σημαντικό να τονιστεί πως οι χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος βιώνουν ακόμα μεγαλύτερη πρόκληση διεθνώς σε σχέση με τη χρόνια ασθένεια, λόγω της τεράστιας οικονομικής και κοινωνικής επιβάρυνσης σε σχέση με τους άλλους τομείς των πολιτικών της υγείας (Boutayeb, 2006). Για την καταπολέμηση αυτής της αυξανόμενης κρίσης της υγείας, τα διεθνή συστήματα υγείας βρίσκονται στο κατώφλι μιας παραδειγματικής στροφής όσον αφορά τον σχεδιασμό και την περεταίρω παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Osborn & Squires, 2012). Η νέα τάση που διαμορφώνεται παύει να θεωρεί τους ασθενείς ως παθητικούς αποδέκτες της ασθένειας, αλλά αντίθετα τονίζει τον ενεργό ρόλο που οι ίδιοι μπορούν να διαδραματίσουν (Osborn & Squires, 2012). Ιδιαίτερος, το υποκειμενικό βίωμα της απώλειας της υγείας και το οικονομικό προφίλ των ασθενών, σύμφωνα με όσα προαναφέρθηκαν, θεωρείται παράγοντας κλειδί στη θεραπευτική συμμόρφωση και στις δυνατότητες αλλαγής τρόπου ζωής (Bodenheimer et al., 2002; Ishikawa & Yano, 2011; Miles & Mezzich, 2011; Simmons et al., 2014; Wagner et al., 2001; Wasson & Coleman, 2014). Υπάρχουν σποραδικά ερευνητικά δεδομένα που τονίζουν ότι η οικονομική κατάσταση και η επιτυχής διαπραγμάτευση της απώλειας της υγείας αλλά και η υιοθέτηση ώριμων μηχανισμών άμυνας ωθεί τους ασθενείς να είναι πιο ενεργοί στη διαχείριση της ασθένειας. Αυτό με τη σειρά του έχει σαν αποτέλεσμα τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, την καλύτερη διαχείριση της φαρμακευτικής αγωγής, τα υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής, τις λιγότερες συγκρούσεις στην οικογένεια, ακόμα και τη μείωση της υπερκατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας (Barello & Graffigna, 2014; Coulter, 2012; Cunningham, 2014; Hibbard & Greene, 2013; Laurance et al., 2014; Osborn & Squires, 2012). Άλλωστε η θεραπευτική συμμόρφωση είναι ουσιαστικά μια συνεχής και δυναμική διαδικασία όπου οι ασθενείς μπορεί να ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες ετοιμότητας για την εφαρμογή των ιατρικών και νοσηλευτικών οδηγιών, άρα και τα διάφορα Συστήματα Υγείας χρειάζεται να αξιολογούν αυτή την ετοιμότητα των ασθενών και να λειτουργούν ανάλογα (Sabaté, 2003). Τα ευρήματα της συγκεκριμένης μελέτης μπορούν να οδηγήσουν σε επαναπροσδιορισμό ορισμένων απόψεων αναφορικά με την οικονομική κατάσταση και τη θεραπευτική συμμόρφωση.

## 6. Συμπεράσματα - Προτάσεις

Τα αποτελέσματα από την παρούσα μελέτη οδηγούν σε σοβαρούς λόγους συζήτησης της σπουδαιότητας της θεραπευτικής συμμόρφωσης στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας.

Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αναδεικνύουν τα παρακάτω:

Τα ηλικιωμένα άτομα που σκόραραν στατιστικά υψηλότερες τιμές ποιότητας ζωής είναι εκείνα που έχουν υπέρταση, προσέχουν την καθαριότητά τους και προσέχουν την εμφάνισή τους.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν χαμηλά επίπεδα ψυχοπαθολογίας έχουν υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμόρφωσης.

Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν υψηλά επίπεδα ποιότητας ζωής έχουν υψηλότερα επίπεδα θεραπευτικής συμμόρφωσης.

Συμπερασματικά, καταλήγουμε σε μια γενική διαπίστωση, ότι πρέπει να αναπτυχθεί μία στρατηγική για τη θεραπευτική συμμόρφωση η οποία θα πρέπει να περιορίσει τη νοσηρότητα στη μακροχρόνια περίθαλψη και να βοηθήσει με επιτυχία τον αδύναμο ηλικιωμένο και εξαρτώμενο πληθυσμό, μια και η ποιότητα της ζωής συνδέεται άμεσα με τα ψυχολογικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά αυτής της ηλικιακής ομάδας.



## Βιβλιογραφία

### Ξένη Βιβλιογραφία

1. Ali, J., Marhemat, F., Sara, J., & Hamid, H. (2015). The Relationship between Spiritual Well-Being and Quality of Life among Elderly People. *Holistic Nursing Practice*, 1.
2. Ansari, R., Mahta, A., Mallack, E. & Luo, J. J., 2014. Hyperhomocysteinemia and neurologic disorders: A review. *Journal of Clinical Neurology*, Τόμος 10, pp. 281-288.
3. Bank O f Greece (2014) *The chronicle of the great crisis, The Bank Of Greece 2008-2013*, Athens
4. Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M., & De Marinis, M. G. (2013). Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? *Europe's Journal of Psychology*, 9(1), 185–203.
5. Bilgili, N., & Arpacı, F. (2014). Quality of life of older adults in Turkey. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 59(2), 415–421.
6. Bosley, C.M., Fosbury, J.A., & Cochrane, G.M. (1995). The psychological factors associated with poor compliance with treatment in asthma, *European Respiratory Journal*, 8(6), 899–904.
7. Chisholm-Burns, M. A., & Spivey, C. A. (2012). The cost of medication nonadherence: consequences we cannot afford to accept. *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(6), 823-826.
8. Coleman, C. I., Limone, B., Sobieraj, D. M., Lee, S., Roberts, M. S., Kaur, R., & Alam, T. (2012). Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 18(7), 527-539.
9. Costaa, J. P. και συν., 2016. A synopsis on aging—Theories, mechanisms and future prospects. *Ageing Research Reviews*, August, Τόμος 29, pp. 90-11
10. Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *Journal of clinical psychology*, 33(4), 981-989.
11. DiMatteo, R.M. (1998). The Role of the Physician in the Emerging Health Care Environment, *The Western Journal of Medicine*, 168(5), 328-333.
12. DiMatteo, R.M., & Martin, L.R. (2002). *Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας*. Φ.Αναγνωστόπουλος & Γ.Ποταμιάνος (Επιμ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2006.

13. DiMatteo, M.D., Lepper, H.S., & Croghan, T.W. (2000). Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence, *Archives Internal Medicine*, 160(14), 2101-2107.
14. Eu-patient, (2016) *Improving the sustainability of healthcare systems through better adherence to therapies: a multi-stakeholder approach*
15. Fontanella, C. A. και συν., 2014. Trends in psychotropic polypharmacy among youths enrolled in Ohio medicaid, 2002-2008. *Psychiatric Services*, Τόμος 65, pp. 1332-40.
16. Ford, E. S., Croft, J. B., Posner, S. F., Goodman, R. A., & Giles, W. H. (2013). Peer Reviewed: Co-Occurrence of Leading Lifestyle-Related Chronic Conditions Among Adults in the United States, 2002-2009. *Preventing chronic disease*, 10.
17. Fries, J. F., 2012. The Theory and Practice of Active Aging. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, pp. 1-7.
18. Hong, S., Kang, S. Y., Yoon, J. U., Kang, U., Seong, G. J., & Kim, C. Y. (2010). Drug attitude and adherence to anti-glaucoma medication. *Yonsei medical journal*, 51(2), 261-269.
19. <https://www.onmed.gr/yegeia/story/318580/poies-kai-giati-einai-oi-xronies-pathiseis-pou-pane-xeri-xeri-me-tin-katathlipsi>
20. Huong, N. T., Ha, L. T. H., & Tien, T. Q. (2017). Determinants of Health-Related Quality of Life Among Elderly: Evidence From Chi Linh Town, Vietnam. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 29(5), 84S–93S.
21. Jimmy, B., & Jose, J. (2011). Patient medication adherence: measures in daily practice. *Oman medical journal*, 26(3), 155.
22. Jin, J., Sklar, G.E., Sen Oh, V.M., & Li, S.C. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 4(1), 269–286.
23. Jing, W., Willis, R., Feng, Z. (2016). Factors influencing quality of life of elderly people with dementia and care implications: A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 66, 23–41.
24. Karimi, M., & Brazier, J. (2016). Health, Health-Related Quality of Life, and Quality of Life: What is the Difference? *PharmacoEconomics*, 34(7), 645–649.
25. Lenardt, M. H., Carneiro, N. H. K., Binotto, M. A., Willig, M. H., Lourenço, T. M., & Albino, J. (2016). Frailty and quality of life in elderly primary health care users. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(3), 478–483.
26. Lipsky, M. S. & King, M., 2015. Biological theories of aging. *Disease-a-Month*, pp. 460-466

27. Ma, C., Chen, S., Zhou, Y., & Huang, C. (2013). Treatment adherence of Chinese patients with hypertension: A longitudinal study. *Applied Nursing Research*, 26(4), 225-231.
28. Matthew-Maich, N., Harris, L., Ploeg, J., Markle-Reid, M., Valaitis, R., Ibrahim, S., ... & Isaacs, S. (2016). Designing, implementing, and evaluating mobile health technologies for managing chronic conditions in older adults: a scoping review. *JMIR mHealth and uHealth*, 4(2), e29.
29. Megari, K. (2013) "Quality of Life in Chronic Disease Patients", *Health Psychology Research* 24; 1(3): e27.
30. Muse, E. D. (2016). Improving medical adherence in cardiovascular disease management with mHealth technologies.
31. Orel, N. A. & Fruhauf, C. A., 2015. *The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience*. Washington, DC, USA: American Psychological Association
32. Ozturk, S., & Sozdemir, A. (2015). Effects of global financial crisis on greece economy. *Procedia Economics and finance*, 23, 568-575.
33. Parekh, A. K., Goodman, R. A., Gordon, C., Koh, H. K., & HHS Interagency Workgroup on Multiple Chronic Conditions. (2011). Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life. *Public health reports*, 126(4), 460-471.
34. Parrish, B.P., Zautra, A.J., & Davis, M.C. (2008). The Role of Positive and Negative Interpersonal Events on Daily Fatigue in Women with Fibromyalgia, Rheumatoid Arthritis, and Osteoarthritis, *Health Psychology*, 27(6), 694–702.
35. Piette, J. D., Farris, K. B., Newman, S., An, L., Sussman, J., & Singh, S. (2014). The potential impact of intelligent systems for mobile health self-management support: Monte Carlo simulations of text message support for medication adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(1), 84-94.
36. Polat, Ü., Bayrak Kahraman, B., Kaynak, İ., & Görgülü, Ü. (2015). Relationship among health-related quality of life, depression and awareness of home care services in elderly patients. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(11).
37. Post, M.W.M. (2014) "Definitions of Quality of Life: What Has Happened and How to Move On", *Topics in Spinal Cord Injury Rehabilitation* 20(3): 167–180.
38. Rees, G., Leong, O., Crowston, J. G., & Lamoureux, E. L. (2010). Intentional and unintentional nonadherence to ocular hypotensive treatment in patients with glaucoma. *Ophthalmology*, 117(5), 903-908.

39. Sarafis, P., & Malliarou, M. (2012). Οικονομική κρίση: τρόπος επίδρασης στην υγεία των πολιτών και στα συστήματα υγείας.
40. Sun, W., Aodeng S., Tanimoto, Y., Watanabe, M., Han J., Wang, B., Yu, L., Kono, K. (2015). Quality of life (QOL) of the community-dwelling elderly and associated factors: A population-based study in urban areas of China. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60, 311–316.
41. Theofilou P. (Ed) (2013) “Outcomes Assessment in End-Stage Kidney Disease - Measurements and Applications in Clinical Practice”. United Arab Emirates: Bentham Science Publishers
42. United Nations Population Fund. (2012). Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge. New York, NY: United Nations Population Fund. Retrieved from <http://unfpa.org/public/home/publications/pid/7599>
43. Wallace, R. B., & Salive, M. E. (2013). The dimensions of multiple chronic conditions: where do we go from here? A commentary on the Special Issue of Preventing Chronic Disease. *Preventing chronic disease*, 10.
44. Ward, B. W., & Schiller, J. S. (2013) Prevalence of multiple chronic conditions among us adults: estimates from the National Health Interview Survey. *Preventing Chronic Disease*, 10, E65.
45. Ward, B. W., Schiller, J. S., & Goodman, R. A. (2014). Peer reviewed: multiple chronic conditions among us adults: a 2012 update. *Preventing chronic disease*, 11.
46. Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The Moss 36 Item Short Form Health Survey, *Medical Care*, 30(6), 473-483.

### Ελληνική Βιβλιογραφία

1. Αμασιάδη, Α., Αμπελιώτη, Σ., 2018 Φροντιστές υγείας χρόνιων πασχόντων η Ελληνική Ιδιαιτερότητα: Πτυχιακή Εργασία
2. ΕΣΔΥ, (2013) *Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα*, Αθήνα
3. I.N.E, (2015) *Η Ελληνική οικονομία και η απασχόληση*, Αθήνα
4. Καρανικόλα, Ε. Κ., Δημόπουλος, Ε. Χ., Νιάκας, Δ. Α., & Αλετράς, Β. Ο. (2018). Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(2).
5. Μανώλης, Κ. (2012). *Συμμόρφωση ασθενών σε χρόνιες παθήσεις* (Doctoral dissertation).
6. Μονοκρούσου, Μ. (2016). Διερεύνηση της συμμόρφωσης χρόνιων ασθενών με τη θεραπευτική τους αγωγή κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης.

7. Μπαμπινιώτης, Γ., 2011. *Ετυμολογικό λεξικό της νέας ελληνικής γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας
8. Ντόνιας Σ, Καραστεργίου Α, Μάνος Ν. (1991). Στάθμιση της κλίμακας ψυχοπαθολογίας Symptom Checklist -90- R σε Ελληνικό πληθυσμό. *Ψυχιατρική*, 2:42-48.
9. Φασόη-Μπάρκα Γ.& Κελέση-Σταυροπούλου Μ., (2015). Χρόνια προβλήματα υγείας στους ηλικιωμένους. Η σημασία της συμβουλευτικής στη συμμόρφωσή τους με το θεραπευτικό σχήμα. *Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipeiou*, 14(1).