Πανεπιστήμιο Κρήτης
Ιατρική Σχολή
ΠΜΣ «Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας»
Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

Εκτίμηση Λειτουργικής Ανικανότητας στους 50+ στην Ευρώπη. Ανίχνευση αιτιολογικών παραγόντων και η σημασία των κοινωνικών μεταβλητών ως παραγόντων κινδύνου.

Αικατερίνη Α. Μιχελή
ΜΡΗ Κοινωνική Λειτουργός

Ηράκλειο, 2019

© 2019
ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΜΙΧΕΛΗ
ALL RIGHTS RESERVED

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή

Επιβλέπων

Αναστάσιος Φιλαλήθης	Ομότιμος Καθηγητής Κοινωνικής Ιατρικής και Προγραμματισμού Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Συνεπιβλέποντες

Γρηγόριος Χλουβεράκης	Αναπληρωτής Καθηγητής Βιοστατιστικής Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Νικολέτα Ράτσικα	Λέκτορας Κοινωνικής Εργασίας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΤΕΙ Κρήτης.

Μέλη

Μαρία Μπάστα	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ψυχιατρικής (Υ.Δ) Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Ιωάννα Τσιλιγιάννη	Επίκουρη Καθηγήτρια Κοινωνικής Ιατρικής Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Αικατερίνη Κούτρα	Επίκουρη Καθηγήτρια Κλινικής Ψυχολογίας, Τμήμα Ψυχολογίας, Σχολή Κοινωνικών, Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Κρήτης.
Γεώργιος Κριτσωτάκης	Επίκουρος Καθηγητής Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής ΤΕΙ Κρήτης.

Δημοσιεύσεις

Κατά την περίοδο της συγγραφής της διδακτορικής διατριβής έγινε η εξής δημοσίευση:

2018: Micheli Katerina, Ratsika Nikoleta, Vozikaki Maria, Xlouverakis Gregory, Philalithis Anastas. "Family ties and functional limitation in the elderly: Results from the Survey of Health Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Archives of Gerontology and Geriatrics, 78, pp. 23-29.

Ευχαριστίες

Η συγγραφή μιας διδακτορικής διατριβής μοιάζει με ένα ταξίδι, με μακρύ δρόμο… σαν ένας «πηγαιμός για μια Ιθάκη»…. Ενθουσιασμός, έμπνευση, ιδέες, δημιουργία, μελέτη, δάκρυα, απογοήτευση, εκνευρισμός, ικανοποίηση… «και πάλι από την αρχή»….. είναι κάποιες από τις λέξεις που μπορούν να χαρακτηρίσουν το μακρύ ταξίδι αυτής της διαδρομής. Παρόλο που η πορεία της διαδρομής μοιάζει μοναχική, η παρουσία και η συμβολή ορισμένων ανθρώπων υπήρξε καθοριστική, ιδιαίτερα σημαντική και φυσικά ανεκτίμητη.

Η παρούσα διδακτορική διατριβή εκπονήθηκε στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης, υπό την επίβλεψη του Ομότιμου Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, κ. Αναστάσιου Φιλαλήθη, κατά το διάστημα 2014 έως 2019 και αποτελεί μέρος της Μελέτης για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe- SHARE), στην οποία είναι υπεύθυνος. Πρωτίστως λοιπόν, θα ήθελα να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ στον Καθηγητή μου, κ Τάσο Φιλαλήθη, τόσο για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε όσο και για την ευκαιρία που μου έδωσε. Μέσα σ αυτό το μονοπάτι ήταν ένας σταθερός δάσκαλος και οδηγός. Με υπομονή και ειλικρίνεια στήριξε κάθε βήμα αυτής της εργασίας.

Εξαιρετική ήταν και η συνεισφορά αλλά και η εμπιστοσύνη των καθηγητών κ Γρηγόρη Χλουβεράκη, και της κ. Νικολέτας Ράτσικα που ήταν στην τριμελή επιτροπή της διατριβής αυτής. Το ενδιαφέρον, η καλοσύνη και η θετική τους ενέργεια ήταν στοιχεία που με ενθάρρυναν ιδιαίτερα.

Ιδιαιτέρως θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ Λιναρδάκη Μανόλη, για την σημαντική συμβολή του στο στήσιμο της βάσης και στη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων.

Φυσικά, επειδή αυτό το ταξίδι είχε πολλά μονοπάτια, σε κάποια από αυτά συνταξιδέψαμε με κάποιους φίλους, που η παρουσία τους στάθηκε κάτι περισσότερο από απαραίτητη για να συνεχίζω… τους δικούς μου ανθρώπους, εκείνους που με ζεστασιά αγάπη και κατανόηση ήταν πάντα με κάποιο τρόπο εκεί…..Τη Λίνα, την Κατερίνα, το Στέφανο, τη Γεωργία και φυσικά τον Ηλία. Όλοι ξεχωριστοί και του καθενός η συμβολή μοναδική. Παιδιά σας ευχαριστώ που με ανεχτήκατε….

Δεν θα μπορούσα στο τέλος να παραλείψω να ευχαριστήσω δυο ανθρώπους οι οποίοι με διακριτικότητα στάθηκαν δίπλα μου… τους γονείς μου……..

Αφιερωμένη,

στη μνήμη ενός ανθρώπου, που δε βρίσκεται πια ανάμεσά μας, αλλά υπήρξε εμπνευστής για εμένα. Ήταν ο άνθρωπος που πίστεψε στις δυνατότητες μου, με παρότρυνε να κάνω αυτή τη διατριβή, και είχε και την ιδέα του βασικού ερευνητικού ερωτήματος.

Οι επαγγελματικές αρχές και η έμπνευση που μας μετέδωσε από το όραμά του, στα λίγα αλλά τυχερά χρόνια της συνεργασίας μας, έχουν μείνει αναλλοίωτα στην πορεία της επαγγελματικής και ερευνητικής ζωής μου. Νιώθω τον εαυτό μου τυχερό που τον συνάντησα. Ελπίζω να έχω σταθεί αντάξια των προσδοκιών του...

Στον αγαπημένο φίλο και συνεργάτη,

Γιάννη Κομνηνό

Περιεχόμενα

Επταμελής Εξεταστική Επιτροπή 3
Δημοσιεύσεις 4
Ευχαριστίες 5
Σύνοψη στα ελληνικά 9
Σύνοψη στα αγγλικά (Summary) 13

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ 16
2. ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ 19
2.1 Ορισμός Γήρατος 19
2.2 Δημογραφική γήρανση του πληθυσμού 19
2.3 Δημογραφική Μετάβαση του πληθυσμού 22
2.4 Προσδιοριστές της ευαλωτότητας των ηλικιωμένων 25
2.4.1 Συννοσηρότητα (Co morbidity) 25
2.4.2 Ευπάθεια (Frailty) 26
2.4.3 Ανικανότητα (Functional Limitation) 27
3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ 28
3.1 Ορισμός λειτουργικής ανικανότητας 28
3.1.1 Εισαγωγή 28
3.1.2 Εννοιολογική προσέγγιση λειτουργικής ανικανότητας σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση (WHO 1980) 29
3.1.3 Εννοιολογική προσέγγιση λειτουργικής ανικανότητας σύμφωνα με το μοντέλο του Nagi 31
3.1.4 Το μοντέλο εγκατάστασης ανικανότητας (the disablement process) 31
3.1.4.a Η διαδικασία εγκατάστασης της ανικανότητας 32
3.1.4b Ορισμός λειτουργικής ανικανότητας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας 33
3.2 Επιπολασμός λειτουργικής ανικανότητας 34
3.3 Παράγοντες κινδύνου λειτουργικής ανικανότητας. 35
3.4 Λειτουργική ανικανότητα και οικογενειακές σχέσεις 37

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ
4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ 42
4.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα 42
4.2 Σχεδιασμός Μελέτης 42
4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων 43
4.4 Πληθυσμός μελέτης και κριτήρια επιλογής αποκλεισμού 44
4.5 Εργαλεία και δείκτες μέτρησης 45
4.6 Επιπρόσθετες μεταβλητές και κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά 46
4.7 Στατιστική ανάλυση 48
4.8 Ορισμός συγχυτικών παραγόντων 49
5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 50
5.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων 50
5.2 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις 55

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ 62
6.1 Κύρια ευρήματα 62
6.2 Δημογραφική Μετάβαση 69
6.3 Διαφορές ανάμεσα στις μεσογειακές χώρες 71
6.4 Περιορισμοί και πλεονεκτήματα μελέτης 74
6.4.1. Περιορισμοί μελέτης 74
6.4.2 Πλεονεκτήματα μελέτης 75
7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 81
Παράρτημα Εργαλεία και δείκτες μέτρησης 93

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 13.974 συμμετεχόντων, ηλικίας στην Ευρώπη, μελέτη SHARE (wave II. 2006/07). 51
Πίνακας 2: Δείκτες οικογενειακών δεσμών στο δείγμα των 13.974 Ευρωπαίων ενηλίκων, ηλικίας 50+. 52
Πίνακας 3: Επιπολασμός λειτουργικής ανικανότητας σε σχέση με τους δείκτες οικογενειακών δεσμών στο δείγμα των of 13.974 Ευρωπαίων ενηλίκων ηλικίας 50+. 54
Πίνακας 4: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, των δημογραφικών μεταβλητών, των δεικτών υγείας και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών στον πληθυσμό 13.974 ηλικιωμένων ηλικίας 50+ στης μελέτης SHARE (wave II. 2006/07). 56
Πίνακας 5: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, και των επιμέρους δεικτών των οικογενειακών δεσμών, λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες στον πληθυσμό 13.974 ηλικιωμένων ηλικίας 50+ στης μελέτης SHARE (wave II. 2006/07). 58
Πίνακας 6: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών, λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες στον πληθυσμό 13.974 ηλικιωμένων ηλικίας 50+ στης μελέτης SHARE (wave II. 2006/07). 59
Σχήμα 1: Μέσες τιμές του σταθμισμένου δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και των οικογενειακών δεσμών στο δείγμα των 13.974 Ευρωπαίων ηλικίας 50+, σε δεκατρείς Ευρωπαϊκές χώρες της μελέτης SHARE (wave II. 2006/07)……61

Σύνοψη στα ελληνικά

Τίτλος: Εκτίμηση Λειτουργικής Ανικανότητας στους 50+ στην Ευρώπη. Ανίχνευση αιτιολογικών παραγόντων και η σημασία των κοινωνικών μεταβλητών ως παραγόντων κινδύνου.

Της : Μιχελή Αικατερίνης

Επιβλέποντες: 1. Φιλαλήθης Α.
2. Χλουβεράκης Γ.
3. Ράτσικα Ν.

Εισαγωγή: Με την έλευση του γήρατος, επέρχεται και η εμφάνιση προβλημάτων σωματικής υγείας με συχνό συνεπακόλουθο την μείωση της λειτουργικότητας, μολονότι η «κατανομή» αυτών των φαινομένων δεν είναι ομοιόμορφη για όλους τους ηλικιωμένους (Seeman & Xinquang, 2002; Mendes de Leon et al., 2001). Έχει διαπιστωθεί πως για την πλήρη εκτίμηση της υγείας του ηλικιωμένου πέρα από τα σωματικά συμπτώματα, τις αιτίες και τις συνέπειές τους, είναι απαραίτητη και η εκτίμηση της λειτουργικής του κατάστασης (Schultz et al., 1992).

Με τον όρο λειτουργική ικανότητα, προσδιορίζεται η ικανότητα του ατόμου να προετοιμαστεί και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, (Verbrugge & Jette, 1994), στοιχείο απαραίτητο για την ανεξάρτητη διαβίωση.

Η λειτουργικότητα θεωρείται πρωταρχικό συστατικό της ποιότητας ζωής του ατόμου καθώς αποτελεί έναν ισχυρό δείκτη προσδιορισμού του γήρατος (Shcultz et al., 1992; Pope et al., 2001), έναν έμμεσο τρόπο αξιολόγησης της συνολικής επίδρασης σωματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στο άτομο (Pope et al., 2001), παράγοντα κίνδυνου για εμφάνιση αυξημένης ιδρυματοποίησης, θνησιμότητας, καθώς και αυξημένης χρήσης υπηρεσιών υγείας (Seeman et al., 1996).

Σε πολλές μελέτες έχει φανεί πως η μείωση της λειτουργικότητας οφείλεται σε βιολογικούς, ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες (Stuck, 1999). Παράλληλα υπάρχουν αναφορές που εστιάζονται σε κοινωνικές και ψυχικές παραμέτρους, όπως το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, και οι κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί, με την έννοια της κοινωνικής δικτύωσης και υποστήριξης και της οικογενειακής

υποστήριξης (Unger et al., 1999; Stuck et al., 1999; Pope, 2001; Rosso et al., 2013; Mendes de Leon et al., 2001). Τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα φαίνεται να παρουσιάζουν άμεση συσχέτιση με τη λειτουργικότητα των ατόμων, δρώντας κατεξοχήν ως προστατευτικοί παράγοντες. (Unger et al., 1999; Seeman et al.,1996). Συνεπώς η λειτουργική ανικανότητα, δεν είναι απλώς μια συσσώρευση χρόνιων παθολογικών νοσημάτων, αλλά ενσωματώνει μια προσαρμοστική διαδικασία, κατά την οποία υπόκειται σε ένα πλήθος ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Έτσι, η διαδικασία εγκατάστασης της είναι περίπλοκη και πολυδιάστατη. Αν και ερευνητικά υπάρχει ενδιαφέρον αναφορικά με τα οφέλη των κοινωνικών δεσμών στη λειτουργικότητα, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντικρουόμενα (Avlund et al., 2004). Συνεπώς, παραμένει ασαφές, πως αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία εγκατάστασης της λειτουργικής ανικανότητας.

Σκοπός: Ο σκοπός της έρευνας είναι η εκτίμηση της λειτουργικής ανικανότητας στις ηλικίες άνω των 50, στο ευρωπαϊκό δείγμα της μελέτης «Η Έρευνα για την Υγεία, τη γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (μελέτη SHARE). Το ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει είναι αν η λειτουργική ανικανότητα χαρακτηρίζεται πάντα από συσσώρευση πολλών σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων υγείας, ή η εμφάνισή της είναι το αποτέλεσμα της παρουσίας ανεξάρτητων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων.

Υλικό και μέθοδος: Πρόκειται για μια συγχρονική μελέτη. Χρησιμοποιούνται δεδομένα από 13,974 άτομα ηλικίας 50+ ετών (54,8% γυναίκες και 45,2% άντρες), από τις 13 χώρες του δεύτερου κύματος (W2) της μελέτης SHARE (2006-2007). Η λειτουργικότητα υπολογίστηκε μέσα από σταθμισμένες κλίμακες Δραστηριοτήτων Καθημερινότητας (ADL), Εκτελεστικών Δραστηριοτήτων Καθημερινότητας (Iadl) και Κινητικότητας (mobility index). Οι οικογενειακοί δεσμοί προσδιορίστηκαν μέσα από τη δημιουργία ενός σταθμισμένου δείκτη, οικογενειακών δεσμών υπό δομικούς όρους. Για τον υπολογισμό της συσχέτισης μεταξύ οικογενειακών δεσμών και λειτουργικής ανικανότητας χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής παλινδρόμησης, αφού συμπεριλήφθηκαν οι συγχυτικοί παράγοντες.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος του δείκτη των οικογενειακών δεσμών είναι 5,98 (5,90-6,06). Τα άτομα τα οποία έχουν χαμηλή λειτουργική ικανότητα είναι στην πλειοψηφία άτομα που ζουν μόνα τους, (54,9%), και έχουν περισσότερα από τρία παιδιά (44,7%). Αναφορικά με τις μεταβλητές της οικογενειακής εγγύτητας και

οικογενειακής αλληλεπίδρασης τα άτομα που έχουν χαμηλή λειτουργική ικανότητα ζουν πολύ κοντά ή στο ίδιο σπίτι με την υπόλοιπη οικογένεια και έχουν καθημερινή επαφή (35,5% και 49,6% αντίστοιχα).

Αναφορικά με τον κίνδυνο χαμηλής λειτουργικής ικανότητας, φαίνεται πως εμφανίζεται συχνότερα σε γυναίκες (OR 1,76 CI 1,43-2,17), ή άτομα με αυξημένη ηλικία (OR 1,72 CI 1,54-1,93), και κακή αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας (OR 2,85 CI 2.45-3.32), χρόνιες ασθένειες (OR 1,46 CI 1,30-1,65), συμπτώματα υγείας (OR 3,29 CI 2,92-3,71) και συμπτωματολογία κατάθλιψης (OR 1,93 CI 1,70-2,22). Αναφορικά με τους οικογενειακούς δεσμούς η χαμηλή λειτουργική ικανότητα δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τις χαμηλές οικογενειακές σχέσεις.

Η χαμηλή οικογενειακή αλληλεπίδραση εμφανίζει το μεγαλύτερο κίνδυνο λειτουργικής ανικανότητας (OR 1,58 CI 1,13-2,22). Η εγγύτητα στο τόπο κατοικίας και η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να είναι προστατευτικός παράγοντας για τη λειτουργική ανικανότητα. Δε φαίνεται επίσης να υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη λειτουργική ανικανότητα και στο χαμηλό αριθμό παιδιών.

Αναφορικά με τα αποτελέσματα των μέσων τιμών της λειτουργικότητας και των οικογενειακών σχέσεων στις χώρες της Ευρώπης, φάνηκε ότι οι χώρες με μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας ήταν οι χώρες της Νότιας Ευρώπης η Ελλάδα, η Ιταλία και η Ισπανία, και μερικές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως η Πολωνία. Οι υπόλοιπες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως και οι χώρες της Βόρειας Ευρώπης είχαν χαμηλότερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας. Αναφορικά με τον δείκτη οικογενειακών δεσμών φάνηκε να είναι υψηλότερος στις χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα), και αρκετά υψηλότερος στην Πολωνία και την Ολλανδία, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης δεν είναι τόσο υψηλός.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας διατριβής η λειτουργική ανικανότητα φαίνεται να μην επηρεάζεται από την παρουσία χαμηλών οικογενειακών δεσμών, αντίθετα να επηρεάζεται από βιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες όπως το φύλο η ηλικία, τα χρόνια νοσήματα και την καταθλιπτική συμπτωματολογία, με κυριότερο βαθμό κινδύνου την αυτοαναφερόμενη κατάσταση υγείας και τα χρόνια συμπτώματα υγείας. Όμως σε μια επιπρόσθετη ανάλυση των παραμέτρων των οικογενειακών σχέσεων στη μελέτη μας, κατόπιν ελέγχου

συγχυτικών παραγόντων, φάνηκε πως ο παράγοντας της χαμηλής οικογενειακής αλληλεπίδρασης επηρεάζει σημαντικά τη λειτουργική ανικανότητα.

Γίνεται αντιληπτό ότι συγκεκριμένοι οικογενειακοί δεσμοί, υπό όρους οικογενειακής αλληλεπίδρασης, ενδέχεται να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα και την υγεία των ηλικιωμένων. Συνεπώς, τα ευρήματα αυτά παρέχουν σημαντική βοήθεια για τους επαγγελματίες υγείας αναφορικά με την αναγνώριση των παραγόντων εκείνων που δυνητικά δυσχεραίνουν τη λειτουργική ικανότητα του ηλικιωμένου ειδικότερα σε στρατηγικές πρόληψης.

Λέξεις κλειδιά: Λειτουργική ανικανότητα, οικογενειακοί δεσμοί, οικογενειακή υποστήριξη, γήρας, κοινωνικές μεταβλητές.

Σύνοψη στα αγγλικά (Summary)

Title: Evaluation of functional limitation in persons aged 50+ in Europe. Exploring causal factors and the significance of social variables as risk factors

By: Micheli Aikaterini

Supervisors:
4. Philalithis A.
5. Clouverakis G.
6. Ratsika N

Introduction: With aging come the first signs of physical health issues which often lead to functional deterioration though admittedly, such cases are neither 'evenly distributed' nor the same for all the elderly (Seeman, 2002; Mendes de Leon et al., 2001). It has become quite clear that beyond determining the physical symptoms, their origins and outcomes, a full assessment of functional ability is necessary if there is to be a proper evaluation of the health of the elderly person (Schultz, 1992).

The term 'functional ability' is defined as being the individual's ability to prepare for and cope with the demands of daily activities (Verbrugge & Jette 1994,), which is vital to living independently.

Functional ability is considered a primary ingredient for ensuring the individual's quality of life as it constitutes a powerful indicator for determining well-being during old age (Shcultz, 1992; Pope et al., 2001), an indirect way of assessing the overall effect of physical and environmental factors on the individual (Pope et al., 2001), and a risk factor for indicating increased institutionalization, mortality, as well as the increased use of health services (Seeman, 1996).

A number of studies show that functional status decline can be attributed to biological, psychological and social factors (Stuck, 1999). At the same time, social and mental parameters also come into play, these being one's socio-economic status as well as social and family ties regarding social support, social networking and family support (Unger et al., 1999; Stuck et al., 1999; Lang et al., 2008; Pope, 2001; Rosso et al., 2013; Mendes de Leon et al., 2001). Social and family networks appear to be directly linked to an individual's functional ability as they act chiefly as

protective networks (Unger et al., 1999; Seeman et al., 1996). Therefore, functional disability does not simply come as a result of accumulating chronic pathological ailments but instead, embodies an adjustment process during which it is subject to a multitude of psycho-social an environmental factors. Thus, the disablement process is both complex and multifaceted. Although research has shown a growing interest in the benefits of social ties on functional ability, the results of their findings are not consistent (Avlund et al., 2004). As such, it remains unclear just how these factors affect the disablement process of functional disability.

Aim: The aim of the study is to assess functional disability in individuals aged 50 and over in the European study: "A Study on Health, Aging and Retirement in Europe" (SHARE study). The research question that arises is: Is functional disability always characterised by an accumulation of numerous physical and mental health issues, or is it due to the presence of independent psycho-social parameters?

Methods: Cross sectional data from the second wave (w2) of the Survey on Health, Ageing, and Retirement in Europe were used, analysing the responses of 13,974 adults aged 50+ (54,8% women and 45,2% men) from 13 European countries. Functional limitation was assessed using activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (i-ADL) and mobility sensory index. Family ties were based on a customized model of family structural aspects. Multiple logistic regression analyses were used to examine the risk of functional limitations after adjusting for potential confounders.

Results: The mean value of family ties index is 5.98 (5.90-6.06). The majority of individuals that have functional status decline live alone, (54.9%), and have more than three children (44.7%). As regards family closeness and interaction, individuals with functional status decline live in close proximity to or even in the same house with other family members and have daily contact (35.5% and 49.6% respectively).

Those who appear to more frequently be at greater risk of acquiring decreased functional ability are women (OR 1.76 CI 1.43-2.17), individuals of advanced age (OR 1.72 CI 1.54-1.93), and those describing their general state of health as bad (OR 2.85 CI 2.45-3.32), those with chronic illnesses (OR 1.46 CI 1.30-1.65), physical health symptoms (OR 3.29 CI 2.92-3.71) and symptoms of depression (OR 1.93 CI

1.70-2.22). As regards family ties, decreased functional ability does not appear to affect low family relations.

Diminished family interaction appears to create the greatest risk for functional disability (OR 1.58 CI 1.13-2.22). Close proximity to the family home and family status appear to be protective factors against functional disability. Also, there does not seem to be a link between functional disability and having acquired a small number of children

As regards the results of the mean values of functional ability and family ties in European countries, it appears that the countries with a higher percentage of functional disability are those of southern Europe such as Greece, Italy and Spain, as well as a few countries in central Europe such as Poland. The remaining countries of central Europe as well as those of northern Europe had a lower percentage of functional disability. As for the family ties indicator, it appears to be higher in southern Europe (Italy, Spain, Greece) and much higher in Poland and in Holland, while in the remaining countries of central and northern Europe, it is not very high.

Conclusions: According to the results of the present study, functional disability does not seem to be affected by the presence of low family ties, On the contrary, it is affected by biological and demographic factors such as gender, age, chronic illnesses, depression, with the greatest degree of risk coming from self-reported health status and chronic health symptoms. However, in a further analysis of the family ties parameters and after checking for confounding factors, it appears that low family interaction greatly affects functional disability.

It therefore becomes clear that specific family ties, in terms of family interaction, may affect elderly people's health and ability to function. Consequently, these findings offer great assistance to healthcare professionals as regards recognizing those factors, which are likely to lead to functional status decline of the elderly individual, especially when planning prevention strategies.

Key words: functional limitation, family ties, family support, aging, social variables

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την έλευση του γήρατος, επέρχεται και η εμφάνιση προβλημάτων σωματικής υγείας με συχνό συνεπακόλουθο τη μείωση της λειτουργικότητας, μολονότι η «κατανομή» αυτών των φαινομένων δεν είναι ομοιόμορφη για όλους τους ηλικιωμένους (Seeman & Xinguang, 2002; Mendes de Leon et al., 2001). Έχει διαπιστωθεί πως για την πλήρη εκτίμηση της υγείας του ηλικιωμένου πέρα από τα σωματικά συμπτώματα, τις αιτίες και τις συνέπειές τους, είναι απαραίτητη και η εκτίμηση της λειτουργικής του κατάστασης (Schultz et al., 1992).

Με τον όρο λειτουργική ικανότητα, προσδιορίζεται η ικανότητα του ατόμου να προετοιμαστεί και να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, (Verbrugge & Jette, 1994), στοιχείο απαραίτητο για την ανεξάρτητη διαβίωση. Η αδυναμία ανταπόκρισης σε αυτές τις δραστηριότητες υποδηλώνει μείωση της λειτουργικής ικανότητας. Επιδημιολογικά έχει βρεθεί πως η μείωση της λειτουργικότητας σχετίζεται με πλήθος παραγόντων όπως: δημογραφικοί παράγοντες, συνήθειες ζωής, παρουσία γνωστικής έκπτωσης, κατάθλιψη, συννοσηρότητα, αυξημένος ή μειωμένος δείκτης μάζας σώματος, χαμηλό επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, χαμηλή συχνότητα κοινωνικών επαφών και οικογενειακών δεσμών (Stuck et al., 1999).

Στη διεθνή βιβλιογραφία, δίνεται μεγάλη προσοχή στο φαινόμενο της έκπτωσης της λειτουργικότητας, ιδιαίτερα των ατόμων που ανήκουν στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες. Οι λόγοι για τους οποίους δίνεται τόση σημασία είναι πολλοί, με πρωταρχικό την επίδραση που συντελείται στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Έτσι, ως θεμελιώδες συστατικό της ποιότητας ζωής, η λειτουργικότητα μπορεί να αποτελέσει έναν ισχυρό δείκτη προσδιορισμού του γήρατος (Shcultz et al., 1992; Pope et al., 2001), καθώς και έναν έμμεσο τρόπο αξιολόγησης της συνολικής επίδρασης σωματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στο άτομο (Pope et al., 2001). Επιπλέον, η λειτουργικότητα αποτελεί παράγοντα κίνδυνου για εμφάνιση αυξημένης ιδρυματοποίησης, θνησιμότητας, καθώς και αυξημένης χρήσης υπηρεσιών υγείας (Seeman et al., 1996). Είναι ευρέως αποδεκτό πως η συνεχής ελάττωση της

λειτουργικότητας στις μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες, προκαλεί το ιδιαίτερο ενδιαφέρον των κοινωνιών ώστε να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις πραγματικές ανάγκες τους (Manton et al., 2007). Η καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν σε λειτουργική ανικανότητα θα βοηθήσει τους επαγγελματίες υγείας στην ανάπτυξη στρατηγικών για την πρόληψη ή τον περιορισμό του φαινομένου.

Αντικείμενο της παρούσας μελέτης αποτέλεσε η εκτίμηση του επιπολασμού της λειτουργικής ανικανότητας σε άτομα ηλικίας 50+ σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες του δείγματος της Μελέτης SHARE, που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της μελέτης (wave 2, 2006-2007) και η διερεύνηση της συσχέτισής της, τόσο με κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά του δείγματος, αλλά και με την επίδραση των οικογενειακών δεσμών. Το βασικό ερευνητικό ερώτημα που προκύπτει στην παρούσα μελέτη είναι αν η λειτουργική ανικανότητα χαρακτηρίζεται πάντα από συσσώρευση πολλών σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων υγείας, ή η εμφάνισή της είναι το αποτέλεσμα της παρουσίας ανεξάρτητων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων. Τέλος, η έρευνα αυτή επικεντρώθηκε στη συγκριτική διερεύνηση του επιπολασμού της λειτουργικής ανικανότητας και των οικογενειακών δεσμών μεταξύ των διαφορετικών υπό μελέτη χωρών (Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Ελβετία, Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία, Ολλανδία και Σουηδία) και γεωγραφικών περιοχών (χώρες βόρειας, νότιας και κεντρικής Ευρώπης) για τη σύγκριση και ανίχνευση πιθανών γεωγραφικών διαφοροποιήσεων.

Η μελέτη SHARE είναι μια προοπτική διακρατική μελέτη εκτεταμένης και συγκριτικής διερεύνησης ιατρικών, οικονομικών κοινωνικών και οικογενειακών παραμέτρων σε άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών από περισσότερες από 20 Ευρωπαϊκές χώρες συμπεριλαμβανομένου και του Ισραήλ. Η μελέτη αυτή συντονίζεται από το ερευνητικό τμήμα του Πανεπιστημίου του Μανχάιμ (Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (Germany) (Borsch-Supan et al., 2005). Το πρώτο κύμα της μελέτης ξεκίνησε το 2004 και σήμερα έχει φτάσει στο 7^{ο} κύμα παρακολούθησης των δεδομένων. Πρόκειται για μια ισορροπημένη αντιπροσώπευση διαφόρων περιοχών της Ευρώπης, από τη Σκανδιναβία (Δανία, Σουηδία κτλ) την Κεντρική Ευρώπη (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο, Ολλανδία κτλ) μέχρι τη Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Τα δεδομένα της αφορούν στοιχεία υγείας, κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, κοινωνικής και

οικογενειακής δικτύωσης για περισσότερα από 150.000 άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω.

Η μελέτη SHARE είναι απόλυτα εναρμονισμένη με την Αμερικάνικη μελέτη για την Υγεία και τη Γήρανση (US Health and Retirement Study - HRS) όπως και με την Αγγλική μελέτη για το γήρας (English Longitudinal Study of Ageing - ELSA) και έχει αποτελέσει υπόδειγμα παγκοσμίως για πολλές γηριατρικές μελέτες (Borsch-Supan et al., 2013).

Βασικός σκοπός της μελέτης είναι η κατανόηση του φαινομένου της γήρανσης και του τρόπου που αυτή επηρεάζει τη ζωή των ανθρώπων που ζουν σε διαφορετικές πραγματικότητες (Λυμπεράκη κ συν, 2009). Η επιστημονική δύναμη της μελέτης υποστηρίζεται από πολλούς παράγοντες. Αρχικά ο σχεδιασμός της ως προοπτική, προσφέρει τη δυνατότητα καταγραφής και αποτύπωσης του δυναμικού χαρακτήρα της διαδικασίας γήρανσης, δίνοντας πολύ σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με το προφίλ των ηλικιωμένων στην Ευρώπη διαχρονικά, την κατάσταση υγείας τους, την ποιότητα ζωής, την κοινωνική και οικονομική αποτύπωση της κατάστασής τους, καθώς και τις κοινωνικές και οικογενειακές τους σχέσεις. Επιπλέον, η διαχρονική και η διεπιστημονική της προσέγγιση απεικονίζει την πλήρη εικόνα της γήρανσης τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, παρέχοντας σε μικρό επίπεδο σημαντικά στοιχεία των οικονομικών, κοινωνικών και υγειονομικών παραγόντων που συνοδεύουν και επηρεάζουν τις διαδικασίες γήρανσης. Τέλος ο διακρατικός σχεδιασμός της, παρέχει το πλεονέκτημα διεθνών συγκρίσεων σε ευρεία δεδομένα υγείας, κοινωνικών θεσμών και οικονομίας τόσο ανάμεσα στις ευρωπαϊκές χώρες του δείγματος όσο και στις άλλες δυο γηριατρικές μελέτες, ELSA και HRS με τις οποίες η μελέτη SHARE είναι εναρμονισμένη (Borsch-Supan et al., 2013).

2. ΟΡΙΣΜΟΣ- ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

2.1 ΟΡΙΣΜΌΣ ΓΉΡΑΤΟΣ

Το γήρας συνήθως ορίζεται ως η προοδευτική απώλεια λειτουργικότητας, με την αύξηση της ηλικίας, και την αύξηση του ποσοστού των προβλημάτων υγείας συμπεριλαμβανομένης και της θνησιμότητας (Kirkwood & Austad, 2000). Είναι φανερό πως η διαδικασία του γήρατος είναι μια πολυαιτιολογική και πολυπαραγοντική κατάσταση.

Σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση προκύπτει από τη μείωση και την αλλοίωση των κυττάρων, των ιστών και των οργάνων με την πάροδο του χρόνου (Fedarko, 2011). Αυτό οδηγεί σε σταδιακή μείωση του φυσιολογικού αποθέματος, σε αυξανόμενο κίνδυνο ασθενειών και τελικά σε θάνατο. Αλλά αυτές οι αλλαγές δεν είναι ούτε γραμμικές ούτε συνεπείς και απλά συνδέονται με την αύξηση της ηλικίας ενός ατόμου. Οι μεταβολές αυτές λόγω ηλικίας φαίνεται πως δεν είναι οι ίδιες για όλους τους ηλικιωμένους. Ενώ κάποιοι ηλικιωμένοι ηλικίας 70 ετών απολαμβάνουν εξαιρετικά καλή υγεία και λειτουργικότητα, άλλοι συνομήλικοι τους είναι ευάλωτοι και εύθραυστοι και χρήζουν σημαντικής βοήθεια από άλλους (WHO, 2015; Fried et al., 2004).

Πέρα από τις βιολογικές αλλαγές, η γήρανση συνδέεται, επίσης, με άλλες μεταβάσεις της ζωής, όπως η συνταξιοδότηση, η μετεγκατάσταση σε πιο κατάλληλη στέγαση και ο θάνατος φίλων και συνεργατών. Κατά την ανάπτυξη μιας απάντησης της δημόσιας υγείας στη γήρανση, είναι σημαντικό όχι μόνο να εξετάζονται προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις απώλειες που συνδέονται με τη μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορεί να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη (WHO, 2015).

2.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΉ ΓΉΡΑΝΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΎ

Η γήρανση του πληθυσμού είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες και είναι αποτέλεσμα πολλών παραγόντων. Η ηλικιακή δομή

του πληθυσμού και η τελική ηλικιακή του σύνθεση καθορίζεται από δυο παράγοντες. Τη γονιμότητα και τη μείωση της θνητότητας

Η μείωση της γονιμότητας είναι ένα φαινόμενο που παρατηρείται έντονα τις τελευταίες δεκαετίες κυρίως στις αναπτυγμένες χώρες, ως αποτέλεσμα της οικονομικής ανάπτυξης και της αλλαγής των συνθηκών και πεποιθήσεων ζωής. Η βελτιωμένη πρόσβαση στα εκπαιδευτικά συστήματα, οι καλύτερες συνθήκες εργασίας και η ισότητα των δυο φύλων είναι μερικά από τα χαρακτηριστικά που οδηγούν στη μείωση ή των αναβολή των γεννήσεων. Πριν από τις πρόσφατες εξελίξεις στην κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη, τα ποσοστά γονιμότητας σε πολλά μέρη του κόσμου κυμάνθηκαν από 5 έως 7 γεννήσεις ανά γυναίκα (αν και πολλά από αυτά τα παιδιά δεν επιβίωσαν στην ενηλικίωση). Όπως όμως παρατηρείται στον Παγκόσμιος Οργανισμό Υγείας, το 2015, τα ποσοστά αυτά έχουν μειωθεί ή έχουν πέσει κάτω από το επίπεδο που απαιτείται για τη διατήρηση των πληθυσμών στο σημερινό τους μέγεθος (World Population Ageing, 2015).

Οι αλλαγές στον τομέα της υγείας, και η μείωση της θνητότητας κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών συνεπικουρούν στην ηλικιακή αύξηση του πληθυσμού. Η καλύτερη πρόσβαση στα συστήματα υγείας, η ανάπτυξη της ιατρικής τεχνολογίας, η μείωση των θανατηφόρων ασθενειών, και η αλλαγή των θανατηφόρων ασθενειών σε χρόνιες παθήσεις, συνεπικουρούν στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, τη μείωση θανατηφόρων ασθενειών και την αλλαγή των θανατηφόρων ασθενειών σε χρόνιες παθήσεις. Η αύξηση της μακροζωίας σε συνδυασμό με τη μείωση της γονιμότητας που είναι ιδιαίτερο χαρακτηριστικό των νέων κοινωνιών συγκλίνουν στην ηλικιακή αύξηση του πληθυσμού (WHO, 2011; World Population Ageing, 2015).

Άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών αποτελούν τη μεγαλύτερη αναλογία του πληθυσμού στην Ευρώπη. Σύμφωνα με τα στοιχεία που προκύπτουν στη διεθνή βιβλιογραφία ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 ετών αυξάνει σε μεγάλο βαθμό και αυτή η αύξηση αναμένεται να επιταχυνθεί τις επόμενες δεκαετίες (European Commission, 2014). Μέχρι το έτος 2030 ο αριθμός των ατόμων ηλικίας άνω των 60 αναμένεται να αυξηθεί σε 1.4 δισεκατομμύρια και μέχρι το έτος 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός των ηλικιωμένων αναμένεται να διπλασιαστεί. Παγκοσμίως, ο αριθμός των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών, οι οποίοι αναφέρονται ως οι

γηραιότεροι των γηραιών, πολλαπλασιάζεται ακόμα ταχύτερα συγκριτικά με τον αριθμό του συνόλου των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, μέχρι το έτος 2050 ο αριθμός των γηραιότερων των γηραιών θα τριπλασιαστεί (European Commission, 2014;WHO, 2015).

Η ταχεία αύξηση του πληθυσμού των μεγάλων ηλικιών συμβαίνει τόσο στις ανεπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια ραγδαία αύξηση τις αναπτυσσόμενες χώρες και το έτος 2030 υπολογίζεται ότι ο πληθυσμός των ηλικιωμένων άνω των 60 ετών θα αυξηθεί σε ποσοστό 70% (WHO, 2015).

Το φαινόμενο της γήρανσης του πληθυσμού, λαμβάνει χώρα σε μεγάλο ποσοστό και στην Ελλάδα. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το ποσοστό των ηλικιών άνω των 60 ετών στην Ελλάδα, φτάνει το 29% και μέχρι το έτος 2050 υπολογίζεται ότι θα έχει ξεπεράσει το 30%, κατατάσσοντας την Ελλάδα στις υψηλές θέσεις του φαινομένου της γήρανσης του πληθυσμού και της υπογεννητικότητας (WHO, 2015). Αυτοί οι δείκτες αναδεικνύουν ένα σοβαρό πρόβλημα υπογεννητικότητας και ένα αυξητικό φαινόμενο αύξησης του γηραιού πληθυσμού στην Ελλάδα. Η κατάσταση αυτή επιβεβαιώνεται και από τα πρόσφατα στοιχεία των γεννήσεων στην Ελλάδα. Όπως προκύπτει από τη μελέτη του Εθνικού Κέντρου Κοινωνικών Ερευνών (2019) η αναπαραγωγική συμπεριφορά στην Ελλάδα αλλάζει (όπως και στις άλλες ανεπτυγμένες χώρες) και καταγράφεται μία υψηλότερη από τον μέσο όρο μέση ηλικία των γυναικών κατά τη γέννηση του πρώτου παιδιού αλλά και χαμηλότερο ποσοστό γονιμότητας από τον μέσο όρο των Ευρωπαϊκών χωρών. Στην Ελλάδα κατά το έτος 2015, ο μέσος δείκτης γονιμότητας αναφερόταν σε 1,33 παιδιά ανά γυναίκα, τιμή σημαντικά χαμηλότερη από τον ευρωπαϊκό μέσο δείκτη, ο οποίος ανερχόταν στο 1,5 παιδιά ανά γυναίκα το ίδιο έτος (Μπαλούρδος και συν, 2019 www.dianeosis.org).

Επιπλέον ρυθμιστικό ρόλο για την εξέλιξη του πληθυσμού στην Ελλάδα έχει το φαινόμενο της μετανάστευσης. Παρόλο που υπήρξε μια αποχή πολλών δεκαετιών γύρω από το φαινόμενο της μετανάστευσης, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονη στροφή στη μετανάστευση νέων Ελλήνων στο εξωτερικό, προς αναζήτηση καλύτερης εργασίας. Το φαινόμενο της μετανάστευσης και της κινητικότητας της εργασίας αναγκαστικά δίνει προτεραιότητα στην αναζήτηση καλύτερων συνθηκών

εργασίας, και επίλυσης οικονομικών προβλημάτων και συνεπώς καθυστερεί ο σκεπτικό της δημιουργίας οικογένειας και τεκνοποίησης. Επιπλέον εξαιτίας της απομάκρυνσης του παραγωγικού πληθυσμού, αυξάνεται το ποσοστό παραμονής του γηραιού πληθυσμού.

2.3 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΉ ΜΕΤΆΒΑΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΎ

Όπως έχει αναφερθεί ο παγκόσμιος πληθυσμός γηράσκει, με συνεχώς αυξανόμενους ρυθμούς. Αν και το αυξημένο προσδόκιμο ζωής, είναι ένδειξη ευημερίας και ανάπτυξης, το γεγονός ότι ο πληθυσμός γερνάει, εγείρει πολλά ζητήματα που πρέπει να αντιμετωπίσουν οι αρμόδιοι για τη χάραξη πολιτικής. Οι αιτίες της γήρανσης του πληθυσμού στον αναπτυγμένο κόσμο εξηγούνται αποτελεσματικά στο μοντέλο θεωρίας της δημογραφικής μετάβασης.

Ο όρος "δημογραφική μετάβαση" αναφέρεται στη μετατόπιση της γονιμότητας και της θνησιμότητας από τα υψηλά και απότομα κυμαινόμενα επίπεδα σε χαμηλά και σχετικά σταθερά. Κατά τη διάρκεια της μετάβασης, η θνησιμότητα συνήθως αρχίζει να μειώνεται πρώτα, ακολουθούμενη μερικές δεκαετίες αργότερα από τη μείωση της γονιμότητας, οδηγώντας σε μια σειρά αλλαγών στον ρυθμό αύξησης του πληθυσμού, το μέγεθος και την ηλικιακή κατανομή που συνεχίζεται για πολλές δεκαετίες (Lee & Reher, 2011). Αυτή η διαδικασία μετάβασης σκιαγραφεί μία νέα δημογραφική προοπτική, με κύρια χαρακτηριστικά την αύξηση της αναλογίας των ατόμων που ζουν ανεξάρτητα και των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι τους, είτε ανεξάρτητα είτε όχι, τη μείωση των ποσοστών γονιμότητας, την προ-συζυγική (εκτός γάμου) συμβίωση, την αναβολή και καθυστέρηση της τεκνοποιίας, την υψηλή μη έγγαμη γονιμότητα, τα υψηλά ποσοστά διάλυσης γάμων, την υψηλή αναλογία ατόμων που δεν παντρεύονται καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής τους και ηθελημένα δεν αποκτούν παιδιά, καθώς και τη μετακίνηση από το μοντέλο της εκτεταμένης οικογένειας προς το μοντέλο της «πυρηνικής» και μονογονεϊκής οικογένειας, και των νοικοκυριών μεμονωμένων ατόμων (Eurostat, 2017). Οι εξελίξεις αυτές βασίζονται σε αλλαγές στο οικονομικό επίπεδο, με αφετηρία την οικονομική ανάπτυξη, σε ανάδυση νέων κοινωνικών καταστάσεων και προτύπων όπως και σε αλλαγές στην αντίληψη του θεσμού της οικογένειας και της συμβίωσης. Συνοπτικά η δημογραφική μετάβαση αναφέρεται σε τέσσερα βασικά συστατικά: τη

μείωση της θνησιμότητας, τη μείωση της γονιμότητας, την αύξηση του πληθυσμού και την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού (Lee, 2003).

Η οικονομική ανάπτυξη είναι προπομπός της δημογραφικής μετάβασης. Η μετάβαση στις βιομηχανικές οικονομίες οδήγησε σε μια αλλαγή των κοινωνικών δικτύων. Τα άτομα απομακρύνονται από την οικογενειακή και συγγενική εστία για να αναζητήσουν καλύτερη εργασία. Γίνεται εύκολα κατανοητό πως αυτή η αναγκαστική μετατόπιση λόγω ανάγκης επιβίωσης, μεταβάλει τα κοινωνικά δίκτυα. Αναγκαστικά υπάρχει μεγαλύτερη συναναστροφή και αλληλεπίδραση με μέλη εκτός οικογενειακού δικτύου, καθώς τα άτομα έχουν απομακρυνθεί από το οικογενειακό δίκτυο λόγω της αλλαγής περιβάλλοντος. Αυτό βέβαια δε σημαίνει πως έχουν υποτιμηθεί τα οικογενειακά δίκτυα, όμως αναγκαστικά αυξάνεται η αλληλεπίδραση με μέλη εκτός του οικογενειακού δικτύου (Sear & Coall, 2011).

Το βασικό χαρακτηριστικό που προκύπτει από την αλλαγή του περιβάλλοντος και συμβάλλει στη χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών των ηλικιωμένων είναι η αλλαγή της διαθεσιμότητας του οικογενειακού δικτύου. Καθώς μειώνονται τα επίπεδα θνησιμότητας οι ηλικιωμένοι τείνουν να ζουν περισσότερο, αλλά ως εκ τούτου έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν κακή υγεία και γι’ αυτό τον λόγο να χρήζουν περισσότερη βοήθεια από όση μπορούν να δώσουν. Εξαιτίας, όμως, της μείωσης της γονιμότητας δυο πράγματα μπορούν να συμβούν. Κατ’ αρχάς μειώνεται ο αριθμός των διαθέσιμων παιδιών που θα μπορούσαν να αναλάβουν να βοηθήσουν τους ευάλωτους ηλικιωμένους γονείς τους. Όπως προκύπτει από διεθνείς έρευνες, οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερο αριθμό παιδιών από όσο είχαν οι δικοί τους γονείς και ο πληθυσμός τους είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με το μέσο όρο του εργαζόμενου πληθυσμού (Cherlin, 2010). Όπως υπολογίζεται μέχρι το 2030 θα αναλογούν τρεις εργαζόμενοι σε έναν ηλικιωμένο άνθρωπο. Παγκοσμίως λοιπόν προκύπτει η τάση πως η εν δυνάμει βοήθεια και υποστήριξη των ηλικιωμένων από τα παιδιά τους θα είναι περιορισμένη και λιγότερη από εκείνη που οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι προσέφεραν όταν ήταν υγιείς και λειτουργικοί. Στην ουσία παρατηρείται το εξής φαινόμενο. Με την αύξηση του προσδόκιμου ζωής, και των πλεονεκτημάτων στην υγεία, οι άνθρωποι ζουν περισσότερο και περισσότερα χρόνια με καλύτερη ποιότητα ζωής και συνθήκες υγείας. Έτσι στα οικογενειακά δίκτυα ο θεσμός του «παππού και της γιαγιάς» έχει ενεργό και βοηθητικό ρόλο για πολλά χρόνια. Όταν, όμως, αλλάζει

κατάσταση και ο ηλικιωμένος εξαιτίας της φυσιολογικής φθοράς χρήζει ανάγκης περισσότερης και ουσιαστικότερης φροντίδας από το οικογενειακό του δίκτυο, προκύπτει δυσκολία στην παροχή ενός φροντιστή, είτε γιατί τα διαθέσιμα άτομα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν, είναι λιγότερα σε αριθμό είτε γιατί είναι εν δυνάμει εργαζόμενοι και ως εκ τούτου έχουν λιγότερο χρόνο διαθέσιμο. Επιπλέον μειώνεται και ο διαθέσιμος αριθμός του συγγενικού δικτύου και η διαθεσιμότητα αδερφών ανιψιών και θείων οι οποίοι θα μπορούσαν να βοηθήσουν σε δύσκολες καταστάσεις (Sear & Coal, 2011; W.H.O Global Health and Aging, 2011, Cherlin, 2010).

Σε αυτό το σημείο γίνεται κατανοητό πως οι αλλαγές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά εξαιτίας της αύξησης της ηλικίας και της μεταβολής της δομής της οικογένειας, έχουν οδηγήσει σε πολυπλοκότητα της οικογενειακής ζωής αναφορικά με τους ρόλους που αναλαμβάνει το κάθε μέλος. Η αλλαγή στα οικογενειακά δεδομένα έχει περιπλέξει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της κάθε οικογένειας αντιλαμβάνονται τον ρόλο τους. Οι διαγενεακοί δεσμοί είναι ιδιαίτερα σημαντικοί αλλά ταυτόχρονα και προβληματικοί. Η οικογενειακή κουλτούρα έχει υποστεί αρκετές αλλαγές σε σχέση με το παρελθόν. Η δομή και η φύση του ορισμού της οικογένειας έχει αλλάξει και έχει δώσει τη θέση της σε ένα ευρύτερο πλαίσιο. Τα αυξανόμενα διαζύγια, οι νέοι γάμοι και η ανατροφή των παιδιών στο νέο γάμο, όπου ο ένας από τους δυο γονείς δεν είναι ο βιολογικός, οι συγκατοικήσεις χωρίς γάμο, οι μονογονεϊκές οικογένειες, οι γεννήσεις πολλών παιδιών εκτός γάμου, τα ετεροθαλή αδέρφια, έχουν δημιουργήσει μια νέα φιλοσοφία ενός εκτεταμένου οικογενειακού δικτύου, το οποίο ενδέχεται να επηρεάζει τις σχέσεις μεταξύ των μελών, να μη διασαφηνίζει τους ρόλους του κάθε μέλους και δυνητικά να επηρεάζει τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Αν και φαινομενικά αυτή η αύξηση των μελών υποδηλώνει ένα εκτεταμένο οικογενειακό δίκτυο, δεν είναι βέβαιο πώς αλληλεπιδρούν τα μέλη μεταξύ τους και πώς αντιλαμβάνονται τις υποχρεώσεις τους στο οικογενειακό δίκτυο. Σημαντικό ρόλο σε αυτή την αντίληψη παίζει το πώς έχουν εδραιωθεί οι οικογενειακές σχέσεις καθώς είναι γνωστό πως μια σχέση για να εδραιωθεί χρειάζεται να σφυρηλατηθεί μέσα από συνεχή επαφή, αμοιβαιότητα, προσπάθεια, αγάπη, διαφορετικά θα χαθεί (Cherlin, 2010, Carsten, 2004).

2.4 ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΈΣ ΤΗΣ ΕΥΑΛΩΤΌΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΈΝΩΝ

Από τις αρχές πλέον της δεκαετίας του 1990, πληθαίνουν οι αναφορές από την ιατρική κοινότητα, αλλά και το σύνολο των επαγγελματιών υγείας σχετικά με τη σπουδαιότητα της αντιμετώπισης των πραγματικών προβλημάτων που σχετίζονται με τους ηλικιωμένους, και κατ'επέκταση της ταυτοποίησης της κατάστασης υγείας τους με την καλύτερη δυνατή προσέγγιση.

Προς αυτή την κατεύθυνση, προκειμένου να ταυτοποιηθούν τα πραγματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν τις ευάλωτες ομάδες των μεγαλύτερων ηλικιών χρησιμοποιήθηκαν τρεις παράμετροι: η ευθραυστότητα (Frailty), η συννοσηρότητα (co morbidity) και η ανικανότητα (functional limitation). Εναλλακτικά, αυτοί οι όροι χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την κατάσταση των ευάλωτων ηλικιωμένων που χρήζουν φροντίδας, και αν και φαίνεται να αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, ή είναι τρεις ξεχωριστές οντότητες, που η καθεμία έχει το δικό της διαφορετικό περιεχόμενο αλλά και προκλήσεις (Fried et al., 2004).

2.4.1 Συννοσηρότητα (Co morbidity)

Ο επίσημος ορισμός της συννοσηρότητας ή πολυνοσηρότητας είναι η παρουσία δυο ή περισσότερων ιατρικών παθήσεων στο ίδιο άτομο, σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο και σχετίζεται με την αύξηση της ηλικίας (WHO, 2015). Η κατάσταση αυτή αφορά τόσο τα άτομα που πάσχουν μεν από δυο ή περισσότερες νόσους, αλλά ζουν σχετικά ανεπηρέαστα με τη βοήθεια φαρμακευτικής αγωγής, όσο και τα άτομα που υποφέρουν από σαφή έκπτωση της λειτουργικότητας εξαιτίας της πολυνοσηρότητας (Marengoni et al., 2011). Η πολυνοσηρότητα έχει αυξημένη συχνότητα εμφάνισης στα ηλικιωμένα άτομα. Ο επιπολασμός της κυμαίνεται σε ποσοστά 55-98%, καθώς με την αύξηση της ηλικίας αυξάνεται και η παρουσία νόσων στον άνθρωπο (Marengoni et al., 2011; Abizanda et al., 2014; Fried, 2004; Schäfer et al., 2011). Σε μια επιδημιολογική μελέτη που έλαβε χώρα στην Κίνα, φάνηκε πως σχεδόν ο μισός πληθυσμός των συμμετεχόντων άνω των 60 ετών εμφάνιζε τουλάχιστον δυο συμπτώματα υγείας (Wang et al., 2014) Παρόμοια αποτελέσματα υπήρχαν και σε μια ευρωπαϊκή μελέτη, όπου τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου τα 2/3 του πληθυσμού άνω των 65 ετών έπασχαν από δυο ή και

περισσότερες ασθένειες (Garin et al., 2014). Στις οικονομικά ανεπτυγμένες χώρες η πολυνοσηρότητα φαίνεται να συμβαίνει στα άτομα σε δυο περιόδους. Ανάμεσα στην ηλικία των 50-60 ετών, και σε πολύ προχωρημένη ηλικία (WHO, 2015; Marengoni et al., 2011).

Η επίδραση της πολυνοσηρότητας στη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής και τη θνησιμότητα είναι αρκετά σημαντική (WHO, 2015). Η συννοσηρότητα συχνά σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά ιδρυματοποίησης, κλειστής νοσηλείας, χαμηλής ποιότητας ζωής, έκπτωση λειτουργικότητας, κατάθλιψη, αυξημένη χρήση φαρμάκων, αυξημένη χρήση υπηρεσιών υγείας και θνησιμότητας (Abizanda et al., 2014; Glynn et al., 2011; Vogeli et al., 2007).

2.4.2 Ευπάθεια (Frailty)

Η ευπάθεια ορίζεται ως ένα ιατρικό σύνδρομο με πολλαπλές αιτίες και προσδιοριστές και χαρακτηρίζεται από μια κατάσταση προοδευτικής απώλειας δύναμης, αποθεμάτων ενέργειας, φυσιολογικής λειτουργίας τα οποία έχουν ως αποτέλεσμα μείωση των αποθεμάτων ενέργειας και οδηγούν σε μια κατάσταση αυξημένης ευαλωτότητας. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε μειωμένη ανεξαρτησία και σε αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας (WHO, 2015; Cesari et al, 2016; Fried et al., 2004). Ο επιπολασμός της ευπάθειας στην Ευρώπη κυμαίνεται σε ποσοστά 1.9% έως 7,5% με μέσο όρο 4,1%. Στις ηλικίες άνω των 65 ετών το ποσοστό των ατόμων με ευπάθεια κυμαίνεται στο 17%. Σημαντική αύξηση του επιπολασμού φαίνεται να υπάρχει και σε ένα στάδιο πριν την έναρξη της ευπάθειας (pre frailty), με μέσο όρο 37,4%, ο οποίος αυξάνεται για τις ηλικίες άνω των 65 ετών σε ποσοστό 42.3%. (Santos et al., 2009).

Το σύνδρομο της ευπάθειας δύναται σε αρχικά στάδια να μπορεί να είναι ανιχνεύσιμο, να προληφθεί και ενδεχομένως να ιαθεί. Η εξέλιξή του διαφέρει από άτομο σε άτομο και συχνά είναι αναστρέψιμη κατάσταση, αν και ένα πολύ μικρό ποσοστό μπορεί να καταλήξει σε απόλυτη ευρωστία. Επιπλέον η ευπάθεια θεωρείται σημαντικός προσδιοριστής αρνητικών εκβάσεων υγείας για τους ηλικιωμένους και συμπεριλαμβάνει τη μειωμένη κινητικότητα, την έλλειψη λειτουργικότητας, τις

πτώσεις, καθώς και τα αυξημένα ποσοστά ιδρυματοποίησης και της θνησιμότητας (Abizanda et al., 2014).

2.4.3 Ανικανότητα (Functional Limitation)

Σε γενικές γραμμές ο όρος λειτουργικότητα, αναφέρεται στη φυσιολογική επίδοση του ατόμου και αντιπροσωπεύει μια σημαντική όψη της γενικότερης υγείας του. Ως ανικανότητα ή απώλεια της λειτουργικότητας, προσδιορίζεται η δυσκολία του ατόμου να αντεπεξέλθει στις απαιτήσεις των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας. (Verbrugge & Jette, 1994; Abizanda et al., 2014). Η απώλεια λειτουργικότητας ή απόδοσης του ατόμου, διαφοροποιείται από κάποια βλάβη η οποία προκύπτει από ανωμαλία ανθρώπινου οργάνου ή φυσιολογικής λειτουργιάς του ανθρώπινου σώματος. (Jette & Cleary, 1987). Η ανικανότητα έχει μεγάλα ποσοστά επιπολασμού σε άτομα τρίτης ηλικίας. Στην Ευρώπη ο επιπολασμός της κυμαίνεται σε ποσοστά 5-20% σε ηλικίες 65-75 ετών, και σε ηλικίες άνω των 75 ετών τα ποσοστά φτάνουν το 40% (WHO, 2015). Συμπεραίνεται λοιπόν, πως η ανικανότητα αυξάνεται έντονα με την ηλικία. Η διατήρηση της λειτουργικότητας είναι ένας σημαντικός προσδιοριστής υγείας των ηλικιωμένων. Η απώλεια της λειτουργικότητας σχετίζεται με αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας, νοσηλείας, και ιδρυματοποίησης (Abizanda et al., 2014; Milan-Calenti et al., 2010).

Σε επόμενο κεφάλαιο θα αναλυθούν διεξοδικά η έννοια και η εγκατάσταση της ανικανότητας.

3. ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΌΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΉΣ ΑΝΙΚΑΝΌΤΗΤΑΣ

3.1.1 Εισαγωγή

Η συνολική εκτίμηση της υγείας του ηλικιωμένου προϋποθέτει την εκτίμηση της σωματικής και λειτουργικής του κατάστασης (Schultz et al., 1992). Σε κάθε περίπτωση, η έλλειψη της λειτουργικής επάρκειας, ανεξάρτητα από την αιτία που προκλήθηκε, έχει σαφείς επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής του ατόμου.

Η λειτουργικότητα, φυσιολογική ή μειωμένη, θεωρείται σημαντικός προσδιοριστής ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, καθώς, αποτελεί έναν ισχυρό δείκτη προσδιορισμού του γήρατος και της ανεξάρτητης διαβίωσης, (Schultz et al., 1992; Nikolova et al., 2011), έναν έμμεσο τρόπο αξιολόγησης της συνολικής επίδρασης σωματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στο άτομο (Guralnik & Kaplan, 1989) και παράγοντα κίνδυνου φαινομένων ιδρυματοποίησης, θνησιμότητας, και αυξημένης χρήσης υπηρεσιών υγείας (Seeman, 1996; Dale et al., 2012). Αναμφισβήτητα λοιπόν η μέτρηση της λειτουργικότητας αποτελεί βασική προϋπόθεση για τον προσδιορισμό της κατάστασης υγείας και της αυτονομίας του ηλικιωμένου. Υπό αυτό το πρίσμα η λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, θεωρείται ένας σημαντικός στόχος των δημόσιων πολιτικών υγείας και των κοινωνικών πολιτικών που σχετίζονται με τη γήρανση.

Η λειτουργική ανικανότητα, δεν είναι απλώς μια συσσώρευση χρόνιων παθολογικών νοσημάτων, αλλά ενσωματώνει μια προσαρμοστική διαδικασία, κατά την οποία υπόκειται σε ένα πλήθος ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Συνεπώς η διαδικασία εγκατάστασής της είναι περίπλοκη και πολυδιάστατη. Αν και ερευνητικά υπάρχει ενδιαφέρον αναφορικά με τα οφέλη των κοινωνικών δεσμών στη λειτουργικότητα, τα αποτελέσματα των ερευνών είναι αντικρουόμενα (Avlund et al., 2004). Παραμένει ωστόσο ασαφές, πώς αυτοί οι παράγοντες επηρεάζουν τη διαδικασία εγκατάστασης της λειτουργικής ανικανότητας.

Για να γίνει κατανοητός ο όρος λειτουργική ανικανότητα, θα πρέπει πρώτα να προσεγγίσουμε αυτό που ορίζεται ως λειτουργική ικανότητα: πρόκειται για την ικανότητα του ατόμου να εκτελεί εκείνες τις καθημερινές δραστηριότητες που του

επιτρέπουν να αλληλεπιδρά στο έπακρο με το περιβάλλον του και με τα άλλα άτομα, εκπληρώνοντας έτσι όλες εκείνες τις απαραίτητες προϋποθέσεις για να διαδραματίζει τον ατομικό αλλά και κοινωνικό του ρόλο στη ζωή. Οποιαδήποτε έκπτωση ή παρέκκλιση ή οποιοσδήποτε περιορισμός από την ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει δραστηριότητες της καθημερινότητας, χαρακτηρίζεται ως λειτουργική ανικανότητα (Nicolas, 2003; Jette & Cleary, 1987). Η λειτουργική ανικανότητα, μπορεί να είναι σωματική (πχ δυσκολίες σε κινητικές δραστηριότητες), συναισθηματική (πχ άγχος-κατάθλιψη) αλλά και κοινωνική (πχ αδυναμία εκτέλεσης επαγγέλματος) (Jette & Cleary, 1987).

3.1.2 Εννοιολογική προσέγγιση λειτουργικής ανικανότητας σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση (WHO 1980)

Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται έντονη προσπάθεια για τον προσδιορισμό της απόδοσης της λειτουργικής αυτονομίας. Ήδη από το 1980 γίνεται μια προσπάθεια ταξινόμησης και εννοιολογικής διατύπωσης της έννοιας της λειτουργικής ανικανότητας, προσδίδοντας στη λειτουργική ανικανότητα μια διάσταση αποτελέσματος ασθένειας (consequences of disease), δίνοντας έμφαση στις επιπτώσεις ασθενειών ή άλλων συνθηκών υγείας που μπορεί να προκύψουν ως αποτέλεσμα. (WHO, 1980).

Το 2001, στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, έγινε μια πιο εμπεριστατωμένη προσέγγιση ταξινόμησης των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία της λειτουργικής ανικανότητας, προσδίδοντας στη λειτουργικότητα μια διάσταση συστατικών υγείας (components of health). Η λειτουργικότητα μέσα από αυτό το πρίσμα περιγράφεται ως μια δυναμική, αλληλοεπιδρώμενη και εξελίξιμη διαδικασία, ανάμεσα στο άτομο με κάποια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας (WHO, 2001)

Στην πρώτη εννοιολογική προσέγγιση της λειτουργικής αυτονομίας από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έγινε μια προσέγγιση διαχωρισμού των εννοιών αναπηρίας- ανικανότητας (disability), εξασθένισης-βλάβης (impairment) και μειονεκτήματος (handicap) (WHO, 1980). Γίνεται ξεκάθαρο πως πρόκειται για όρους εννοιολογικά διαχωρισμένους, που αναφέρονται όμως σε ένα συνολικό φαινόμενο απόκλισης από την κατάσταση λειτουργικής ικανότητας.

Ο όρος «εξασθένιση – βλάβη» (*impairment*) αναφέρεται σε κάθε απώλεια ή ανωμαλία σε ανατομική λειτουργία ή δομή, η οποία προκύπτει από οποιαδήποτε αιτία και προκαλεί διαταραχή σε οργανικό επίπεδο. Η ανικανότητα, που προκύπτει από αυτή την εξασθένιση-βλάβη, αντανακλά τις συνέπειές της υπό όρους εκτέλεσης λειτουργικής ικανότητας ή αδυναμίας να επιτευχθούν δραστηριότητες που θεωρούνται ως «φυσιολογικές».

Από την άλλη πλευρά, το «μειονέκτημα» (*handicap*), αναφέρεται στο κοινωνικό μειονέκτημα που υφίσταται το άτομο εξαιτίας της βλάβης που έχει υποστεί, εξαιτίας του χάσματος ανάμεσα στην αναπηρία του ατόμου και στα υλικά και τις διαθέσιμες κοινωνικές πηγές που διαθέτει για να αντισταθμίσει αυτή την αναπηρία, συνήθως περιγράφεται υπό κοινωνικούς όρους και αφορά την διαταραχή στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του. Σε ατομικό επίπεδο η αυτονομία περιορίζεται όταν η αναπηρία που προκαλείται είναι αποτέλεσμα της βλάβης ενός ήδη εξασθενημένου σώματος λόγω βιολογικού γήρατος. Σε κοινωνικό επίπεδο η αναπηρία προκαλείται από τη δυναμική ανάμεσα στο ίδιο το άτομο και τις φυσικές και νοητικές ικανότητες του και στις υλικές πηγές που έχει στη διάθεσή του.

Η αναπηρία (disability), αναφέρεται στις συνέπειες της εξασθένισης ενός οργάνου ή του συστήματος της λειτουργικότητας του ατόμου σε όρους λειτουργικής ανεπάρκειας και περιορισμών των δραστηριοτήτων στο άτομο. Συνήθως αφορά διαταραχές σε ατομικό επίπεδο. (WHO, 1980; Hebert, 1997).

Υπό αυτό το πρίσμα η λειτουργική αυτονομία ερμηνεύεται από δυο διαστάσεις. Σε προσωπικό επίπεδο η αυτονομία διακυβεύεται από την αναπηρία η οποία απορρέει από τη βλάβη που έχει υποστεί ένας ήδη εξασθενημένος άνθρωπος, εξαιτίας των επιβλαβών επιδράσεων που προκύπτουν από τις βιολογικές και ψυχολογικές διαστάσεις της γήρανσης. Σε κοινωνικό επίπεδο, η αυτονομία επηρεάζεται από το μειονέκτημα που προκύπτει εξαιτίας της βλάβης, το οποίο βασίζεται στην ισορροπία ανάμεσα στη σωματική και πνευματική αναπηρία του ατόμου και στις υλικές και κοινωνικές παροχές που είναι διαθέσιμες από το σύστημα για την αντιστάθμιση των προβλημάτων που προκύπτουν εξαιτίας της αναπηρίας. Ο βαθμός των κοινωνικών παροχών που δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να ζει ανεξάρτητο στο περιβάλλον του καθορίζουν και τον βαθμό αυτονομίας του (Hebert, 1997).

3.1.3 Εννοιολογική προσέγγιση λειτουργικής ανικανότητας σύμφωνα με το μοντέλο του Nagi

Σύμφωνα με την εννοιολογική προσέγγιση του κοινωνιολόγου Nagi, (Verbrugge & Jette, 1994), η λειτουργικότητα αποτελείται από τέσσερις παράγοντες: ενεργή παθολογική κατάσταση, βλάβη, λειτουργικός περιορισμός και ανικανότητα. Η προσέγγιση του συγκεκριμένου μοντέλου αναλύεται ως εξής: μια ενεργός παθολογική κατάσταση η οποία οφείλεται σε κάποια δυσλειτουργία στη φυσιολογική πορεία του οργανισμού και η οποία οδηγεί σε μια κατάσταση βλάβης. Η βλάβη αναφέρεται σε κάθε ανατομική, φυσιολογική ή ψυχική δυσλειτουργία ή απώλεια. Η βλάβη με τη σειρά της οδηγεί σε λειτουργικό περιορισμό σε επίπεδο ολόκληρου του οργανισμού. Συνεπώς η ανικανότητα που προκύπτει εξαιτίας του ολοκληρωτικού λειτουργικού περιορισμού οδηγεί σε περιορισμό στην εκτέλεση κοινωνικά καθορισμένων ρόλων και καθηκόντων στο πλαίσιο ενός κοινωνικοπολιτιστικού και φυσικού περιβάλλοντος (Verbrugge & Jette, 1994).

Υπό το πρίσμα των δυο προαναφερθέντων εννοιολογικών σχημάτων, η λειτουργική ανικανότητα προσδιορίζεται και καθορίζεται μέσα από ένα μονοπάτι παθολογικών καταστάσεων, με τη συνέργεια κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων, οι οποίες επηρεάζουν ποικίλες διαστάσεις της λειτουργικότητας.

3.1.4 Το μοντέλο εγκατάστασης ανικανότητας (the disablement process)

Πέρα από τις δυο προαναφερθείσες εννοιολογικές προσεγγίσεις της λειτουργικής αυτονομίας το 1994 έγινε μια προσπάθεια εννοιολογικής προσέγγισης της εγκατάστασης της ανικανότητας από τους Verbrugge και Jette. Σύμφωνα με το μοντέλο εγκατάστασης της ανικανότητας (disablement process), γίνεται μια προσπάθεια προσδιορισμού της ανικανότητας λαμβάνοντας υπόψη προδιαθεσικούς και συντελεστικούς παράγοντες οι οποίοι είτε επιταχύνουν είτε καθυστερούν τη διαδικασία εξέλιξης της ανικανότητας. Συνεπώς, η ανικανότητα προκύπτει όταν ασθένειες και χρόνιες καταστάσεις δια μέσου δυσλειτουργικών και λειτουργικών περιορισμών οδηγούν σε περιορισμό στην ικανότητα εκτέλεσης βασικών κοινωνικών ρόλων (Verbrugge & Jette, 1994). Ως εκ τούτου, ως ανικανότητα ορίζεται ο βαθμός δυσκολίας ή αδυναμίας στην ανεξάρτητη εκτέλεση βασικών δραστηριοτήτων

καθημερινότητας (ADL) ή άλλων λειτουργιών αναγκαίων για την ανεξάρτητη διαβίωση (Mendez et al., 2001). Ο όρος ανικανότητα (disablement), είναι γενικός και καλύπτει όλες της συνέπειες της παθολογίας που αφορούν τη λειτουργικότητα. Ο όρος διαδικασία (process), αναφέρεται στη δυναμικότητα της ανικανότητας. Η διαδικασία εγκατάστασης της ανικανότητας αναφέρεται σε ένα κοινωνικό ιατρικό μοντέλο το οποίο δίνει βαρύτητα τόσο στις ιατρικές όσο και στις κοινωνικές πτυχές της ανικανότητας (Verbrugge & Jette, 1994).

3.1.4.α Η διαδικασία εγκατάστασης της ανικανότητας

Σύμφωνα με τους Verbugge και Jette 1994, η διαδικασία εγκατάστασης της ανικανότητας έχει την εξής δομή: παθολογικές καταστάσεις, οξείες ή χρόνιες, οι οποίες αναφέρονται σε προοδευτικές ασθένειες, τραυματισμούς με μακροχρόνιες συνέπειες και παθοφυσιολογικές καταστάσεις με αρνητικές εκβάσεις για την υγεία οδηγούν σε μια κατάσταση βλάβης (impairment). Η βλάβη αναφέρεται σε δυσλειτουργία και σημαντική δομική ανωμαλία σε συγκεκριμένα συστήματα του σώματος (πχ μυοσκελετικό,καρδειαγγειακό, νευρολογικό κτλ.). Η βλάβη με τη σειρά της έχει συνέπειες στη φυσική, ψυχική και κοινωνική λειτουργικότητα, δημιουργώντας σημαντικούς λειτουργικούς περιορισμούς. Οι λειτουργικοί περιορισμοί αναφέρονται σε δυσκολία εκτέλεσης βασικών σωματικών και ψυχικών δράσεων καθημερινότητας. Οι σωματικές δράσεις αφορούν καταστάσεις κινητικότητας (πχ βάδιση, ανέβασμα σκαλοπατιών), δύναμης (πχ σήκωμα αντικειμένων), προβλημάτων όρασης ακοής και επικοινωνίας (πχ διάβασμα, συνομιλίες). Οι ψυχικές δράσεις, αφορούν καταστάσεις γνωστικής και συναισθηματικής λειτουργίας (πχ βραχυπρόθεσμη μνήμη, ικανότητα λόγου, εγρήγορση στις καθημερινές λειτουργίες και προσανατολισμός σε τόπο χρόνο και πρόσωπα). Συνεπώς οι λειτουργικοί περιορισμοί που προκύπτουν από αυτή τη διαδικασία οδηγούν στην ανικανότητα. Ως ανικανότητα προσδιορίζεται η δυσκολία εκτέλεσης δραστηριοτήτων της καθημερινότητας όπως εργασία, διαχείριση νοικοκυριού, προσωπικής φροντίδας, κοινωνικοποίησης, διαχείρισης εκτελεστικών λειτουργιών, όπως χρήση τηλεφώνου, διαχείριση αγορών κ.α. (Verbugge & Jette, 1994).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθούμε στη διαχωριστική γραμμή ανάμεσα στους λειτουργικούς περιορισμούς και την ανικανότητα. Σύμφωνα με τους Verbugge και Jette 1994, οι λειτουργικοί περιορισμοί απευθύνονται στην ικανότητα του ατόμου χωρίς αναφορά σε συγκεκριμένες απαιτήσεις και ενέργειες, ενώ η ανικανότητα είναι μια κοινωνική διεργασία, η οποία προσδιορίζει το μοντέλο συμπεριφοράς του ατόμου το οποίο προκύπτει από την απώλεια ή τη μείωση της ικανότητας να εκτελέσει και να ανταποκριθεί σε συγκεκριμένους κοινωνικούς ρόλους και δραστηριότητες, εξαιτίας μιας χρόνιας ασθένειας ή βλάβης. Η ανικανότητα αναφέρεται στην έκφραση του λειτουργικού περιορισμού στο κοινωνικό πλαίσιο, είναι, δηλαδή, ένα μοντέλο συμπεριφοράς το οποίο αναπτύσσεται σε καταστάσεις συνεχιζόμενης βλάβης οι οποίες προκαλούν λειτουργικούς περιορισμούς (Verbugge & Jette ,1994).

3.1.4b Ορισμός λειτουργικής ανικανότητας σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας

Το 2001, στον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, έγινε μια πιο εμπεριστατωμένη προσέγγιση ταξινόμησης των παραγόντων που εμπλέκονται στη διαδικασία της λειτουργικής ανικανότητας. Τα συστατικά της λειτουργικότητας (Functioning) και της αναπηρίας (Disability) περιγράφονται σε δυο βασικές κατηγορίες: 1α) Σωματικές λειτουργίες και δομές (Body Functions and Structures), 1β) Δραστηριότητες και συμμετοχή (Activities and participation) και 2) Περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες (Environmental and Personal Factors). Οι έννοιες της λειτουργικότητας και της ανικανότητας αναφέρονται ως μια δυναμική, αλληλεπιδρόμενη και εξελίξιμη διαδικασία, ανάμεσα στο άτομο με κάποια συγκεκριμένη κατάσταση υγείας και σε συναφείς περιβαλλοντικούς και ατομικούς παράγοντες. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ταξινόμηση Λειτουργικότητας (ICF-International Classification of Functioning) ο όρος λειτουργικότητα αναφέρεται σε όλες τις λειτουργίες του οργανισμού, τις εκτελεστικές δραστηριότητες καθώς και τις πτυχές της κοινωνικής λειτουργικότητας, με θετικούς όρους, ενώ ο όρος ανικανότητα αναφέρεται στη βλάβη (impairment) και στον περιορισμό λειτουργικών και κοινωνικών δραστηριοτήτων με αρνητικούς όρους (WHO, 2001).

Η νεότερη αυτή προσέγγιση της αναπηρίας και της λειτουργικότητας, δεν περιγράφει τη διαδικασία εγκατάστασης της δυσλειτουργίας. Παρέχει, όμως, μια πολύπλευρη προσέγγιση στην ταξινόμηση της λειτουργικότητας και της αναπηρίας ως μια διαδικασία διαδραστική και συνεχώς εξελικτική. Σύμφωνα με αυτή την άποψη η λειτουργικότητα ενός ατόμου είναι μια δυναμική αλληλεπίδραση και μια περίπλοκη σχέση ανάμεσα σε ένα θέμα υγείας και σε περιβαλλοντικούς ή ατομικούς παράγοντες. Οι περιβαλλοντικοί και οι ατομικοί παράγοντες καθορίζουν το επίπεδο και την έκταση της λειτουργικότητας ή της δυσλειτουργίας, μπορούν να έχουν είτε θετική είτε αρνητική επίδραση στην επίτευξη του ατόμου ως μέλους του κοινωνικού συνόλου, στην ικανότητα του ατόμου να εκτελέσει κάποιες λειτουργίες ή στην οργανική δομή ή λειτουργία του ατόμου. Για παράδειγμα ένας ασθενής μπορεί να έχει κάποια οργανική βλάβη όπως καρκίνο αλλά να μην έχει ανικανότητα στη λειτουργικότητα. Σε ένα δεύτερο παράδειγμα, ένας ασθενής μπορεί να έχει κινητικές δυσκολίες όμως στην καθημερινότητά του να μην έχει προβλήματα στην εκτέλεση των καθημερινών ρόλων γιατί κινείται με τη βοήθεια της τεχνολογίας, όπως κάποιο αναπηρικό ηλεκτρονικό αμαξίδιο που του παρέχει η κοινωνική ή ιδιωτική του ασφάλιση, είτε αν δεν υπάρχει ασφάλιση, το αγοράζει ο ίδιος (WHO, 2001).

3.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΌΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΉΣ ΑΝΙΚΑΝΌΤΗΤΑΣ

Η επίπτωση της λειτουργικής ικανότητας συνδέεται άμεσα με την αύξηση της ηλικίας. Ο επιπολασμός της λειτουργικής ανικανότητας στην Ευρώπη κυμαίνεται σε ποσοστά 5% έως 20% σε ηλικίες 65-75 ετών και σε ποσοστά 15%-35% σε ηλικίες άνω των 75 ετών. Στις υπόλοιπες ηπείρους ο επιπολασμός της λειτουργικής ανικανότητας κυμαίνεται σε ποσοστά 20%-60% σε ηλικίες 65-75 ετών και σε ποσοστά 38%-80% σε ηλικίες άνω των 75 ετών (WHO, 2015).

Στον πληθυσμό της μελέτης SHARE το 30% των αντρών και το 25% των γυναικών αναφέρουν περιορισμό στις δραστηριότητες καθημερινότητας (ADL), ενώ το 43,8% των αντρών και το 50% των γυναικών αναφέρουν περιορισμό στις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες (IADL) (Börsch-Supan 2005). Σε μελέτη η οποία συμπεριέλαβε δεδομένα από 3 διεθνείς μελέτες (HRS στην Αμερική, ELSA στην Αγγλία και SHARE στην Ευρώπη), φάνηκε πως το επίπεδο της ανικανότητας είναι

υψηλό και στις 3 μελέτες αν και υπήρχαν διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών. Στην Αμερική τα επίπεδα ανικανότητας ήταν μεγαλύτερα και ακολουθούσαν η Ανατολική Ευρώπη και η Αγγλία, ενώ τα χαμηλότερα επίπεδα φάνηκε να βρίσκονται στην Βόρεια και Δυτική Ευρώπη (Wahrendorf et al., 2013). Σε ισπανική μελέτη με δείγμα από τη μελέτη SHARE το ποσοστό των αντρών με λειτουργική ανικανότητα ήταν 27,6% και των γυναικών 19,3% (Rodriquez Lopez, et al., 2014)

Οι διαφορές στη διακύμανση του επιπολασμού της λειτουργικότητας ανάμεσα στα κράτη ενδέχεται να οφείλονται αρχικά σε μεθοδολογικές διαφορές προσδιορισμού της λειτουργικότητας στην κάθε μελέτη. Πέραν των μεθοδολογικών διαφορών όμως αντανακλούν και το διαφορετικό επίπεδο οικονομίας του κάθε κράτους, βάσει του οποίου εξαρτάται το επίπεδο κοινωνικής πολιτικής και πρόνοιας όπως και το επίπεδο των παροχών υγείας προς τους πολίτες.

3.3 ΠΑΡΆΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΎΝΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΉΣ ΑΝΙΚΑΝΌΤΗΤΑΣ.

Υπάρχουν εκτεταμένες αναφορές για τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εγκατάσταση λειτουργικής ανικανότητας στους ηλικιωμένους. Οι παράγοντες κινδύνου λειτουργικής ανικανότητας θα μπορούσαν να διαχωριστούν ανάλογα με το αίτιο σε οργανικούς και κοινωνικοψυχολογικούς. Οι κυριότεροι, που αναφέρονται συχνά σε επιδημιολογικές μελέτες είναι: η συννοσηρότητα (με την έννοια της συσσώρευσης χρόνιων και οξέων αρνητικών καταστάσεων υγείας), ο τρόπος ζωής και οι συμπεριφορές υγείας (συμπεριλαμβανομένου του επιπέδου φυσικής δραστηριότητας), δημογραφικοί παράγοντες όπως το φύλο και η ηλικία, καθώς και η γνωστική έκπτωση και η κατάθλιψη (Stuck et al., 1999; Seeman & Xinguang, 2002; Seeman et al., 1996; Jenkins, 2004).

Αναλυτικότερα, οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα περιγράφονται παρακάτω:

α) Συννοσηρότητα

Διεθνείς έρευνες αποδεικνύουν πως η συσσώρευση ιατρικών προβλημάτων είναι ο κύριος προγνωστικός δείκτης για κακή λειτουργικότητα. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται επίσης πως αρκεί η παρουσία μιας μόνο νόσου για να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου λειτουργικής ανικανότητας. Οι πιο συνήθεις ασθένειες που

μπορούν να οδηγήσουν σε μειωμένη λειτουργική ικανότητα είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, τα καρδιαγγειακά προβλήματα, τα αρθριτικά, η οστεοπόρωση και ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος. ο αυξημένος δείκτης μάζας σώματος επιδρά έμμεσα στη λειτουργία του οργανισμού καθώς αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης ασθενειών ή αυξάνει την επικινδυνότητα ήδη υπαρχουσών ασθενειών όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά προβλήματα. Επιπρόσθετα με τις προαναφερθείσες διαταραχές η άνοια φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της λειτουργικότητας, καθώς είναι μια προοδευτική νόσος του κεντρικού νευρικού συστήματος που κατ εξοχή προκαλεί σημαντική επιβάρυνση στη λειτουργική ικανότητα από τα αρχικά της στάδια. Πέρα από την άνοια όμως, φαίνεται στη βιβλιογραφία πως και οι διαταραχές μνήμης ακόμα και σε στάδιο πριν από τη διάγνωση της άνοιας μπορούν να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου λειτουργικής ανικανότητας (Stuck et al., 1999; Hajek & Konig, 2016; Liu-Seifert et al., 2015)

Παράλληλα με τα οργανικά νοσήματα, προβλήματα ψυχολογικής φύσεως όπως η κατάθλιψη παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόγνωση της λειτουργικής ανικανότητας. Σε πολλές μελέτες έχει παρατηρηθεί πως η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένους δείκτες ανικανότητας τόσο σωματικής όσο και ψυχοκοινωνικής. Επιπλέον η κατάθλιψη μπορεί να οδηγήσει ακόμα και σε αρνητική έκβαση αποκατάστασης ασθενών μετά από επεισόδια αγγειακού εγκεφαλικού, εμφράγματος μυοκαρδίου, χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας και κατάγματος ισχίου. Η κατάθλιψη και η αλλαγή στη διάθεση φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την αδυναμία ανάκτησης πρότερων ρόλων και ικανοτήτων (Harris et al., 1998). Στους ηλικιωμένους ασθενείς με πρόσφατη διάγνωση μιας σωματικής νόσου και κατάθλιψης η μη αποκατάσταση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας οδηγεί σε δυσκολία αποκατάστασης της σωματικής ανικανότητας, ενώ η βελτίωση της κατάθλιψης, σχετίζεται άμεσα με τη βελτίωση της σωματικής ανικανότητας (Harris et al., 1998; Kivela et al., 2001; Bruce at el., 1994).

Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί πως η κατάθλιψη μπορεί έμμεσα να επηρεάσει τη σωματική λειτουργικότητα, καθώς φαίνεται ότι παίζει καθοριστικό ρόλο στην εγκατάσταση της γνωστικής δυσλειτουργικότητας κυρίως σε ασθενείς με προβλήματα στο κεντρικό νευρικό σύστημα (van Reekum et al., 2000).

β) Κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες

Στη βιβλιογραφία παρατηρείται πως οι κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντές έχουν υψηλούς συσχετισμούς με τη λειτουργική ικανότητα. Η αύξηση της ηλικίας παίζει πρωτεύοντα ρόλο, καθώς έχει παρατηρηθεί σε πληθώρα μελετών η συσχέτιση της αυξημένης ηλικίας με τη λειτουργική ανικανότητα, ακόμα και μετά από έλεγχο άλλων δημογραφικών παραγόντων, όπως το μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα κτλ. Επιπλέον, το φύλο φαίνεται να συσχετίζεται θετικά με την αύξηση της λειτουργικότητας, με περισσότερο αυξημένα ποσοστά στις γυναίκες. Σαφώς ο μεγαλύτερος επιπολασμός στο γυναικείο φύλο αποδίδεται και στο γεγονός ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής και συνεπώς μεγαλύτερη πιθανότητα να αναπτύξουν λειτουργική ανικανότητα με την αύξηση της ηλικίας. Σε αρκετές μελέτες επίσης, έχει διαπιστωθεί πως το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο και το χαμηλό οικονομικό επίπεδο σχετίζεται με τη χαμηλή λειτουργική ικανότητα (Stuck et al., 1999; Rodriquez Lopez et al., 2014; Rodriquez et al., 2009; Reinhardt et al., 2012).

γ) Τρόπος ζωής

Οι συνήθειες του τρόπου ζωής συσχετίζονται πολύ συχνά με αρνητικές εκβάσεις υγείας στη διεθνή βιβλιογραφία. Τα χαμηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας, συνδέονται άμεσα με περιορισμένη λειτουργικότητα. Σε μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται πως δραστηριότητες τόσο μέτριας όσο και έντονης φυσικής άσκησης σχετίζονται με διατήρηση καλών επιπέδων λειτουργικής ικανότητας. Επιπλέον παράγοντες αρνητικού τρόπου ζωής όπως η μέτρια και η έντονη κατάχρηση αλκοόλ, η κακή διατροφή συνδεόμενη και με υψηλό δείκτη μάζας σώματος το κάπνισμα και οι συνήθειες καθιστικής ζωής συνδέονται με αρνητικές επιπτώσεις στη λειτουργικότητα (Stuck et al., 1999; Jenkins, 2004; Hajek & Konig, 2016).

3.4 ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΉ ΑΝΙΚΑΝΌΤΗΤΑ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΈΣ ΣΧΈΣΕΙΣ

Οι κοινωνικές παράμετροι και οι κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί με την έννοια της κοινωνικής δικτύωσης και υποστήριξης και οικογενειακής υποστήριξης καθώς και πλευρές οικογενειακής δικτύωσης όπως συχνότητα επαφών και

οικογενειακοί δεσμοί αφορούν παράγοντες που έχουν πλεονεκτική επίδραση στη διατήρηση ή βελτίωση της λειτουργικής ανικανότητας. Σημαντικά πλεονεκτικά αποτελέσματα για την εξέλιξη της λειτουργικότητας προέκυψαν από την οκτάχρονη προοπτική μελέτη των Mendes και συνεργατών. Από τη συγκεκριμένη μελέτη προέκυψε πως οι κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί συνδέονταν με μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης λειτουργικής ανικανότητας καθώς και σημαντική αύξηση πιθανότητας ανάκαμψης. Επιπρόσθετα, δίκτυα με κοινωνική και οικογενειακή σύνθεση σχετιζόντουσαν σημαντικά με μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας (Mendes de Leon, et al., 1999; Unger et al.,1999, Stuck et al., 1999; Lang et al., 2008; Pope, 2001; Rosso et al., 2013; Mendes de Leon et al., 2001).

Οι ίδιοι ερευνητές παρουσίασαν παρόμοια αποτελέσματα σε μια άλλη προοπτική μελέτη κατά την οποία το μέγεθος του δικτύου και η αλληλεπίδραση φάνηκε να σχετίζεται με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας. Στη συγκεκριμένη μελέτη αν και οι κοινωνικοί δεσμοί παρουσίαζαν μειωμένη πιθανότητα εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας, η αλληλεπίδραση με το οικογενειακό δικτυού δεν φάνηκε να αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα λειτουργικής ανικανότητας (Mendes de Leon et al., 2001). Σε δυο ακόμα μελέτες οι οποίες διεξήχθησαν στην Ευρώπη προέκυψε πως η έντονη αλληλεπίδραση των δικτύων μπορεί να προβλέψει διατήρηση της λειτουργικότητας (Avlund et al., 2004; Zunzunegui et al., 2005). Με παρόμοιο τρόπο σε μια συγχρονική μελέτη αποδείχθηκε πως η συχνότητα των επαφών είχε άμεση συσχέτιση με την υγεία του ατόμου συμπεριλαμβανομένης και της λειτουργικής ανικανότητας (Rico-Uribe et al., 2015). Η σημαντικότητα των οικογενειακών δεσμών υπογραμμίζεται και στη μελέτη των Stoeckel και Litwin, όπου αναφέρεται πως άτομα χωρίς ουσιαστικές σχέσεις παρουσίαζαν έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία και λειτουργική ανικανότητα (Stoeckel & Litwin, 2016).

Επιπρόσθετα και σε άλλες προοπτικές μελέτες έχει φανεί πως οι κοινωνικοί και οικογενειακοί δεσμοί και η συναισθηματική υποστήριξη έχουν θετικά αποτελέσματα αναφορικά με τη λειτουργικότητα, καθώς παρατηρήθηκε μικρότερη πιθανότητα έναρξης ανικανότητας στον πληθυσμό των ερευνών τους. Στη μελέτη των Seeman και συνεργατών το 1996 προέκυψε πως οι στενοί δεσμοί με συγγενείς και

φίλους σχετίζονται με μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας αναφορικά με το γυναικείο φύλο (Seeman et al., 1995; Seeman et al., 1996; Unger et al., 1999).

Επιπλέον, σε πολλές μελέτες, στις οποίες η οικογενειακή υποστήριξη περιγράφεται με όρους συχνότητας επαφών και οικογενειακών δεσμών, φαίνεται πως υπάρχει συσχέτιση με προδιάθεση λειτουργικής ανικανότητας. Σε μια προοπτική μελέτη που έλαβε χώρα σε τρεις Ευρωπαϊκές χώρες (Φιλανδία, Ολλανδία και Ισπανία), φάνηκε πως οι οικογενειακοί δεσμοί παρέχουν ένα προστατευτικό ρόλο στην εμφάνιση λειτουργικής ανικανότητας (Zunzunequi et al., 2005).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας άλλης συγχρονικής μελέτης τριών Ευρωπαϊκών χωρών (Φιλανδία, Πολωνία και Ισπανία), η συχνότητα των οικογενειακών επαφών, φάνηκε να έχει άμεση συσχέτιση με τη λειτουργική ανικανότητα (Rico-Uribe et al., 2015). Σε παρόμοια αποτελέσματα, καταλήγουν και άλλοι ερευνητές, στη διεθνή βιβλιογραφία. Η παρουσία κοινωνικών και οικογενειακών δικτύων φαίνεται να είναι σημαντικός προγνωστικός παράγοντας καλής λειτουργικής ικανότητας (Avlund et al., 2004; Mendes de Leon et al., 1999; Unger et al., 1999; Stuck et al., 1999; Mendes de Leon et al., 2001).

Συνεπώς τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα φαίνεται να παρουσιάζουν άμεση συσχέτιση με τη λειτουργικότητα των ατόμων, δρώντας κατεξοχήν ως προστατευτικοί παράγοντες. Ως μοντέλα συμπεριφοράς και πηγές συμπεριφοράς των πληροφοριών και των πολιτιστικών κανόνων, οι κοινωνικοί δεσμοί έχουν αποδειχθεί ότι επηρεάζουν τόσο την πιθανότητα υιοθέτησης συγκεκριμένων συμπεριφορών όσο και την πιθανότητα αλλαγής συμπεριφοράς (Seeman, 2000).

Οι μηχανισμοί μέσω των οποίων τα κοινωνικά δίκτυα δρουν προστατευτικά, φαίνεται πως προκύπτουν από πολλές διεργασίες: Διευκολύνεται η πρόσβαση στην ενημέρωση αναφορικά με τις καλές πρακτικές υγείας, καθώς μέσα από τους κοινωνικούς δεσμούς ενθαρρύνονται οι άνθρωποι να έχουν πρόσβαση στο σύστημα υγείας. Ενθαρρύνεται η υιοθέτηση υγιεινών συμπεριφορών υγείας όπως διατήρηση καλής φυσικής κατάστασης και αποφυγή βλαβερών συνηθειών όπως το αλκοόλ και το κάπνισμα. Επιπλέον, η συναισθηματική υποστήριξη που συνήθως παρέχεται από τον οικογενειακό περίγυρο, συμβάλλει στην αντιμετώπιση του χρόνιου στρες και των δύσκολων καταστάσεων της ζωής, και βελτιώνει τα συναισθήματα αυτοεκτίμησης

και αυτοελέγχου του ατόμου όπως και το συναίσθημα του «ανήκειν» σε μια ομάδα. Πιο συγκεκριμένα, οι θετικές ψυχολογικές επιδράσεις που παρέχονται από την κοινωνική σύνδεση είναι προσδιοριστές υγείας, καθώς η δομή και τα χαρακτηριστικά του δικτύου έχουν ανάλογη επίδραση στην υγεία του ατόμου. Τέτοιες αντιλήψεις και ευεργετικές ψυχολογικές επιδράσεις μπορεί να έχουν επιπλέον οφέλη για την υγεία μέσω φυσιολογικών μηχανισμών και να έχουν άμεση θετική επιρροή στο νευροενδοκρινικό και ανοσοποιητικό σύστημα. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται ότι η παρουσία θετικών και υποστηρικτικών σχέσεων σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα καρδιαγγειακής και νευροενδοκρινικής ενεργοποίησης, χαμηλότερα επίπεδα καρδιακής και συστολικής πίεσης, χαμηλότερα επίπεδα χοληστερίνης, ουρικού οξέος και κορτιζόλης (Mendez de Leon 2001; Unger et al., 1999; Seeman et al., 1996; Seeman, 2000).

Μια άλλη έννοια των οικογενειακών δεσμών διατυπώνεται μέσα από την κατάσταση συμβίωσης. Σε κάποιες μελέτες αναφέρεται πως η κατάσταση συμβίωσης επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Άτομα που ήταν ανύπαντρα, είτε ζούσαν μόνα τους, είτε με παιδιά αλλά χωρίς σύζυγο, είτε ζούσαν με άλλους συγγενείς είχαν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν λειτουργική ανικανότητα (Lund et al., 2010; Michael et al., 2001; Nilsson et al., 2008; Nilsson et al., 2011; Saito et al., 2014; Saito et al., 2017; Spalter et al., 2013; Wang et al., 2009; Wang et al., 2013).

Γίνεται κατανοητό, πως η κατάσταση συμβίωσης και η συγκατοίκηση μπορεί να έχει πολλαπλά θετικά οφέλη στην υγεία του ατόμου γενικότερα και στη λειτουργικότητα ειδικότερα. Μέσα από τη συγκατοίκηση παρέχεται στο άτομο διαθεσιμότητα υποστήριξης τόσο υλικής όσο και συναισθηματικής. Το άτομο ενθαρρύνεται σε επιλογές πιο υγιεινού τρόπου ζωής, καθώς σε πολλές μελέτες αναφέρεται πως τα άτομα τα οποία ζουν μέσα σε γάμο έχουν λιγότερες αρνητικές συνήθειες όπως είναι η κατανάλωση αλκοόλ, το κάπνισμα, η κατάχρηση ουσιών καθώς και άλλες αρνητικές συνήθειες ζωής. Επιπλέον, έχει φανεί πως η κατάσταση συμβίωσης ενθαρρύνει τα άτομα σε πρακτικές οικονομικότερης κατανάλωσης αγαθών (Lund et al., 2002; Waldron et al., 1996).

Οι ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί μπορεί να αποτελούν έναν σημαντικό παράγοντα προαγωγής υγείας για τους ηλικιωμένους αφού προάγουν συναισθηματική οικονομική και πρακτική υποστήριξη η οποία οδηγεί σε πολλαπλά θετικά

αποτελέσματα υγείας (Mair, 2013). Αν και οι κοινωνικοί δεσμοί δεν μεταφράζονται πάντοτε σε προσδιοριστές που προάγουν την υγεία, η απλή και μόνο ύπαρξη των δεσμών, αποτελεί ένα σημαντικό πρώτο δείκτη υγείας. Οι γάμοι, η συγκατοίκηση και οι διαγενεακές σχέσεις με γηράσκοντες γονείς αποτελούν τις πιο κοινές μορφές δεσμών που διατίθενται στους ηλικιωμένους. Οι οικογενειακοί δεσμοί, αναλόγως με τη μορφή και τη δομή τους μπορεί να είναι και περίπλοκοι, αλλά η ύπαρξή τους συνεισφέρει στο δυναμικό βελτίωσης της υγείας των ατόμων. Για τους ηλικιωμένους ενήλικες που έχουν γονείς εν ζωή, η συνεπής θετική επαφή μπορεί να αποτελέσει ευκαιρία για την ενίσχυση της αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών και επομένως για την προώθηση της ευημερίας. Έχει παρατηρηθεί πως η παροχή φροντίδας προς το μέλος ή τα μέλη της οικογένειας, ως αποτέλεσμα των καλών οικογενειακών δεσμών, έχει σαν συνέπεια θετικές επιδράσεις στα άτομα, οι οποίες συμβάλλουν στη βελτίωση στην ικανότητα αντιμετώπισης προβλημάτων, στην αυτογνωσία και στην αίσθηση επάρκειας (Silvestrein & Giarrusso, 2010). Επιπλέον, η παρουσία των παιδιών αποτελεί άλλον ένα δείκτη πηγής υποστήριξης των γενεών, αν και έχει παρατηρηθεί στις ευρωπαϊκές οικογένειες οι ηλικιωμένοι γονείς να προσφέρουν περισσότερη βοήθεια στα παιδιά τους από αυτή που λαμβάνουν. Börsch-Supan et al., 2008),

Συνεπώς στη διαδικασία εγκατάστασης της ανικανότητας συμβάλουν διάφοροι βιολογικοί και κοινωνικοί παράγοντες κάνοντας έτσι ενδιαφέρον το ερώτημα ποιοι παράγοντες έχουν μεγαλύτερη επίπτωση στη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων.

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 ΣΚΟΠΌΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΎΣΑΣ ΜΕΛΈΤΗΣ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΆ ΕΡΩΤΉΜΑΤΑ

Σκοπός: η εκτίμηση της λειτουργικής ανικανότητας στις ηλικίες άνω των 50, στο ευρωπαϊκό δείγμα της μελέτης «Η Έρευνα για την Υγεία, τη γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (μελέτη SHARE).

Ερευνητικό ερώτημα: αν η λειτουργική ανικανότητα χαρακτηρίζεται πάντα από συσσώρευση πολλών σωματικών ή ψυχικών προβλημάτων υγείας, ή η εμφάνισή της είναι το αποτέλεσμα της παρουσίας ανεξάρτητων ψυχοκοινωνικών παραμέτρων.

Επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιος είναι ο επιπολασμός της λειτουργικής ανικανότητας στο ευρωπαϊκό δείγμα της μελέτης;
- Ποια είναι η σχέση ανάμεσα στη λειτουργική ανικανότητα και σε κοινωνικοδημογραφικά και ιατρικά χαρακτηριστικά και τους οικογενειακούς δεσμούς.;
- Ποιοι είναι οι παράγοντες κινδύνου που δημιουργούν λειτουργική ανικανότητα εξαιτίας κοινωνικών μεταβλητών;
- Η επιβάρυνση της λειτουργικής ανικανότητας εξαιτίας κοινωνικών μεταβλητών είναι μεγαλύτερη, από την επιβάρυνση εξαιτίας άλλων μεταβλητών;
- Υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες σε σχέση με τους οικογενειακούς δεσμούς και τη λειτουργική ικανότητα;

4.2 ΣΧΕΔΙΑΣΜΌΣ ΜΕΛΈΤΗΣ

Τα δεδομένα της παρούσας διατριβής αντλήθηκαν από το δεύτερο κύμα (wave 2) της διεθνούς διακρατικής μελέτης για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE». Πρόκειται για μια προοπτική διακρατική μελέτη εκτεταμένης και συγκριτικής διερεύνησης ιατρικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων σε

άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών από 15 Ευρωπαϊκές χώρες. Η μελέτη αυτή συντονίζεται από το ερευνητικό τμήμα του Πανεπιστημίου του Μανχάιμ (Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (Germany) (Borsch-Supan et al., 2005). Πρόκειται για μια ισορροπημένη αντιπροσώπευση διαφόρων περιοχών της Ευρώπης, από τη Σκανδιναβία (Δανία και Σουηδία) την Κεντρική Ευρώπη (Αυστρία, Γαλλία, Γερμανία, Ελβετία, Βέλγιο και Ολλανδία) μέχρι τη Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία και Ελλάδα). Τα δεδομένα της αφορούν στοιχεία υγείας, κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου, κοινωνικής και οικογενειακής δικτύωσης για περισσότερα από 40.000 άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω. Κατά την διεξαγωγή του πρώτου κύματος της έρευνας (wave 1), το 2004, συλλέχθηκαν δεδομένα από έντεκα χώρες. Επιπρόσθετα δεδομένα έχουν συλλεχθεί το 2005-06 και στο Ισραήλ. Δύο «νέα» κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης – η Τσεχία και η Πολωνία – όπως και η Ιρλανδία εισήλθαν στη SHARE το 2006 και συμμετείχαν στη συλλογή δεδομένων του δεύτερου κύματος (wave 2) το 2006-07. Για το τρίτο κύμα συλλογής στοιχείων της έρευνας με τίτλο SHARELIFE, συλλέχθηκαν λεπτομερείς αναδρομικές διαδρομές-ζωής σε δεκαέξι χώρες το 2008-09, με την προσθήκη της Σλοβενίας ως νέο μέλος.

Η συλλογή δεδομένων στη μελέτη SHARE βασίστηκε κατά κύριο λόγο στη χρηματοδότηση της Ευρωπαϊκής Επιτροπής διαμέσου προγραμμάτων πλαισίου (5ο και 6ο προγραμματικό πλαίσιο) και στην άντληση συμπληρωματικών πόρων του Εθνικού Ινστιτούτου για τη Γήρανση των ΗΠΑ (National Institute on Aging-NIA) καθώς και εθνικών πόρων στις διαφορετικές χώρες (Αυστρία, Βέλγιο, Ελβετία).

4.3 ΜΈΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΉΣ ΔΕΔΟΜΈΝΩΝ

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων που χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη SHARE είναι η προσωπική συνέντευξη με ερωτηματολόγιο. Το βασικό ερωτηματολόγιο της μελέτης SHARE αποτελείται από 21 ευδιάκριτες ενότητες και διενεργήθηκε από εκπαιδευμένο προσωπικό υποβοηθούμενο με ηλεκτρονικό υπολογιστή (CAPI: Computer Aided Personal Interview) (Borsch-Supan et al., 2005). Επιπλέον χρησιμοποιήθηκε συμπληρωματικό αυτό-συμπληρούμενο ερωτηματολόγιο (drop-off-vignettes), το οποίο περιλαμβάνει υποκειμενικές απάντησεις σε τομείς κοινωνικής και

ψυχολογικής κατάστασης και ικανοποίησης - προσδοκιών σε διάφορα επίπεδα της ζωής (drop-off).

4.4 ΠΛΗΘΥΣΜΌΣ ΜΕΛΈΤΗΣ ΚΑΙ ΚΡΙΤΉΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΉΣ ΑΠΟΚΛΕΙΣΜΟΎ

Ο πληθυσμός-στόχος αυτής της έρευνας επιλέχθηκε τυχαία ώστε να είναι αντιπροσωπευτικός του Ευρωπαϊκού πληθυσμού ηλικίας 50 ετών και άνω. Αποτελείται από όλα τα άτομα που ζούσαν σε οικιακά νοικοκυριά ηλικίας 50 ετών και άνω ομιλούντα την επίσημη γλώσσα της χώρας. Οι διευθύνσεις των ατόμων που συμμετείχαν στο πρώτο κύμα της μελέτης διατηρηθήκαν ώστε να καταστεί εφικτή η διαχρονική παρακολούθηση του ίδιου πληθυσμού. Από τη συγκεκριμένη μελέτη αποκλείστηκαν άτομα που δεν κατοικούσαν στη διεύθυνση του δείγματος κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης, απεβίωσαν πριν την έναρξη της έρευνας πεδίου, ήταν σωματικά ή νοητικά ανίκανα να συμμετέχουν στη μελέτη ή δε μιλούσαν την επίσημη γλώσσα της χώρας.

Η επιλογή δείγματος βασίστηκε στην τυχαία επιλογή νοικοκυριού. Λόγω διαφορετικών θεσμικών ρυθμίσεων στις συμμετέχουσες χώρες, Η δειγματοληψία προήλθε είτε από απλή τυχαία διαστρωματική επιλογή από το εθνικό μητρώο πληθυσμού στα νοικοκυριά της Δανίας και της Σουηδίας, είτε διαστρωμάτωση με βάση τα διαθέσιμα εθνικά μητρώα στα νοικοκυριά της Γερμανίας, της Ιταλίας, της Ισπανίας, της Γαλλίας και της Ολλανδίας, ή από τηλεφωνικούς καταλόγους στα νοικοκυριά της Ελλάδας, της Αυστρίας και της Ελβετίας. Ο πληθυσμός δείγματος στο δεύτερο κύμα ήταν 34415 άτομα, συμπεριλαμβανόμενων 18742 ατόμων που παρέμειναν από το πρώτο κύμα Ο συνολικός σταθμισμένος μέσος όρος ανταπόκρισης στο δεύτερο κύμα ήταν 54%. (Bo¨rsch-Supan et al., 2013)

Το δείγμα της παρούσας μελέτης αντλήθηκε από το δεύτερο κύμα της μελέτης SHARE. Για τις ανάγκες της ανάλυσης, καθώς η παρούσα μελέτη επικεντρώνεται αποκλειστικά στις οικογενειακές σχέσεις, πραγματοποιήθηκαν οι παρακάτω αποκλεισμοί:

α) περιορισμός σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω που είχαν αποκλειστικά έστω και ένα παιδί.

β) άτομα με άνοια.

Με βάση τα παραπάνω η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 13974 άτομα.

4.5 ΕΡΓΑΛΕΊΑ ΚΑΙ ΔΕΊΚΤΕΣ ΜΈΤΡΗΣΗΣ

α) Λειτουργική ικανότητα

Η λειτουργική ικανότητα προσδιορίστηκε και αναλύθηκε μέσα από την άθροιση τριών σταθμισμένων αυτοαναφερόμενων μονάδων μέτρησης της λειτουργικότητας: 1) ερωτηματολόγιο κινητικότητας (mobility sensory functioning questions) (Nikolas et al., 2003), 2) Ερωτηματολόγιο δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Activities of Daily Living) (Nikolas et al., 2003), 3) ερωτηματολόγιο εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Instrumental Activities of Daily Living) (Nikolas et al., 2003). Στην ανάλυση της παρούσας μελέτης η λειτουργικότητα προσδιορίστηκε μέσω ενός σταθμισμένου δείκτη, ο οποίος προέκυψε από το άθροισμα των παραπάνω μονάδων μέτρησης της λειτουργικότητας. Μέσα από το άθροισμα προέκυψε μια κλίμακα διαβάθμισης από το 0 έως το 23. Το υψηλότερο αποτέλεσμα του σταθμισμένου δείκτη, ήταν ενδεικτικό περισσότερων διαταραχών στη λειτουργική ικανότητα.

β) Οικογενειακοί δεσμοί

Για τον καθορισμό των οικογενειακών δεσμών χρησιμοποιήθηκαν οι εξής μεταβλητές οικογενειακών χαρακτηριστικών: 1) οικογενειακή κατάσταση (μόνος ή με σύζυγο σύντροφο), 2) αριθμός παιδιών, 3) συχνότητα οικογενειακών επαφών τους τελευταίους 12 μήνες, 4) οικογενειακή χωρική εγγύτητα.

Η κατηγορία των οικογενειακών επαφών καθορίστηκε ως εξής: 1) μια φορά το μήνα ή λιγότερο, 2) μια με δυο φορές την εβδομάδα, 3) αρκετές φορές εβδομαδιαίως, 4) καθημερινά. Ο δείκτης της οικογενειακής εγγύτητας προσδιορίστηκε με βάση τη χωρική απόσταση του οικογενειακού δικτύου και καθορίστηκε ως εξής: χαμηλή οικογενειακή εγγύτητα ανάμεσα στα 100 έως 500 χιλιόμετρα, μέτρια οικογενειακή εγγύτητα ανάμεσα στα 25 έως 100 χιλιόμετρα, στενή οικογενειακή εγγύτητα ανάμεσα στα 5 έως 25 χιλιόμετρα και πολύ στενή οικογενειακή εγγύτητα (κατοικία στο ίδιο σπίτι ή κτίριο). Για τις ανάγκες της

ανάλυσης δημιουργήθηκε σταθμισμένος δείκτης από το άθροισμα των παραπάνω κατηγοριών. Το άθροισμα του δείκτη κυμαινόταν μεταξύ τιμών 0 έως 9, με τις υψηλότερες τιμές να αντιπροσωπεύουν υψηλότερα επίπεδα οικογενειακών δεσμών.

4.6 ΕΠΙΠΡΌΣΘΕΤΕΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΈΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΆ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΆ

Στην παρούσα μελέτη συμπεριλήφθηκαν επίσης κοινωνικοδημογραφικοί παράμετροι και παράμετροι υγείας. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά περιελάμβαναν το φύλο (άρρεν/θήλυ), την ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, βάσει του χρόνου παραμονής στο σχολείο (0-7 χρόνια, 8-12 και 13+) συμφώνα με τη Διεθνή Πρότυπη Ταξινόμηση της Εκπαίδευσης (International Standard Classification of Education ISCED), το καθεστώς συνταξιοδότησης, την ευρωπαϊκή περιοχή κατοικίας (βόρεια, νότια και κεντρική Ευρώπη) και το εισόδημα, το οποίο προσδιορίστηκε σύμφωνα με τα συγκεκριμένα τεταρτημόρια για κάθε χώρα (χαμηλό εισόδημα <25%, κανονικό εισόδημα μεταξύ 25% και 75%, και υψηλό εισόδημα >25%).

Η σωματική υγεία προσδιορίστηκε μέσα από τις εξής μεταβλητές: παρουσία χρόνιων καταστάσεων υγείας, παρουσία σωματικών συμπτωμάτων, υποκειμενική αντίληψη της υγείας και συμπτώματα κατάθλιψης.

Τα υπάρχοντα χρόνια νοσήματα διερευνήθηκαν βάσει των αναφορών των ερευνώμενων σχετικά με τη διάγνωση δεκατεσσάρων καταστάσεων «Σας έχει ποτέ πει ο γιατρός σας ότι έχετε οποιοδήποτε από τα παρακάτω νοσήματα;», στις οποίες συμπεριλαμβάνονται: χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια, υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή υπέρταση, υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος, εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου, σακχαρώδης διαβήτης, χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα, ή εμφύσημα, άσθμα, αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά», οστεοπόρωση, καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας και του λεμφώματος, εξαιρώντας «μικρά» νεοπλάσματα δέρματος, έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος, νόσος του Πάρκινσον, καταρράκτης, κάταγμα ισχίου ή μηρού..

Για να υπολογιστεί η παρουσία σωματικών συμπτωμάτων οι συμμετέχοντες ερωτήθηκαν αν είχαν διάφορα ενοχλήματα το τελευταίο εξάμηνο όπως: πόνος στη

μέση, στα γόνατα, στα ισχία ή σε οποιαδήποτε άλλη άρθρωση, καρδιακό πρόβλημα ή στηθάγχη, ή θωρακικός πόνος κατά την άσκηση, δύσπνοια, ή δυσκολία στην αναπνοή, επίμονος βήχας, πρησμένα πόδια, προβλήματα ύπνο, πτώσεις ή πεσίματα, φόβος για πτώσεις, ζάλη, ή λιποθυμίες ή σκοτοδίνη, προβλήματα στομάχου ή εντέρου, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, ή του μετεωρισμού, ή των διαρροιών, ακράτεια ούρων ή ακούσια απώλεια ούρων.

Η κατηγοριοποίηση εξίσου του αριθμού των χρόνιων νοσημάτων, και της παρουσίας σωματικών συμπτωμάτων προσδιορίστηκε ως εξής: άτομα με κανένα χρόνιο νόσημα ή σύμπτωμα, άτομα με ένα ή δύο χρόνια νοσήματα ή συμπτώματα και σε άτομα με τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα ή συμπτώματα.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας στη μελέτη SHARE τεκμηριώνεται από την ερώτηση «Θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι;» -Πολύ καλή -Καλή -Μέτρια -Κακή -Πολύ Κακή και η μεταβλητή υπολογίστηκε σε τρεις κατηγορίες: « Εξαιρετική/πολύ καλή» «Καλή» και «κακή/φτωχή». Η ερώτηση αυτή αποτελεί μια τεκμηριωμένη μέθοδο αυτοαναφερόμενης απάντησης υποκειμενικής αντίληψης της υγείας, και έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες αυτοαναφερόμενης συλλογής δεδομένων (ESS, ECHP) (Börsch-Supan, 2005).

Η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων έχει καθοριστεί από την κλίμακα EURO-D (Prince et al., 1999) που αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αποτελείται από 12 χαρακτηριστικά (Castro-Costa E et al., 2008). Τα χαρακτηριστικά αυτά διατυπώθηκαν με τις παρακάτω ερωτήσεις: «Τον τελευταίο μήνα ήσασταν λυπημένος ή καταθλιπτικός;» «Τι ελπίζετε για το μέλλον;» «Τον τελευταίο μήνα, νοιώσατε ότι θα ήταν καλύτερα να είχατε πεθάνει;» «Τείνετε να κατηγορείτε τον εαυτό σας ή να αισθάνεστε ένοχος/η για κάτι ;» «Για ποιο λόγο κατηγορείτε τον εαυτό σας «Είχατε προβλήματα ύπνου πρόσφατα;» «Τον τελευταίο μήνα , ποιο ήταν το ενδιαφέρον σας για το τι συμβαίνει γύρω σας;» «Διατηρείτε τα ενδιαφέροντά σας;» «Ήσασταν περισσότερο ευέξαπτος πρόσφατα;» «Πώς ήταν η όρεξή σας;» «Τρώτε περισσότερο ή λιγότερο από ότι συνήθως» «Τον τελευταίο μήνα, έχετε ελαττωμένη διάθεση για να κάνετε τα πράγματα που θέλατε;» «Πώς είναι η ικανότητα συγκέντρωσής σας; Για παράδειγμα, μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε ένα πρόγραμμα τηλεόρασης, ταινία ή πρόγραμμα ραδιοφώνου;» «Μπορείτε να συγκεντρωθείτε σε κάτι που διαβάζετε;» «Τι κάνατε πρόσφατα που σας

ευχαρίστησε;» «Τον τελευταίο μήνα, κλάψατε καθόλου;» «Υπήρχε κάποια φορά ή φορές στη ζωή σας που υποφέρατε από συμπτώματα κατάθλιψης που διήρκησαν τουλάχιστον δύο εβδομάδες;» Η εκτίμηση της ύπαρξης καταθλιπτικών συμπτωμάτων ορίστηκε βάσει του σκορ της κλίμακας EURO-D σε ανώτερο ή χαμηλότερο του 3 (Prince et al., 1999) και η μεταβλητή των καταθλιπτικών συμπτωμάτων διχοτομήθηκε για τις ανάγκες της στατιστικής ανάλυσης στις κατηγορίες σε «Ναι» και «Όχι».

4.7 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΉ ΑΝΆΛΥΣΗ

Για τις ανάγκες της στατιστικής επεξεργασίας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS software (IBM SPSS Statistics for Windows. Version 230. Armonk. NY: IBM Corp) και το στατιστικό πακέτο Stata/MP 3.1.

Για τον υπολογισμό επιδημιολογικών-υπολογιστικών δεικτών, έγινε χρήση σταθμίσεων και διαστρωματοποιημένος σχεδιασμός ώστε να αντιμετωπιστούν οι περιπτώσεις των μη ανταποκρίσεων και της πολυπλοκότητας του δείγματος. Οι εκτιμήσεις του επιπολασμού της λειτουργικότητας και τα αντίστοιχα 95% ΔΕ εκτιμήθηκαν μέσω της διαδικασίας του σχεδιασμού πολυσταδιακών σύνθετων δειγμάτων ή με τεχνικές bootstrap. Για να υπολογιστούν οι διαφορές ανάμεσα στους οικογενειακούς δεσμούς και τη λειτουργική ικανότητα εφαρμόστηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας T-Test.

Τέλος, εφαρμόστηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης για τη μελέτη της συσχέτισης μεταξύ των οικογενειακών δεσμών και της λειτουργικής ικανότητας και των υπολοίπων μεταβλητών. Στο πρώτο μοντέλο αναλύθηκαν ταυτόχρονα οι μεταβλητές της λειτουργικής ανικανότητας και όλοι οι σημαντικοί παράμετροι υγείας, τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και οι οικογενειακοί δεσμοί. Στο δεύτερο μοντέλο αναλύθηκαν οι συσχετίσεις ανάμεσα στη λειτουργική ικανότητα και σε κάθε έναν δείκτη οικογενειακών δεσμών λαμβάνοντας υπόψη και συγχυτικούς παράγοντες. Για κάθε δείκτη οικογενειακών δεσμών υπολογίστηκαν χωριστά προσαρμοσμένα ORs. Σε όλες τις αναλύσεις ορίστηκε ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το $p<0.05$ και υπολογίστηκαν τα αντίστοιχα διαστήματα εμπιστοσύνης (C.I.- Confidence Intervals) στο 95%.

Τέλος, οι μέσες τιμές του προσαρμοσμένου δείκτη λειτουργικής ικανότητας και των δεικτών των οικογενειακών δεσμών αποδόθηκαν σε εικονογραφημένο γράφημα.

4.8 ΟΡΙΣΜΌΣ ΣΥΓΧΥΤΙΚΏΝ ΠΑΡΑΓΌΝΤΩΝ

Ως συγχυτικοί παράγοντες ελέγχθηκαν οι μεταβλητές που είχαν μια βιβλιογραφικά τεκμηριωμένη ή δυνητική σχέση με τη λειτουργική ανικανότητα. Οι μεταβλητές που χρησιμοποιήθηκαν στα τελικά μοντέλα παλινδρόμησης ήταν οι εξής: φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, υποκειμενική αντίληψη της υγείας, χρόνια νοσήματα, χρόνια συμπτώματα, συμπτωματολογία κατάθλιψης, κατάσταση εργασίας, κατοικία στην Ευρώπη, εισόδημα.

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Περιγραφική ανάλυση αποτελεσμάτων

- **Δημογραφικά χαρακτηριστικά, τόπος κατοικίας. ιατρικό ιστορικό και δείκτης λειτουργικής ανικανότητας του συνολικού πληθυσμού της μελέτης.**

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού του δείγματος.

Ο μέσος όρος ηλικίας των συμμετεχόντων του δείγματος κυμαίνεται στα 66 έτη (Τ.Α ± 9,9). Η πλειοψηφία αποτελείται από γυναίκες (54,8%), ενώ το εκπαιδευτικό επίπεδο κυμαινόταν στα 8-12 έτη (45,5%). Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν συνταξιούχοι (58%) και κατοικούσαν στην κεντρική Ευρώπη (61,4%)

Το υψηλότερο ποσοστό του δείγματος αναφέρει κακή ή μέτρια υποκειμενική κατάσταση της υγείας (36,9%). Ένα σημαντικό μέρος του συνόλου των συμμετεχόντων ανέφερε ότι έχει διάγνωση τριών ή περισσότερων ιατρικών νοσημάτων (23,2%), τριών ή περισσότερων συμπτωμάτων υγείας (28,1%) και τεσσάρων ή περισσότερων συμπτωμάτων κατάθλιψης (25,3%).

Σύμφωνα με το δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, η πλειοψηφία του δείγματος ανέφερε πως δεν είχε καθόλου συμπτώματα λειτουργικής ανικανότητας (47,9%), ενώ το 28,6% ανέφερε τρία ή και περισσότερα χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας.

Πίνακας 1: Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 13,974 συμμετεχόντων, ηλικίας στην Ευρώπη, μελέτη SHARE (wave II. 2006/07).

Χαρακτηριστικά πληθυσμού		**n**	**%**
Φύλο	*Άντρες*	6,310	45,2
	Γυναίκες	7,664	54,8
Ηλικία *(χρόνια)*	*50-59*	4,228	30,3
	60-69	4,752	34,0
	70-79	3,446	24,7
	80+	1,548	11,1
	M.T ± T.A (min-max)	66,6±9.9 (50-101)	
Εκπαιδευτικό επίπεδο (*χρόνια)*	*0-7*	4,035	28,9
	8-12	6,351	45,5
	13+	3,573	25,6
	M.T ± T.A (min-max)	9,8±4,5 (0-25)	
Υποκειμενική αντίληψη υγείας	*Μέτρια, Κακή*	5,150	36,9
Χρόνιες νόσοι [a]	*3+*	3,241	23,2
Συμπτώματα Υγείας	*3+*	3,932	28,1
Συμπτωματολογία κατάθλιψης (Euro d Scale)	*Score 4+*	3,496	25,3
Συνταξιοδότηση	*Συνταξιούχοι*	8,069	58,0
Ευρωπαϊκή περιοχή	*Βόρεια Ευρώπη*	2,736	19,6
	Κεντρική Ευρώπη	8,587	61,4
	Νότια Ευρώπη	2,651	19,0
Εισόδημα[b]	*Χαμηλό τεταρτημόριο*	3,236	23,2
Δείκτης Λειτουργικής Ανικανότητας [c]	*Καμία*	6,695	47,9
	1	1,934	13,8
	2	1,349	9,7
	3+	3,996	28,6

[a] αποκλεισμός ατόμων με άνοια .
[b] το εισόδημα προσδιορίστηκε σύμφωνα με τα συγκεκριμένα τεταρτημόρια για κάθε χώρα (χαμηλό εισόδημα <25%, κανονικό εισόδημα μεταξύ 25% και 75%, και υψηλό εισόδημα >25%).
[c] ο δείκτης προσδιορίστηκε από το άθροισμα των εξής μονάδων μέτρησης λειτουργικότητας: ερωτηματολόγιο κινητικότητας (mobility sensory functioning questions), Ερωτηματολόγιο δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Activities of Daily Living), ερωτηματολόγιο εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Instrumental Activities of Daily Living), δίνοντας μια κλίμακα διαβάθμισης από το 0 έως το 23.

- **Χαρακτηριστικά και δείκτης οικογενειακών δεσμών του δείγματος της μελέτης**

Στον πίνακα 2 περιγράφεται το συνολικό άθροισμα του δείκτη των οικογενειακών δεσμών, καθώς και τον κάθε δείκτη αναλυτικά.

Η μέση τιμή των οικογενειακών δεσμών στο υπό μελέτη δείγμα κυμαίνεται στο 5,98. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ζει με σύζυγο ή σύντροφο, έχει τουλάχιστον 2 παιδιά, ζει πολύ κοντά ή στο ίδιο σπίτι με τα υπόλοιπα μέλη του οικογενειακού δικτύου. Επιπρόσθετα, ένα υψηλό ποσοστό αναφέρει καθημερινή επαφή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας.

Πίνακας 2: Δείκτες οικογενειακών δεσμών στο δείγμα των 13,974 Ευρωπαίων ενηλίκων, ηλικίας 50+.

Δείκτες οικογενειακών δεσμών		**Αποτέλεσμα**	**n**	**weight %**	**95% CI**	**Estimated population**
Οικογενειακή κατάσταση	*Μόνος*	0	4.871	42,0	35,6. 48,7	22.838.041
	Με σύζυγο, σύντροφο	1	9.103	58,0	51,3. 64,4	31.510.840
Αριθμός παιδιών	*1*	0	2.414	18,8	17,7. 20,0	10.221.626
	2	1	6.130	42,1	40,1. 44,2	22.894.704
	3+	2	5.403	39,1	37,1. 41,1	21.232.551
Δείκτης οικογενειακής χωρικής εγγύτητας	*Χαμηλή εγγύτητα (100 - 500 χιλ)*	0	1.115	8,9	8,1. 9,9	4.861.442
	Μέτρια εγγύτητα (25-100 χιλ)	1	1.260	8,6	7,7. 9,7	4.695.725
	Στενή εγγύτητα (5-25 χιλ)	2	7.649	49,3	46,4. 52,2	26.789.907
	Πολύ στενή εγγύτητα (ίδιο κτίριο ή σπίτι)	3	3.950	33.1	30.1. 36,3	18.001.807
Δείκτης οικογενειακής αλληλεπίδρασης	*Μια φορά το μήνα ή λιγότερο*	0	707	5,8	4,9. 7,0	3.160.239
	Μια φορά την εβδομάδα ή κάθε 15 μέρες	1	2.664	18,9	17,6. 20,2	10.265.903
	Πολλές φορές εβδομαδιαίως	2	4.912	31.2	29,7. 32,8	16.974.764
	Καθημερινά	3	5.691	44,1	41,6. 46,5	23.947.975
Αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών [a]	*M.T (95% CI)*	5,98 (5,90. 6,06)				

[a] Ο αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών κυμαίνεται από 0 έως 9, και προκύπτει από το άθροισμα των 4 δεικτών.

- **Σχέση λειτουργικής ανικανότητας και δεικτών οικογενειακών δεσμών**

Στον πίνακα 3 περιγράφεται ο δείκτης λειτουργικής ανικανότητας σε σχέση με τους οικογενειακούς δεσμούς.

Ο επιπολασμός των συμμετεχόντων που ανέφεραν τρείς ή περισσότερους λειτουργικούς περιορισμούς ήταν σημαντικά υψηλότερος ανάμεσα σε αυτούς που ζουν μόνοι τους (54%) και αναφέρουν ότι έχουν 2 ή περισσότερα παιδιά (36,2% και 47%). Επιπλέον, αναφορικά με το δείκτη οικογενειακής χωρικής εγγύτητας, τα άτομα που αναφέρουν χαμηλή λειτουργική ικανότητα είναι τα άτομα που ζουν πολύ κοντά με τα υπόλοιπα μέλη του οικογενειακού δικτύου (51,5% και 35%), και αναφέρουν τακτική επικοινωνία (27,9%). Σημαντικό ποσοστό του αθροιστικού δείκτη οικογενειακών σχέσεων, αναφορικά με τις μέτριες οικογενειακές σχέσεις φαίνεται να αναφέρεται από τα άτομα με μειωμένη λειτουργική ικανότητα, όμως, το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Παράλληλα, από την ανάλυση παρατηρούμε πως οι συμμετέχοντες που αναφέρουν καθόλου ή έως και δυο χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας είναι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους άτομα που ζουν με σύντροφο, έχουν παιδιά και καθημερινή επαφή με τα μέλη της οικογένειας.

Πίνακας 3: Επιπολασμός λειτουργικής ανικανότητας σε σχέση με τους δείκτες οικογενειακών δεσμών στο δείγμα των 13,974 Ευρωπαίων ενηλίκων ηλικίας 50+.

		Δείκτης Λειτουργικής Ανικανότητας		
		0-2 περιορισμοί	3+ περιορισμοί	
Δείκτες οικογενειακών δεσμών		**στάθμιση** % (n)		*p-value* [a]
Οικογενειακή κατάσταση	*Μόνος*	36,0 (2.982)	54,9 (1.889)	<0,001
	Με σύζυγο, σύντροφο	64,0 (6.996)	45,1(2.107)	
Αριθμός παιδιών	*1*	18,7 (1.671)	19,1 (743)	
	2	44,9 (4.560)	36,2 (1.570)	<0,001
	3+	36,4 (3.747)	44,7 (1.683)	
Δείκτης οικογενειακής χωρικής εγγύτητας	*Χαμηλή εγγύτητα (100 -500 χιλ)*	10,3 (868)	6,1 (247)	
	Μέτρια εγγύτητα (25-100 χιλ)	9,4 (957)	6,9 (303)	<0,001
	Στενή εγγύτητα (5-25 χιλ)	48,2 (5.430)	51,5 (2.219)	
	Πολύ στενή εγγύτητα (ίδιο κτίριο σπίτι)	32,0 (2.723)	35,5 (1.227)	
Δείκτης οικογενειακής αλληλεπίδρασης	*Μια φορά το μηνά ή λιγότερο*	5,5 (470)	6,4 (237)	
	Μια φορά την εβδομάδα ή κάθε 15 μέρες	19,8 (1.989)	17,0 (675)	<0,001
	Πολλές φορές εβδομαδιαίως	33.3 (3.705)	26,9 (1.207)	
	Καθημερινά	41,1 (3.184)	19,6 (1.877)	
Αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών [b]	*<25th percentile*	71,4 (1.859)	28,6 (728)	
	25th to 75th	67,3 (6.068)	32,7 (2.392)	0,113
	>75th	66,9 (2.051)	33,1 (876)	

[a] Tests of independence (based of *adjusted*-F). They were estimated through the complex sample design procedure.

[b] Αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών: <25th εκατοστημόριο (σκορ <5) υποδηλώνει χαμηλούς οικογενειακούς δεσμούς , >75th εκατοστημόριο (σκορ >7) υποδηλώνει υψηλότερους οικογενειακούς δεσμούς.

5.2 Πολυπαραγοντικές αναλύσεις

- **Εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, των δημογραφικών μεταβλητών, των δεικτών υγείας και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών**.

Στον πίνακα 4 παρουσιάζεται η πολυπαραγοντική ανάλυση που αφορά τη σχέση ανάμεσα στο δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και τις δημογραφικές μεταβλητές, τους δείκτες υγείας και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών. Η κατηγορία αναφοράς είναι η απουσία ή έως και 2 χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης το γυναικείο φύλο (OR 1,76 95% CI 1,43-2,17), η αύξηση της ηλικίας (OR 1,72 95% CI 1,54-1,93), η χαμηλή υποκειμενική αντίληψη για την υγεία (OR 2,85 95% CI 2,45-3,32), τα χρόνια νοσήματα (OR 1,46 95% CI 1,30-1,65), τα χρόνια συμπτώματα υγείας (OR 3,29 95% CI 2,92-3,71) και η καταθλιπτική συμπτωματολογία (OR 1,93 95% CI 1,70-2,22) φαίνεται να έχουν στατιστικά σημαντικό κίνδυνο για λειτουργική ανικανότητα. Από την ανάλυση συμπεραίνεται πως ο μεγαλύτερος κίνδυνος ελλοχεύει για τα άτομα με χαμηλή υποκειμενική αντίληψη της υγείας και για τα άτομα που παρουσιάζουν χρόνια συμπτώματα υγείας.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, το επάγγελμα, ο τόπος κατοικίας ανά γεωγραφική περιοχή δε δείχνουν στατιστικά σημαντικό κίνδυνο ανάπτυξης λειτουργικής ανικανότητας. Παράλληλα δεν προέκυψε στατιστικά σημαντικός συσχετισμός ανάμεσα στις οικογενειακές σχέσεις και στον κίνδυνο λειτουργικής ανικανότητας.

Πίνακας 4: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, των δημογραφικών μεταβλητών, των δεικτών υγείας και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών στον πληθυσμό 13,974 ηλικιωμένων ηλικίας 50+ στης μελέτης SHARE (wave II. 2006/07).

		Δείκτης Λειτουργικής Ανικανότητας[a]
		Προσαρμοσμένο Odds Ratios[b] (95%CIs)[c]
Φύλο *(θήλυ vs άρρεν)*		1,76 (1,43. 2,17)
Ηλικία		1,72 (1,54. 1,93)
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,75 (0,67. 0,83)
Υποκειμενική αντίληψη υγείας *(μέτρια, φτωχή vs εξαιρετική, πολύ καλή)*		2,85 (2,45. 3,32)
Χρόνια νοσήματα		1,46 (1,30. 1,65)
Συμπτώματα υγείας		3,29 (2,92. 3,71)
Καταθλιπτική συμπτωματολογία Euro d scale *(σκορ 4+vs σκορ <4)*		1,93 (1,70. 2,22)
Επάγγελμα *(συνταξιούχος vs εργαζόμενος)*		0,94 (0,75. 1,17)
Ευρωπαϊκή περιοχή *(βόρια κεντρική vs νότια Ευρώπη)*		1,03 (0,88. 1,21)
Εισόδημα		0,99 (0,88. 1,12)
Αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών [d]	*<25th percentile*	0,87 (0,70. 1,08)
	25th to 75th	0,99 (0,83. 1,19)
	>75th	Κατηγορία αναφοράςσε
Wald F		171,1 (p<0.001)
d.f.1/d.f.2		12/80
Pseudo $R_{Nagelkerke}$		0,535

[a] Ο δείκτης προσδιορίστηκε από το άθροισμα των εξής μονάδων μέτρησης λειτουργικότητας: ερωτηματολόγιο κινητικότητας (mobility sensory functioning questions), Ερωτηματολόγιο δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Activities of Daily Living), ερωτηματολόγιο εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Instrumental Activities of Daily Living), δίνοντας μια κλίμακα διαβάθμισης από το 0 έως το 23.
[b] Κατηγορία αναφοράς κανένα (0) έως και δυο χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας
c 95%CIs. 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης.
[d] Αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών: <25th εκατοστημόριο (σκορ <5) υποδηλώνει χαμηλούς οικογενειακούς δεσμούς , >75th εκατοστημόριο (σκορ >7) υποδηλώνει υψηλότερους οικογενειακούς δεσμούς.

- **Εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και των επιμέρους δεικτών των οικογενειακών δεσμών καθώς και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών μετά από έλεγχο συγχυτικών παραγόντων**

Στον πίνακα 5 περιγράφεται η πολυπαραγοντική ανάλυση που αφορά στη σχέση ανάμεσα στο δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και τους επιμέρους δείκτες των οικογενειακών δεσμών μετά από έλεγχο συγχυτικών παραγόντων για οικογενειακή κατάσταση, φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, υποκειμενική αντίληψη της υγείας, σωματικά νοσήματα, χρόνια συμπτώματα, συμπτωματολογία κατάθλιψης, επαγγελματική κατάσταση, τόπος κατοικίας και εισόδημα. Η κατηγορία αναφοράς είναι η απουσία ή έως και 2 χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας.

Από την ανάλυση προκύπτει στατιστικά σημαντικός κίνδυνος εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας στα άτομα που αναφέρουν ελάχιστες οικογενειακές επαφές με σημείο αναφοράς μια φορά το μήνα ή και λιγότερο (OR 1,58 95%CI 1,13-2,22). Κίνδυνος εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας φαίνεται να προκύπτει και στην εβδομαδιαία ή και λιγότερο οικογενειακή αλληλεπίδραση, όμως το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό. Συμπεραίνεται, λοιπόν, πως η χαμηλή οικογενειακή αλληλεπίδραση αποτελεί παράγοντα κινδύνου για χαμηλή λειτουργικότητα.

Ο δείκτης οικογενειακής κατάστασης και ο δείκτης οικογενειακής χωρικής εγγύτητας φαίνεται να αποτελούν προστατευτικό παράγοντα ως προς την ανάπτυξη λειτουργικής ανικανότητας. Η ύπαρξη παιδιών δε φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στην παρουσία της λειτουργικής ανικανότητας.

Στον πίνακα 6 περιγράφεται η πολυπαραγοντική ανάλυση που αφορά τη σχέση ανάμεσα στο δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και τον αθροιστικό δείκτη των οικογενειακών δεσμών μετά από έλεγχο συγχυτικών παραγόντων για οικογενειακή κατάσταση, φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, υποκειμενική αντίληψη της υγείας, σωματικά νοσήματα, χρόνια συμπτώματα, συμπτωματολογία κατάθλιψης, επαγγελματική κατάσταση, τόπος κατοικίας και εισόδημα. Η κατηγορία αναφοράς είναι η απουσία ή έως και 2 χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας.

Όπως προκύπτει από την ανάλυση άτομα που αναφέρουν χαμηλούς οικογενειακούς δεσμούς σε σχέση με άτομα που αναφέρουν μέτριους ή πιο υψηλούς

οικογενειακούς δεσμούς εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης λειτουργικής ανικανότητας, όμως το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Πίνακας 5: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, και των επιμέρους δεικτών των οικογενειακών δεσμών, λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες στον πληθυσμό 13,974 ηλικιωμένων ηλικίας 50+ στης μελέτης SHARE (wave II. 2006/07).

		Δείκτης Λειτουργικής Ανικανότητας[a]
Δείκτης οικογενειακών δεσμών		Προσαρμοσμένο Odds Ratios[b] (95%CIs)[c]
Οικογενειακή κατάσταση	*Μόνος*	0,95 (0,82. 1,11)
	Με σύζυγο, σύντροφο	Κατηγορία αναφοράς
Αριθμός παιδιών	*1*	1,01 (0,82. 1,24)
	2	0,92 (0,78. 1,08)
	3+	Κατηγορία αναφοράς
Δείκτης οικογενειακής χωρικής εγγύτητας	*Χαμηλή εγγύτητα (100 -500 χιλ)*	0,69 (0,46. 1,03)
	Μέτρια εγγύτητα (25-100 χιλ)	0,82 (0,58. 1,17)
	Στενή εγγύτητα (5-25 χιλ)	0,96 (0,81. 1,14)
	Πολύ στενή εγγύτητα (ίδιο κτίριο ή σπίτι)	Κατηγορία αναφοράς
Δείκτης οικογενειακής αλληλεπίδρασης	*Μια φορά το μήνα ή λιγότερο*	1,58 (1,13. 2,22)
	Μια φορά την εβδομάδα ή κάθε δυο εβδομάδες	1,13 (0,86. 0,48)
	Πολλές φορές εβδομαδιαίως	0,99 (0,83. 1,19)
	καθημερινά	Κατηγορία αναφοράς

[a] Ο δείκτης προσδιορίστηκε από το άθροισμα των εξής μονάδων μέτρησης λειτουργικότητας: ερωτηματολόγιο κινητικότητας (mobility sensory functioning questions), Ερωτηματολόγιο δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Activities of Daily Living), ερωτηματολόγιο εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Instrumental Activities of Daily Living), δίνοντας μια κλίμακα διαβάθμισης από το 0 έως το 23.
[b] Κατηγορία αναφοράς κανένα (0) έως και δυο χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας
c 95%CIs. 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης.

Πίνακας 6: Πολυπαραγοντική ανάλυση για την εκτίμηση της σχέσης του δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, και του αθροιστικού δείκτη των οικογενειακών δεσμών, λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες στον πληθυσμό 13.974 ηλικιωμένων ηλικίας 50+ στης μελέτης SHARE (wave II. 2006/07).

	Δείκτης Λειτουργικής Ανικανότητας[a]
Δείκτες οικογενειακών δεσμών	Προσαρμοσμένο Odds Ratios[b] (95%CIs)[c]
Χαμηλοί οικογενειακοί δεσμοί	1,07 (0,77-1,42)
Μέτριοι οικογενειακοί δεσμοί	0,99 (0,84-1,17)
Υψηλοί οικογενειακοί δεσμοί	Κατηγορία αναφοράς

Ο δείκτης προσδιορίστηκε από το άθροισμα των εξής μονάδων μέτρησης λειτουργικότητας: ερωτηματολόγιο κινητικότητας (mobility sensory functioning questions), Ερωτηματολόγιο δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Activities of Daily Living), ερωτηματολόγιο εκτελεστικών δραστηριοτήτων καθημερινότητας (questions on Instrumental Activities of Daily Living), δίνοντας μια κλίμακα διαβάθμισης από το 0 έως το 23.

[b] Κατηγορία αναφοράς κανένα (0) έως και δυο χαρακτηριστικά λειτουργικής ανικανότητας

c 95%CIs. 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης.

- **Μέσες τιμές σταθμισμένου δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και οικογενειακών δεσμών σε όλες τις Ευρωπαϊκές χώρες του δείγματος.**

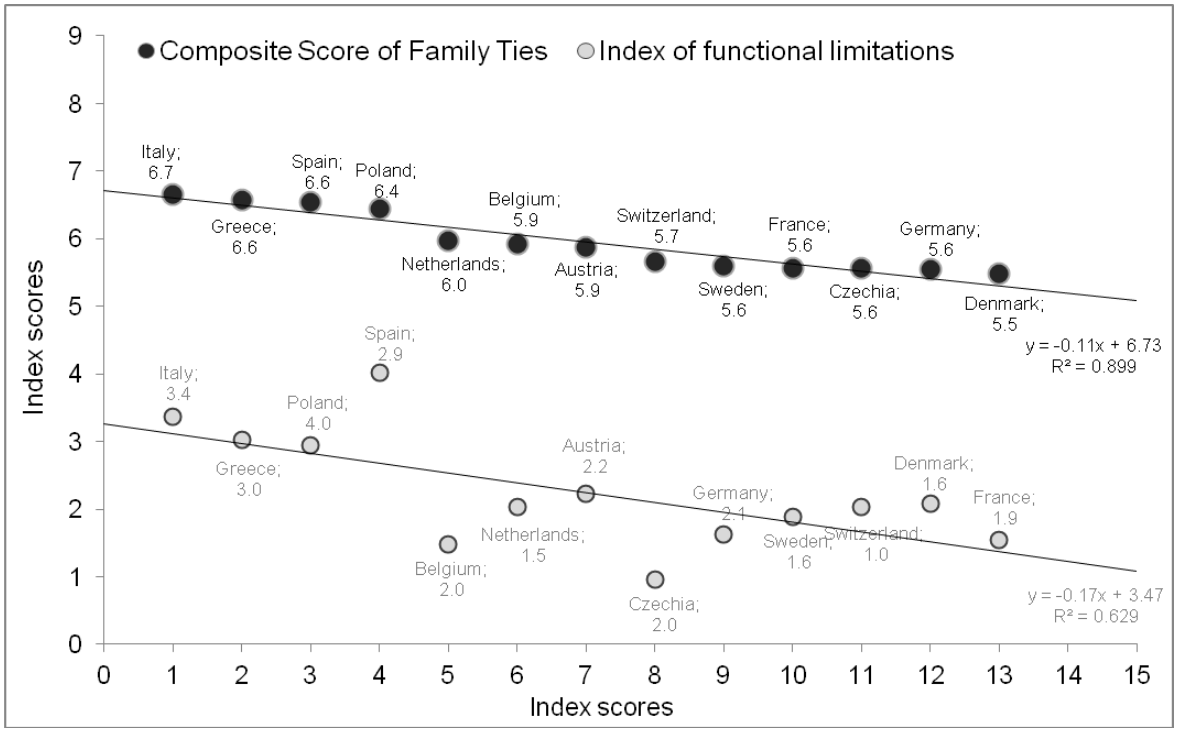
Σε περαιτέρω ανάλυση, έγινε μια προσπάθεια αποτύπωσης των μέσων τιμών της λειτουργικής ανικανότητας και των οικογενειακών σχέσεων ανάμεσα στις 13 ευρωπαϊκές χώρες που λάβανε μέρος στη μελέτη SHARE το έτος 2006- 2007. Οι χώρες αυτές ήταν: Κεντρική Ευρώπη: Αυστρία, Γερμανία, Πολωνία, Ολλανδία, Τσεχία, Ελβετία, Γαλλία, Βέλγιο, Βόρεια Ευρώπη: Σουηδία, Δανία, Νότια Ευρώπη: Ελλάδα, Ισπανία, Ιταλία.

Οι χώρες με μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας ήταν οι χώρες της Νότιας Ευρώπης η Ελλάδα, η Ιταλία κι η Ισπανία, και μερικές χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως η Πολωνία. Οι υπόλοιπες χώρες της Κεντρικής Ευρώπης όπως και οι χώρες της Βόρειας Ευρώπης είχαν χαμηλότερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας.

Αναφορικά με τον δείκτη οικογενειακών δεσμών παρατηρούμε ότι είναι υψηλότερος στις χώρες της Νότιας Ευρώπης (Ιταλία, Ισπανία, Ελλάδα), και αρκετά υψηλός στην Πολωνία και την Ολλανδία, ενώ στις υπόλοιπες χώρες της Κεντρικής και Βόρειας Ευρώπης δεν είναι τόσο υψηλός.

Από το συμπέρασμα που προκύπτει παρατηρώντας το σχεδιάγραμμα, φαίνεται πως οι χώρες με υψηλότερους οικογενειακούς δεσμούς είναι και οι χώρες που παρουσιάζουν μεγαλύτερες τιμές λειτουργικής ανικανότητας. Ειδικότερα, οι χώρες της νότιας Ευρώπης, καθώς και η χώρα της Κεντρικής Ευρώπης (Πολωνία) παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές λειτουργικής ανικανότητας και οικογενειακών δεσμών σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Βόρειας και κεντρικής Ευρώπης, οι οποίες παρουσιάζουν μικρότερες τιμές λειτουργικής ανικανότητας και μικρότερες τιμές οικογενειακών δεσμών. Εξαίρεση αποτελεί η Ολλανδία όπου φαίνεται να παρουσιάζει υψηλές τιμές οικογενειακών δεσμών και χαμηλές τιμές λειτουργικής ανικανότητας.

Σχήμα 1. Μέσες τιμές του σταθμισμένου δείκτη λειτουργικής ανικανότητας και των οικογενειακών δεσμών στο δείγμα των 13.974 Ευρωπαίων ηλικίας 50+, σε δεκατρείς Ευρωπαϊκές χώρες της μελέτης SHARE (wave II. 2006/07).



6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1 ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Με την αύξηση της ηλικίας συμβαίνουν στο ανθρώπινο σώμα πολυάριθμες παθοφυσιολογικές αλλαγές και συνεπώς αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων, λειτουργικής ανικανότητας και φυσικά και θανάτου. Είναι απόλυτα σαφές πως η δυναμικότητα στην υγεία των ηλικιωμένων είναι σύνθετη και πολυδιάστατη, καθώς τα ίδια φαινόμενα και εκβάσεις υγείας δεν έχουν την ίδια επίδραση στο κάθε άτομο (Young, 2009; WHO, 2015). Η λειτουργικότητα και η ανικανότητα δεν είναι απλά μια συσσώρευση χρόνιων προβλημάτων, αλλά είναι μια λειτουργική εξελίξιμη διαδικασία ανάμεσα στο άτομο με κάποιες καταστάσεις υγείας και σε συναφείς κοινωνικούς και ατομικούς παράγοντες (WHO, 2001).

Στη διεθνή βιβλιογραφία ο επιπολασμός της λειτουργικής ανικανότητας των ηλικιωμένων κυμαίνεται σε ποσοστά 25% έως 54% (Börsch-Supan, 2005; Wahrendorf et al., 2013; Grammenos, 2013; WHO- Global Health and Ageing, 2011). Οι διακυμάνσεις αυτές πιθανά να οφείλονται σε διαφοροποιήσεις στις μεθοδολογικές προσεγγίσεις που ακολουθούν οι ερευνητές για να καθορίσουν την ανικανότητα, καθώς και στη διαφορετικότητα του δείγματος. Στην πλειοψηφία των μελετών φαίνεται πως ο επιπολασμός της ανικανότητας σε ηλικίες 65+ είναι υψηλότερος αν και υπάρχουν διακυμάνσεις μεταξύ των χωρών. Στην Αμερική τα επίπεδα ανικανότητας είναι υψηλότερα και ακολουθούν η Αγγλία και η Ευρώπη (WHO-Global Health and Ageing, 2011).

Στην παρούσα μελέτη με βάση την πληθώρα καταγεγραμμένων πληροφοριών που παρέχονται έγινε αρχικά μια προσπάθεια να καταγραφεί ο επιπολασμός του φορτίου της λειτουργικής ανικανότητας και αφετέρου να περιγραφεί αν η σχέση της λειτουργικής ανικανότητας χαρακτηρίζεται πάντα από συσσώρευση χρόνιων σωματικών και ψυχολογικών προβλημάτων ή αν μπορεί να αποδοθεί και σε ψυχοκοινωνικούς παραμέτρους όπως οι οικογενειακές σχέσεις, στο ευρωπαϊκό δείγμα της μελέτης SHARE. Από όσο είναι γνωστό, είναι η πρώτη μελέτη προς συζήτηση στην οποία γίνεται προσπάθεια να συμπεριληφθούν όλοι οι προδιαθεσικοί βιολογικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επιβάρυνσης της λειτουργικότητας σε ένα μοντέλο.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει πως ο επιπολασμός της λειτουργικής ανικανότητας στο δείγμα της παρούσας μελέτης είναι 28,6%, εύρημα συμβατό με άλλες μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας.

Στη συνέχεια έγινε μια διεξοδική προσπάθεια μοντέλων πολλαπλής παλινδρόμησης, ώστε να εκτιμηθεί η σχέση της λειτουργικής ανικανότητας με τους υπόλοιπους προδιαθεσικούς παράγοντες της μελέτης (βιολογικούς, δημογραφικούς παράγοντες και οικογενειακούς δεσμούς). Όσον αφορά την αρχική υπόθεση, για το αν η λειτουργική ικανότητα είναι αποτέλεσμα συσσώρευσης άσχημων οικογενειακών σχέσεων, η υπόθεσή δεν επαληθεύτηκε. Αντιθέτως, η ανικανότητα φάνηκε να επηρεάζεται από βιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Μια πιθανή ερμηνεία αυτού του αποτελέσματος είναι ότι στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν οι οικογενειακοί δεσμοί υπό το πρίσμα ποσοτικών όρων της οικογενειακής εγγύτητας και αλληλεπίδρασης των οικογενειακών επαφών και δεν λήφθηκαν υπόψη ποιοτικά χαρακτηριστικά των οικογενειακών σχέσεων, όπως ο βαθμός ικανοποίησης από τις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις και τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων. Το συμπέρασμα που προκύπτει από αυτή την πρώτη ανάλυση είναι πως το οικογενειακό δίκτυο έχει την τάση να «κρατάει» τον λειτουργικά ανίκανο ηλικιωμένο πολύ στενά μέσα στον οικογενειακό περίγυρο, ανεξάρτητα από την ποιότητα των σχέσεων μεταξύ τους και πως τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων αναφορικά με τη στενή επαφή και την ενδεχόμενη συγκατοίκηση είναι ανεξάρτητα από το βαθμό ικανοποίησης και ποιότητας των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων.

Στην παρούσα μελέτη, δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και η αύξηση της ηλικίας, βιολογικοί παράγοντες όπως η συννοσηρότητα, τα χρόνια συμπτώματα υγείας και ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η καταθλιπτική συμπτωματολογία και η υποκειμενική αντίληψη της υγείας φάνηκαν να αποτελούν παράγοντες κινδύνου για λειτουργική ανικανότητα. Τα αποτελέσματα της μελέτης είναι συμβατά με ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Σε επιδημιολογικές και συγχρονικές μελέτες περιγράφονται πολυάριθμοι παράγοντες κίνδυνου που σχετίζονται με την ανικανότητα ατόμων τρίτης ηλικίας, όπως η συννοσηρότητα (Rodriquez Lopez et al., 2014; Hajek & Konig, 2016; Stuck et al., 1999; Koukouli et al., 200;, Pope et al., 2001), η καταθλιπτική συμπτωματολογία (Rodriquez Lopez et al., 2014; Hajek & Konig, 2016; Stuck et al., 1999), την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία (Stuck et

al., 1999; Hebert et al., 1999), η αύξηση της ηλικίας (Stuck et al., 1999; Hajek & Konig, 2016) και το φύλο (Stuck et al., 1999; Rodriquez et al., 2009).

Αναφορικά με την επίδραση των οικογενειακών δεσμών, στο σύνολό τους, στην παρούσα μελέτη δε βρέθηκε κάποιο εύρημα όπως αναφέρεται και παραπάνω. Στη διεθνή βιβλιογραφία τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα. Σε πολλές προοπτικές μελέτες οι οποίες εκτιμούν τις κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις με όρους αλληλεπίδρασης και συχνότητας επαφών, τα αποτελέσματα έχουν προστατευτικό συμπέρασμα, εμφανίζοντας μειωμένο κίνδυνο για τη λειτουργική ανικανότητα. Σε πολλές μελέτες οι οποίες δίνουν έμφαση στην κοινωνική και οικογενειακή δικτύωση υπό το πρίσμα της συχνότητας των επαφών, του μεγέθους του κοινωνικού και οικογενειακού δικτύου, και της αλληλεπίδρασης αναφέρεται πως οι δεσμοί που προκύπτουν εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο για την ύπαρξη της λειτουργικής ανικανότητας (Murata et al., 2017; Zunzunegui et al., 2005; Strawbridge et al., 1996; Mendes de Leon et al., 1999; Unger et al., 1999; Seeman et al., 1996). Τα αποτελέσματα αυτών των μελετών δεν είναι συμβατά με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης όσον αφορά την επίδραση των οικογενειακών δεσμών στη λειτουργικότητα, καθώς τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δεν είναι στατιστικά σημαντικά.

Υπάρχει δυσκολία στη σύγκριση ανάμεσα στις μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας και στην παρούσα μελέτη για διάφορους μεθοδολογικούς λόγους. Σε κάθε μελέτη υπήρχε διαφορετικό μέγεθος δείγματος και διαφορετικός τρόπος συλλογής του δείγματος (πχ τυχαιοποιημένο δείγμα από την κοινότητα, επιλογή σε ένα από τα δυο φύλα, αποκλεισμός ατόμων με ήδη κάποιο είδος αναπηρίας κ.α). Επιπλέον, υπήρχαν διακυμάνσεις στο ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων. Διαφορές ανάμεσα στις μελέτες υπήρχαν, επίσης, και στον τρόπο μέτρησης τόσο της λειτουργικής ανικανότητας όσο και των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών και σε πολλές μελέτες υπό το πρίσμα των κοινωνικών δεσμών συμπεριλαμβάνονταν και οικογενειακοί παράγοντες. Επιπλέον, στις προοπτικές μελέτες ήταν διαφορετικά τα διαστήματα για την επανεξέταση του πληθυσμού στόχου τους. Τέλος, η παρούσα μελέτη έχει σχεδιαστεί ως συγχρονική και συνεπώς τα αποτελέσματά της δεν είναι γενικεύσιμα, ενώ αρκετές μελέτες στη βιβλιογραφία είναι προοπτικές και συνεπώς υπάρχει αιτιολογική συνάφεια των αποτελεσμάτων.

Σε μια προσπάθεια να επιβεβαιωθούν τα αποτελέσματά της παρούσας έρευνας αναφορικά με την επίδραση των οικογενειακών δεσμών στη λειτουργική ανικανότητα έγινε προσπάθεια χωριστής ανάλυσης, στο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, του κάθε δείκτη λειτουργικής ανικανότητας, λαμβάνοντας υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες. Επιπρόσθετα εξετάστηκε σε άλλο μοντέλο πολλαπλής παλινδρόμησης, ο αθροιστικός δείκτης οικογενειακών δεσμών λαμβάνοντας και πάλι υπόψη τους συγχυτικούς παράγοντες. Από τα αποτελέσματα της πρώτης ανάλυσης προέκυψε ότι η οικογενειακή αλληλεπίδραση και πιο συγκεκριμένα η απουσία των οικογενειακών επαφών μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου λειτουργικής ανικανότητας. Από τα αποτελέσματα της δεύτερης ανάλυσης μετά την εξέταση του αθροιστικού δείκτη, φάνηκε να υπάρχει κίνδυνος για λειτουργική ανικανότητα, όμως σε αυτή την περίπτωση το αποτέλεσμα δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

Το συμπέρασμα λοιπόν της παρούσας έρευνας είναι ότι η απουσία της οικογενειακής αλληλεπίδρασης και η μειωμένη συχνότητα οικογενειακών επαφών μπορεί να αποτελέσει σημαντικό παράγοντα κινδύνου ανικανότητας. Αυτό το εύρημα είναι συναφές με παρόμοια αποτελέσματα άλλων σχετικών ερευνών. Στη μελέτη των Murata και συν., αναφέρουν πως οι δεσμοί με συγγενείς και φίλους σχετίζονται με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ανικανότητας, και υπογραμμίζουν τη σημασία προαγωγής κοινωνικών δεσμών κυρίως ανάμεσα σε άτομα με χάσμα οικογενειακών δεσμών (Murata et al., 2017).

Σε μια άλλη μελέτη που έλαβε χώρα σε τρεις Ευρωπαϊκές χώρες (Φιλανδία, Πολωνία και Ισπανία), αναφέρεται ότι συναισθήματα μοναξιάς, και η απουσία συχνότητας επαφών στο κοινωνικό και οικογενειακό δίκτυο σχετίζονται με την κατάσταση υγείας συμπεριλαμβανομένου και της ανικανότητας (Zunzunegui et al., 2005). Σε δυο άλλες παρόμοιες μελέτες φάνηκε πως άτομα που δεν έχουν συναισθηματική υποστήριξη και το πλεονέκτημα της ικανοποίησης από το κοινωνικό και οικογενειακό δίκτυο έχουν περισσότερες πιθανότητες κινδύνου ανικανότητας (Wang et al., 2013, Lund et al., 2010). Παρομοίως στη μελέτη των Seeman και συν προέκυψε ότι η καλύτερη συναισθηματική υποστήριξη από τα κοινωνικά και οικογενειακά δίκτυα σχετίζεται με καλύτερη λειτουργικότητα (Seeman et al., 1996). Επιπλέον σε μια άλλη μελέτη φάνηκε πως προκύπτει σχέση ανάμεσα στην αλληλεπίδραση και τη λειτουργική ανικανότητα. Πιο συγκεκριμένα από τα

αποτελέσματά της προέκυψε πως η μειωμένη αλληλεπίδραση με φίλους επηρεάζει τη λειτουργικότητα, όμως η μειωμένη αλληλεπίδραση με συγγενείς φάνηκε να μην επηρεάζει τη λειτουργική ικανότητα (Mendez De Leon et al., 2001).

Αν και στις προαναφερθείσες μελέτες υπάρχει διαφοροποίηση αναφορικά με τον τρόπο προσδιορισμού των οικογενειακών σχέσεων, τα αποτελέσματά τους συγκλίνουν ως προς το δεδομένο ότι η απουσία αλληλεπίδρασης εν γένει μπορεί να αποτελέσει παράγοντα κινδύνου για λειτουργική ανικανότητα, όπως προέκυψε και στην παρούσα μελέτη. Μια πιθανή εξήγηση για το επιβαρυμένο λειτουργικό προφίλ αυτών των ηλικιωμένων θα μπορούσε να είναι το συναίσθημα που προκύπτει από την έλλειψη επαφής και αλληλεπίδρασης. Είναι γνωστό πως από την έλλειψη αλληλεπίδρασης από το στενό δίκτυο προκύπτουν συναισθήματα απώλειας υποστήριξης μοναξιάς και αίσθημα ανημποριάς. Η κοινωνική επαφή περικλείει ένα συναίσθημα ενσωμάτωσης το οποίο οδηγεί στην αίσθηση του «ανήκειν» σε μια ομάδα ή ένα δίκτυο και δίνει ένα γενικότερο νόημα στη ζωή του ηλικιωμένου. Σύμφωνα με τη θεωρία της υποστήριξης-αποτελεσματικότητας (support-efficacy theory) οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάζουν την υγεία και την ευεξία του ατόμου παρέχοντας μια αίσθηση αυτοεκτίμησης και αυτοαποτελεσματικότητας. Στην ουσία αυτή η ανατροφοδότηση της προσδοκίας και της αποδοχής δημιουργεί στο άτομο αισθήματα, ικανότητας, επιτυχίας και ευεξίας. Σαφώς όλες οι ανθρώπινες σχέσεις δεν μεταδίδουν πάντοτε θετικά συναισθήματα, και σε πολλές περιπτώσεις αρνητικά συναισθήματα μπορούν να κάνουν τους ανθρώπους να αισθανθούν υποτιμητικά και λιγότερο ικανοί (Antonucci et al., 2007). Τα θετικά συναισθήματα όμως που δημιουργούνται στο άτομο μέσω των κοινωνικών σχέσεων, παρέχουν αρκετά πλεονεκτήματα στην υγεία δια μέσου φυσιολογικών μηχανισμών ψυχολογικών μηχανισμών. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται πως θετικά αποτελέσματα κοινωνικής και οικογενειακής συνοχής και υποστήριξης έχουν θετική επίδραση στο νευροενδροκρινικό και στο ανοσοποιητικό σύστημα καθώς και στη λειτουργία του καρδιαγγειακού συστήματος και συνεπώς τα άτομα αυτά έχουν καλύτερη έκβαση υγείας, ανεξάρτητα από το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο. (Mendez de Leon 2001; Seeman, 1996). Κάποιοι άλλοι συγγραφείς αναφέρουν πως οι κοινωνικές δραστηριότητες, ανεξάρτητα από την παρουσία εντατικής ή καθόλου φυσικής άσκησης, παρέχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη διάρκεια της επιβίωσης (Glass et al., 1999). Σε πολλές περιπτώσεις επίσης αναφέρεται πως τα άτομα που εμπλέκονται

σε δίκτυα είτε κοινωνικά είτε οικογενειακά έχουν αυξημένο δείκτη ευεξίας (Litwin & Shiovitz-Ezra, 2010; Fiori et al., 2007).

Επιπλέον, σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικοσυναιθηματικής επιλεκτικότητας (Socioemotional Selectivity Theory), η κοινωνική επαφή είναι το αποτέλεσμα μιας ευρείας ποικιλίας στόχων. Στην περίπτωση που ο στόχος έχει να κάνει με τη συναισθηματική ισορροπία τα άτομα είναι ιδιαίτερα επιλεκτικά στην επιλογή των ανθρώπων που θα αποτελέσουν τους συντρόφους τους. Συνεπώς οι άνθρωποι, με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας τείνουν να αναδιαμορφώνουν τα συναισθήματα τους και να γίνονται πιο επιλεκτικοί στις σχέσεις που επιθυμούν να διατηρήσουν. Συνεπώς επιλέγουν άτομα που τους παρέχουν συναισθηματική ασφάλεια και έτσι τείνουν να επιστρέφουν στην πυρηνική τους οικογένεια που τους παρέχει πιο άμεσα συναισθήματα σταθερότητας και ασφάλειας αλλά και πιο άμεσα πλεονεκτήματα (Carstensen, 1995; Antonucci et al., 2007). Σε αυτό το σημείο μπορεί να προστεθεί και η εκδοχή της ανάγκης των ηλικιωμένων ανθρώπων να τύχουν προστασίας από τα μέλη της πυρηνικής τους οικογένειας. Παράλληλα λοιπόν με τα ευεργετικά συναισθήματα που προκαλεί η αίσθηση της συνοχής σε ένα δίκτυο, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι ίσως τείνουν να επιστρέφουν κοντά στα παιδιά τους όταν αρχίζουν να μην μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να φροντίσουν τον εαυτό τους ή όταν βλέπουν τη φθορά στην υγεία τους (Mendez de Leon et al., 2001).

Όσον αφορά τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης για τα άτομα που ζουν μόνα, διαπιστώθηκε πως δεν προκύπτει κίνδυνος λειτουργικής ανικανότητας. Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν και σε άλλες μελέτες όπου διαπιστώνεται ότι όσα άτομα ζουν μόνα σε σύγκριση με άτομα που ζουν με σύντροφο ή άλλα μέλη δεν εμφανίζουν κίνδυνο λειτουργικής ανικανότητας (Wang et al., 2009; Wang et al., 2013; Michael et al., 2001; Sarwari et al., 1998). Σε έρευνα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, αναφέρεται πως παρατηρείται τις τελευταίες δεκαετίες να υπάρχει αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι, με σημαντική διαφορά για το γυναικείο φύλλο. Πάνω από το 40% των γυναικών στην Ευρώπη ζουν μόνες. Παρατηρείται ακόμα και σε πιο οικογενειοκρατούμενες κοινωνίες, όπως στην Ιαπωνία, οι ηλικιωμένοι να επιλέγουν να ζουν μόνοι. Φαίνεται πως πλέον δεν υπάρχει η πεποίθηση ότι το να ζει κάποιος μόνος ισοδυναμεί με κοινωνική απομόνωση,

απόσυρση και μοναξιά. Αντιθέτως, οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι φαίνεται, τις περισσότερες φορές να είναι από δίκη τους πρωτοβουλία, επιλέγοντας να ζουν στο δικό τους σπίτι ή στη δική τους γειτονιά. Αυτή η επιλογή ενισχύεται από την αύξηση της μακροζωίας που δίνει στα άτομα το πλεονέκτημα της καλής υγείας και της λειτουργικότητας, και από τους υψηλούς κοινωνικούς δεσμούς που δημιουργούνται στο πλαίσιο των δικτύων όπως επίσης και από την έμφαση που δίνεται στα περισσότερα κράτη στη φροντίδα της κοινότητας, για τα ηλικιωμένα άτομα (WHO, Global Health and aging 2011).

Φαινομενικά όσοι ζουν μόνοι έχουν καλύτερη υγεία και συνεπώς καλύτερη λειτουργικότητα διαφορετικά θα ήταν αδύνατο να ζουν μόνοι. Πέρα όμως από αυτό, δυνητικά υπάρχουν και άλλες εξηγήσεις γι' αυτά τα ευρήματα. Βιβλιογραφικά αναφέρεται συχνά πως όσοι ζουν μόνοι έχουν καλύτερη έκβαση υγείας όσον αφορά και τη λειτουργική ικανότητα, αλλά και την υγεία εν γένει, καθώς και μειωμένη θνησιμότητα, κυρίως για τις γυναίκες (Wang et al., 2013; Michael et al., 2001; Sarwari, 1998; Davis et al., 1997), παρ όλο που αναφέρεται στη βιβλιογραφία μεγαλύτερη πιθανότητα φαινομένων ιδρυματοποίησης (Steinbach, 1992). Με αυτές τις ενδείξεις εύλογα προκύπτει το ερώτημα για το αν υπάρχει κάποιο πλεονέκτημα υγείας για τους ανθρώπους που ζουν μόνοι. Ένα ισχυρό πλεονέκτημα στα άτομα που ζουν μόνα, επικεντρώνεται στο ότι, η αυτονομία και η προσπάθεια ενδυναμώνουν τη θέληση τους για ζωή. Φαίνεται να είναι πιο ενεργητικά στην καθημερινότητά τους και έχουν μια φιλοσοφία στωικότητας. Επίσης επειδή έχουν την αποκλειστική φροντίδα του εαυτού τους, χειρίζονται με επιμέλεια τις υποθέσεις που αφορούν την υγεία τους, αναπτύσσουν στρατηγικές αντιμετώπισης, καθώς δεν έχουν να βασιστούν παρά μόνο στον εαυτό τους και κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας. Η σωστή αξιοποίηση των διαθέσιμων πηγών που έχουν και η χρήση των υπηρεσιών υγείας, παρέχει στα άτομα αυτά τη δυνατότητα αυτονομίας, και ανεξάρτητης διαβίωσης (Davis et al., 1997).

Αν και στη βιβλιογραφία αναφέρεται συχνά πως τα άτομα που ζουν μόνα αναφέρουν συχνά συναισθήματα μοναξιάς, και κυρίως οι ηλικιωμένοι (Chen et al., 2014), είναι αναμφισβήτητο πως αυτό δεν είναι γενικός κανόνας και συχνά τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν μόνα, αναπτύσσουν έντονη διάθεση κοινωνικής αλληλεπίδρασης. Βασική προϋπόθεση στην απουσία λειτουργικής ανικανότητας των

ατόμων που ζουν μόνα, είναι η απουσία της κοινωνικής απομόνωσης και η παρουσία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Michael et al., 2001). Έχει αναφερθεί βιβλιογραφικά πως η επαφή με φίλους και συγγενείς και η κοινωνική ενασχόληση έχει ευεργετικές επιδράσεις στην ψυχική υγεία των γυναικών (Michael et al., 2001). Επιπλέον η κοινωνική υποστήριξη και αλληλεπίδραση παρέχει σημαντικά πλεονεκτήματα στη γενικότερη υγεία του ατόμου, αφού αποτελείται από αισθήματα αγάπης, σεβασμού, αποδοχής, κατανόησης, φροντίδας και ενδιαφέροντος (Antonucci & Akiyama H 2007), και παρέχει αίσθημα σταθερότητας, ευεξίας και προστατεύει από τους κινδύνους του άγχους (Michael et al., 2001; Berkman, 1995), αλλά παράλληλα έχει και θετική επίδραση στο νευροενδροκρινικό και στο ανοσοποιητικό σύστημα (Mendez de Leon et al., 2001; Seeman, 1996). Συνεπώς είναι πολύ πιθανό τα άτομα τα οποία ζουν μόνα να ενεργοποιούν πιο άμεσα τα κοινωνικά δίκτυα και να επιδιώκουν να έχουν πιο ενεργή επαφή με τα μέλη της κοινότητας (Davis et al., 1997).

Ωστόσο, σε κάποιες άλλες μελέτες έχει βρεθεί πως το να ζει κανείς μόνος, κυρίως αν ανήκει στο αντρικό φύλο έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στη λειτουργική ικανότητα όσο και στη γενικότερη υγεία του ατόμου (Lund et al., 2010; Nilson et al., 2008; Saito et al., 2017). Οι διαφοροποιήσεις αυτές στα αποτελέσματα πιθανά να οφείλονται στο βαθμό κοινωνικής ικανοποίησης και οι συγγραφείς αναφέρουν πως ενδεχόμενα υψηλότερα ποσοστά κοινωνικής ικανοποίησης να δύνανται να μετριάσουν τον κίνδυνο λειτουργικής ανικανότητας στα ηλικιωμένα άτομα (Lund et al., 2010).

6.2 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΉ ΜΕΤΆΒΑΣΗ

Σε μια προσπάθεια να γίνει καλύτερα κατανοητός ο ρόλος των οικογενειακών δεσμών και η δυνητική επίδραση του στη λειτουργική ανικανότητα, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης (demographic transition). Η μείωση της γονιμότητας σε συνάρτηση με τη μείωση της θνησιμότητας έχει σαν επακόλουθο την αύξηση του ηλικιωμένου πληθυσμού (Lee, 2003). Η οικονομική ανάπτυξη, όπως έχει φανεί, παίζει ρόλο στην απομάκρυνση των οικογενειακών

εστιών, καθώς οι νεότεροι αναγκάζονται να απομακρύνονται από την οικογενειακή και συγγενική εστία για να αναζητήσουν καλύτερη εργασία. Γίνεται εύκολα κατανοητό πως αυτή η αναγκαστική μετατόπιση λόγω ανάγκης επιβίωσης, μεταβάλλει τα κοινωνικά δίκτυα, και τις σχέσεις που αναπτύσσονται, καθώς οι άνθρωποι πλέον σε κάποιες περιπτώσεις αλληλεπιδρούν με μέλη εκτός του οικογενειακού δικτύου.

Επιπρόσθετα, καθώς μειώνεται η θνησιμότητα, και αυξάνεται το προσδόκιμο ζωής, αυξάνεται και ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, που όμως δεν έχει απαραίτητα καλή υγεία και συνήθως υποφέρει από κάποια ασθένεια. Σε αυτή την περίπτωση ο ηλικιωμένος χρήζει προστασίας και βοήθειας από το οικογενειακό του δίκτυο, του οποίου τα μέλη με τα νέα δεδομένα δεν είναι πάντα διαθέσιμα. Συνέπεια της μείωσης της γονιμότητας είναι και η μείωση της διαθεσιμότητας του αριθμού των παιδιών που μπορούν να υποστηρίξουν και να βοηθήσουν το ηλικιωμένο ευάλωτο μέλος τους, όπως επίσης και ο διαθέσιμος αριθμός του υπόλοιπου συγγενικού δικτύου που αποτελείται από αδέρφια, ξαδέρφια, θείους κλπ και που δυνητικά θα μπορούσε να υποστηρίξει τον ευάλωτο ηλικιωμένο (Sear & Coall, 2011).

Σε αυτό το σημείο πρέπει να αναφερθεί πως οι αλλαγές στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, επιφέρουν αλλαγές και στη δομή και λειτουργία της οικογενειακής ζωής όπως και στους ρόλους του κάθε μέλους. Η αλλαγή στα οικογενειακά δεδομένα έχει περιπλέξει τον τρόπο με τον οποίο τα μέλη της κάθε οικογένειας αντιλαμβάνονται το ρόλο τους. Το οικογενειακό δίκτυο επεκτείνεται πλέον σε συγγενικό και ψευδο-συγγενικό δίκτυο το οποίο μπορεί να περιλαμβάνει, νυν και πρώην συζύγους, παιδιά που μεγαλώνουν εκτός γάμου ή με πατριό ή μητριά, ετεροθαλή αδέρφια, κ.α. Συνεπώς οι διαχρονικές σχέσεις συγγένειας δεν εξαρτώνται πλέον μόνο από τους βιολογικούς ή νομικούς δεσμούς, και η έννοια της υποχρέωσης και αλληλοβοήθειας είναι διφορούμενη και εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Έτσι, μέσω των εκτεταμένων οικογενειακών δικτύων και την απομάκρυνση από την κλασσική οικογενειακή δομή, έχει δημιουργηθεί μια νέα φιλοσοφία αναφορικά με τις οικογενειακές σχέσεις στην οποία δεν είναι διασαφηνισμένοι οι ρόλοι του κάθε μέλους και αυτό ενδέχεται να επηρεάζει δυνητικά τη φροντίδα του ευάλωτου ηλικιωμένου (Cherlin, 2010).

6.3 ΔΙΑΦΟΡΈΣ ΑΝΆΜΕΣΑ ΣΤΙΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΈΣ ΧΏΡΕΣ

Επιπλέον στην παρούσα μελέτη έγινε μια προσπάθεια να αποτυπωθούν οι διαφορές των οικογενειακών δεσμών και της λειτουργικής ανικανότητας σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες ξεχωριστά. Όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα, στις μεσογειακές χώρες επιπρόσθετα και στην Πολωνία αναφέρονται μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας και ταυτόχρονα υψηλότερα ποσοστά οικογενειακών δεσμών. Αντιθέτως, στις υπόλοιπες χώρες της βόρειας και κεντρικής Ευρώπης αναφέρονται χαμηλότερα ποσοστά λειτουργικής ανικανότητας και ταυτόχρονα χαμηλότερα ποσοστά οικογενειακών δεσμών. Οι διαφοροποιήσεις αυτές μεταξύ των χωρών πιθανά μπορούν να εξηγηθούν μερικώς λόγω των διαφορών που υπάρχουν στην κουλτούρα της κάθε χώρας.

Υπάρχουν βιβλιογραφικές αναφορές όπου χαρακτηριστικά αναφέρεται πως υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές στην κουλτούρα των ευρωπαϊκών χωρών, αναφορικά με τη δυναμική των οικογενειακών δεσμών και την οικογενειακή κουλτούρα. Οι νότιες μεσογειακές χώρες φαίνεται να έχουν ισχυρότερους οικογενειακούς δεσμούς και γενικότερα χαρακτηριστικά περισσότερο οικογενειακής κουλτούρας, που σημαίνει πως για το άτομο πρωταρχική σημασία παίζει ρόλο η οικογένεια σε όρους οικογενειακής αφοσίωσης πίστης και αρχών, σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες της Ευρώπης που το άτομο παίρνει αξία ως ατομικότητα (Litwin H, 2009; Tomassini et al., 2004; Kalmijn & Sareceno, 2008; Zunzunegui et al., 2005; Ogg & Renaut, 2006). Οι διαφορές αυτές αφορούν το ρόλο της κοινωνικής ζωής και πιο συγκεκριμένα: στη δομή και στη λειτουργία των κοινωνικών δικτύων και στο χαρακτήρα του συστήματος φροντίδας (Litwin H, 2009; Viazzo, 2003).

Οι νότιες ευρωπαϊκές χώρες είναι ως δομή περισσότερο πυρηνικές, σε σχέση με τις βόρειες και κεντρικές ευρωπαϊκές χώρες. Σε μια μελέτη 28 Ευρωπαϊκών χωρών, το 2003 (Έρευνα Ευρωπαϊκής ποιότητας ζωής The European Quality of Life Survey), φάνηκε πως στην Ιταλία, το 25% των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών, ζούσε με ένα από τα παιδιά του στο ίδιο σπίτι. Η ίδια κατάσταση φάνηκε να συμβαίνει σε ποσοστό 20% έως 30% περίπου στη Μάλτα, στην Πολωνία, στην Ουγγαρία, στην Ισπανία στην Κύπρο και την Ελλάδα (Kalmijn & Sareceno, 2008; Saraceno et al., 2005; Iacovou, 2000). Παρόμοια αποτελέσματα αναφέρουν και οι Kalmijn και συν

2008 αναφέρουν πως στα νοικοκυριά της Ισπανίας και της Ιταλίας σε ποσοστό 35-39% τουλάχιστον ένα παιδί ζει μαζί με τους γονείς. Το ποσοστό αυτό είναι μικρότερο (10%) για τα νοικοκυριά της Γερμανίας, ενώ για τα νοικοκυριά των χωρών της Σουηδίας, Δανίας και Ολλανδίας είναι πολύ μικρότερο (Kalmijim & Saraceno,2008).

Σε όρους οικογενειακής κουλτούρας, παρατηρείται ότι οι μεσογειακές χώρες έχουν περισσότερο ανεπτυγμένη την έννοια της υποστήριξης ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας σε σχέση με τις υπόλοιπες ευρωπαϊκές χώρες. Σε μια μελέτη που συμπεριελάμβανε 4 ευρωπαϊκές χώρες, την Αγγλία, την Ολλανδία, την Ιταλία και τη Φιλανδία, φάνηκε πως στην Ιταλία υπήρχαν μεγαλύτερα ποσοστά οικογενειακής αλληλεπίδρασης με την έννοια της καθημερινής επαφής σε σχέση με τις υπόλοιπες χώρες του δείγματος (Tomassini et al., 2004). Αν και η αλληλεπίδραση δε σημαίνει απαραίτητα υποστήριξη, είναι ένας έμμεσος τρόπος υποδήλωσης της έννοιας υποστήριξης.

Σε ένα άλλο ευρωπαϊκό δείγμα 6 χωρών που αποτελούταν από τη Σουηδία, τη Δανία, την Ολλανδία, την Ιταλία την Ισπανία και την Ελλάδα, αν και προέκυψε μεγαλύτερη αναλογία ως προς τη βοήθεια των ηλικιωμένων σε πρακτικά θέματα από τις βόρειες ευρωπαϊκές χώρες, η αναλογία στη συχνότητα και στην ένταση της βοήθειας υπήρξε μεγαλύτερη για τις χώρες της νότιας Ευρώπης (Ogg & Renaut, 2006). Παρόμοια ευρήματα παρατηρούνται με σε μια άλλη ευρωπαϊκή μελέτη όπου προσεγγίστηκε η υποστήριξη σε όρους οικογενειακής κουλτούρας και πεποιθήσεων. Υπό την πεποίθηση για το αν πρέπει τα εργαζόμενα παιδιά να φροντίζουν τους γονείς, η πλειοψηφία των μεσογειακών χωρών απάντησε θετικά, ενώ αντίθετα η Σουηδία και η Ολλανδία έδωσαν αρνητικές απαντήσεις. Υπό την πεποίθηση για το αν πρέπει οι ηλικιωμένοι γονείς να ζουν στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά οι βόρειες και κεντρικές χώρες της Ευρώπης έδωσαν αρνητικές απαντήσεις σε αντίθεση με τις μεσογειακές, ενώ οι γερμανόφωνες χώρες και η Γαλλία ήταν ανάμεσα και στις δυο πεποιθήσεις. Τέλος αναφορικά με την πεποίθηση της οικονομικής υποστήριξης προς τους γονείς οι ερωτώμενοι των μεσογειακών χωρών μαζί με την Αυστρία, υπήρξαν ένθερμοι υποστηρικτές ενώ αντίθετα οι βόρειες χώρες φαίνεται να μην συμφωνούν καθόλου με την παροχή οικονομικής υποστήριξης προς τους γονείς. Ενδιάμεση στάση κράτησαν οι συμμετέχοντες της Γαλλίας και της Γερμανίας. Επιπλέον από την ίδια μελέτη προέκυψε πως στις χώρες με πιο οικογενειακή κουλτούρα, όπως η

Ελλάδα, η Ιταλία και η Αυστρία, διαπιστώθηκε να παρέχεται μεγαλύτερη φροντίδα από τα παιδιά, σε γονείς με προβλήματα υγείας (Kalmijim & Saraceno, 2008)

Παρατηρείται λοιπόν, πως στις μεσογειακές κυρίως χώρες υπάρχει η έντονη παραδοχή της υποχρέωσης φροντίδας προς τους ηλικιωμένους γονείς. Η παραδοχή αυτή απέχει από την κουλτούρα κυρίως των βόρειων Ευρωπαϊκών χωρών, όπου υποστηρίζεται η αντίληψη της ανεξαρτησίας ανάμεσα στις γενιές και η πεποίθηση πως τα παιδιά δεν είναι υποχρεωμένα να φροντίζουν τους γονείς τους.

Στο βαθμό αντίληψης της παροχής υποστήριξης και φροντίδας προς τους ηλικιωμένους, παίζει ρόλο και το επίπεδο παροχών από πλευρά κοινωνικής πολιτικής του κάθε κράτους. Σε κάθε χώρα υπάρχουν διαφορετικά θεσμικά πλαίσια παροχής φροντίδας τα οποία δε διαφέρουν μόνο ως προς την κρατική παροχή κοινωνικής πολιτικής και παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά και ως προς τα νομικά πρότυπα όσον αφορά τις διαγενεακές υποχρεώσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Για παράδειγμα στην Γερμανία την Ισπανία και το Ισραήλ, υπάρχει νομική υποχρέωση οικονομικής βοήθειας προς τους γονείς όταν αυτό είναι αναγκαίο (Motel-Klingebiel et al., 2005; Lowenstein & Olav Daatland, 2006). Σε γενικές γραμμές παρατηρείται πως η παροχή κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών είναι υψηλότερη στις σκανδιναβικές χώρες και στην πλειοψηφία των χωρών της κεντρικής Ευρώπης, παρόλο που στην πλειοψηφία των χωρών της κεντρικής Ευρώπης υπάρχει συνεπικουρία τόσο κρατικής όσο και οικογενειακής βοήθειας. Από την άλλη πλευρά, σε χώρες όπου η παροχή κρατικών κοινωνικών υπηρεσιών δεν είναι τόσο ανεπτυγμένη διαφαίνεται η αυξημένη οικογενειακή βοήθεια στην παροχή φροντίδας των ηλικιωμένων (Kalmijim& Saraceno 2008; et al., 2005; Lowenstein, & Olav Daatland, 2006).

Σε γενικές γραμμές η αναγνώριση των υποχρεώσεων και των παροχών προς τους ηλικιωμένους γονείς είναι παγκόσμια. Οι διαφορές αναφέρονται στον τρόπο ερμηνείας και παροχής υποστήριξης και η οικογένεια δεν αναγνωρίζεται πάντα ως ο φυσικός πάροχος φροντίδας των ηλικιωμένων. Στην κουλτούρα των νότιων χώρων η έννοια της θυγατρικής υποχρέωσης είναι πιο αφηρημένη και άνευ όρων, ενώ στην κουλτούρα των βόρειων ευρωπαϊκών χωρών υπάρχει μεγαλύτερη ακρίβεια στο πώς θα αποδώσουν τη φροντίδα στον ηλικιωμένο γονέα (Lowenstein, & Olav Daatland, 2006).

Κάθε χώρα δύναται να ερμηνεύει το βαθμό και την έκταση του φορτίου της λειτουργικής ανικανότητας με διαφορετικό τρόπο. Στις χώρες της βόρειας Ευρώπης η αυτονομία και η ανεξάρτητη διαβίωση θεωρούνται δεδομένα για τον κάθε πολίτη. Άλλωστε από τα σύστηματα κοινωνικής πολιτικής δίνεται έμφαση σε ένα σύστημα κοινωνικής προστασίας το οποίο ενθαρρύνει και διευκολύνει την ανεξάρτητη διαβίωση. Αυτό μπορεί να εξηγήσει την τάση των Βόρειων χωρών για πιο απόμακρες οικογενειακές σχέσεις. Αντιθέτως στις μεσογειακές χώρες η παροχή βοήθειας στα μέλη της οικογένειας θεωρείται μεγάλης αξίας.

6.4 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΊ ΚΑΙ ΠΛΕΟΝ�εΚΤΉΜΑΤΑ ΜΕΛΈΤΗΣ

6.4.1. Περιορισμοί μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει κάποιους περιορισμούς που βασίζονται στο σχεδιασμό της. Αρχικά, ο σχεδιασμός της ως συγχρονική, δημιουργεί αδυναμία στην αιτιολογική ερμηνεία των συσχετίσεων. Γι' αυτό τον λόγο, ο σχεδιασμός μιας προοπτικής μελέτης, αναλύοντας τις αλλαγές της λειτουργικής ανικανότητας διαχρονικά θα βοηθούσε στην περαιτέρω εξέταση της σχέσης μεταξύ της λειτουργικής ανικανότητας και των οικογενειακών δεσμών, παρέχοντας έτσι αποτελέσματα με αιτιολογικές συσχετίσεις.

Δεύτερον, η καταγραφή αυτοαναφερόμενων ερωτήσεων και απαντήσεων δεν μπορεί να αποκλείσει το υποκειμενικό σφάλμα στη μέθοδο μέτρησης. Ωστόσο η χρήση αυτοαναφερόμενων μεθόδων σε μεγάλες διαχρονικές μελέτες παρακολούθησης κοινωνικών φαινομένων είναι μια αποδεκτή μέθοδος (Baranowski, 1985; Brener et al., 2003).

Τρίτον, στην παρούσα μελέτη προσδιορίσαμε τους οικογενειακούς δεσμούς με περισσότερους δομικούς όρους και δε λάβαμε καθόλου υπόψη μας ποιοτικές μετρήσεις αναφορικά με την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις οικογενειακές σχέσεις. Η απουσία ποιοτικών μετρήσεων των οικογενειακών δεσμών ίσως να μας οδήγησε σε μη ακριβή ερμηνεία των αποτελεσμάτων των οικογενειακών σχέσεων. Παρόλα αυτά στην πλειοψηφία των μελετών οι οικογενειακές σχέσεις

προσδιορίζονται με δομικούς όρους οικογενειακής εγγύτητας, οικογενειακής αλληλεγγύης, οικογενειακής κατάστασης και αριθμού παιδιών.

Επιπλέον, από τη μελέτη αποκλείσαμε τους συμμετέχοντες που δεν είχαν καθόλου παιδιά. Συνεπώς, δεν ήταν εφικτή μια πιο πλήρη αντιπροσώπευση των οικογενειακών δεσμών ή διλλημάτων του δείγματος.

Τέλος, η μελέτη αυτή χρησιμοποιεί δεδομένα των ετών 2006-2007, καθώς δεν ήταν εφικτή η διαθεσιμότητα των δεδομένων για όλα τα κράτη σε επόμενα έτη. Για παράδειγμα λόγω της οικονομικής κρίσης η Ελλάδα δε συμμετείχε στο $4^{ο}$ και $5^{ο}$ κύμα της μελέτης SHARE. Ωστόσο διαχρονικός σχεδιασμός της μελέτης, δίνει τη δυνατότητα σε μια μελλοντική έρευνα, ώστε να εξεταστεί η τυχόν αλλαγή στη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων από την αλληλεπίδραση των οικογενειακών σχέσεων. Οι διαχρονικές συγκρίσεις ανάμεσα στα κύματα μπορεί να βοηθήσουν στην επεξήγηση της συσχέτισης ανάμεσα στους χαμηλούς οικογενειακούς δεσμούς και τη λειτουργική ανικανότητα, στην κατανόηση της περιπλοκότητας της υποκείμενης διαδικασίας, καθώς η λειτουργική ανικανότητα, δεν είναι απλώς μια συσσώρευση χρόνιων παθολογικών νοσημάτων, αλλά ενσωματώνει μια προσαρμοστική διαδικασία, κατά την οποία υπόκειται σε ένα πλήθος ψυχοκοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, αλλά και να επεξηγήσει το μέγεθος αυτών των επιδράσεων διαχρονικά.

6.4.2 Πλεονεκτήματα μελέτης

Η μελέτη SHARE μας δίνει τη δυνατότητα συλλογής δεδομένων που αφορούν την αποτύπωση των οικογενειακών σχέσεων, καθώς και ένα πλήθος σταθμισμένων μεταβλητών και μονάδων μέτρησης που προσδιορίζουν τη λειτουργική ικανότητα σε ένα συγκριτικό διακρατικό πλαίσιο.

Επιπλέον, υπάρχει η δυνατότητα αξιοποίησης και ελέγχου πλήθους μεταβλητών που δυνητικά μπορεί να επηρεάζουν τη λειτουργική ικανότητα ή τις οικογενειακές σχέσεις όπως μεταβλητές που αφορούν τη σωματική και ψυχική υγεία, το οικονομικό και εκπαιδευτικό επίπεδο κ.α. Η δυνατότητα ελέγχου συγχυτικών παραγόντων είναι χρήσιμη για την καλύτερη και πιο αντικειμενική απόδοση των αποτελεσμάτων.

Στη μελέτη αυτή υπήρξε η δυνατότητα αξιοποίησης ενός μεγάλου αντιπροσωπευτικού δείγματος από όλες τις χώρες της Ευρώπης που συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα της μελέτης. Ο μεγάλος αριθμός δείγματος μπορεί να θεωρηθεί ως αντιπροσωπευτικός του γενικού πληθυσμού.

Τέλος, για τις ανάγκες της στατιστικής επεξεργασίας αποκλείστηκαν από τη συγκεκριμένη μελέτη άτομα που νοσούσαν από άνοια, ώστε να μειωθεί η πιθανότητα παρερμηνείας των απαντήσεων.

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καθώς ο πληθυσμός συνεχίζει να γερνάει φαίνεται πως είναι επιτακτικός ο σχεδιασμός καινοτόμων πολιτικών στοχευμένων στις ανάγκες των ηλικιωμένων που αφορούν στην κοινωνική προστασία και τις διαγενεακές σχέσεις. Τα δυναμικά της υγείας κατά την έλευση του γήρατος γίνονται πολύπλοκα και περίπλοκα. Με την αύξηση της ηλικίας είναι γνωστό πως λαμβάνουν χώρα στον ανθρώπινο οργανισμό πλήθος παθοφυσιολογικών αλλαγών που επηρεάζουν τόσο την υγεία όσο και τη λειτουργικότητα των ανθρώπων. Σε κάθε περίπτωση, παρόλο που η έκβαση των συμπτωμάτων αυτών οδηγεί σε δυσμενείς καταστάσεις υγείας και κατά συνέπεια σε θνησιμότητα, είναι άγνωστη η επίδραση των καταστάσεων αυτών στη ζωή των ηλικιωμένων. Τα πολύπλοκα δυναμικά που συμβαίνουν στις υποκείμενες παθοφυσιολογικές αλλαγές, τις ασθένειες τη συνοσυρότητα και την έκπτωση της λειτουργικότητας, δεν έχουν την ίδια επίδραση στον κάθε άνθρωπο και μπορεί να λαμβάνουν χώρα είτε μέσω χρόνιων είτε μέσω βραχέων καταστάσεων.

Η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι ο κίνδυνος λειτουργικής ανικανότητας εξαρτάται από βιολογικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Παρόλα αυτά αποδείχτηκε πως η μειωμένη αλληλεπίδραση και επαφή με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργική ικανότητα των ηλικιωμένων. Επίσης διαπιστώθηκε πως υπάρχει και μια διαφοροποίηση στη λειτουργικότητα των ατόμων ανάμεσα στις χώρες της Ευρώπης, γεγονός που επιβεβαιώνει τη διαβάθμιση μεταξύ βορρά νότου. Χώρες με υψηλότερο βιοτικό επίπεδο, όπως οι βόρειες και κεντρικές Ευρωπαϊκές χώρες, έχουν χαμηλότερους οικογενειακούς δεσμούς και υψηλότερους δείκτες λειτουργικότητας στα ηλικιωμένα άτομα, ενώ αντίθετα, οι μεσογειακές χώρες φάνηκε να έχουν ισχυρότερους οικογενειακούς δεσμούς και τα ηλικιωμένα άτομα μειωμένη λειτουργικότητα.

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα τη παρούσας εργασίας γίνεται αντιληπτό ότι η ανίχνευση των οικογενειακών σχέσεων είναι αναγκαία για τη μείωση της κοινωνικής απομόνωσης των ηλικιωμένων για την επίτευξη ευνοϊκών συμπεριφορών για την υγεία και λειτουργικότητα, τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο αποκατάστασης. Ο όρος κοινωνική απομόνωση αναφέρεται σε μια αντικειμενική και μετρήσιμη αντανάκλαση του μειωμένου μεγέθους του κοινωνικού δικτύου και της

ανεπάρκειας της κοινωνικής επαφής (Steptoe et al., 2013), καθώς επίσης και σε έναν αντικειμενικό φυσικό διαχωρισμό από άλλους ανθρώπους, υπό δομικούς όρους, όπως το να ζουν μόνοι εξαιτίας αντικειμενικής απομάκρυνσης από τους σημαντικούς άλλους ή η να ζουν απομονωμένοι σε μια αγροτική γεωγραφική περιοχή (Tomaka et al., 2006). Η κοινωνική απομόνωση αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα κινδύνου τόσο για την υγεία όσο και για τη θνησιμότητα. Στην Αγγλική Διαχρονική Μελέτη για τη Γήρανση (ELSA) ο κίνδυνος θανάτου ήταν 1,26 στα περισσότερο κοινωνικά απομονωμένα άτομα (Steptoe et al., 2013). Διάφορες απόψεις της κοινωνικής απομόνωσης φαίνεται να εμπλέκονται τόσο σε δυσμενείς επιπτώσεις για την υγεία όσο και σε πολύπλευρες κοινωνικοπολιτισμικές αρνητικές συνέπειες. Σε μια έρευνα που έχει πραγματοποιηθεί στο Ευρωπαϊκό δείγμα της μελέτης SHARE, παράγοντες που σχετίζονται με την κοινωνική απομόνωση υπό όρους απουσίας ανταλλαγών κοινωνικής στήριξης, κοινωνικής αδράνειας και χωριστής διαβίωσης παιδιών από τους γονείς, έχουν φανεί ως επιβαρυντικοί παράγοντες ευεξίας (Βοζικάκη, 2018). Σε περεταίρω διερεύνηση των αρνητικών επιπτώσεων για την υγεία και των κοινωνικοψυχολογικών επιπτώσεων η κοινωνική απομόνωση έχει φανεί ως ένας ισχυρός προγνωστικός δείκτης εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, ανάπτυξης γνωστικής αναπηρίας και αύξησης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Bunker et al., 2003; Shankar et al., 2013; Glass et al., 2006). Οι μηχανισμοί μέσω ων οποίων η κοινωνική απομόνωση δυνητικά μπορεί να αποτελέσει επιβαρυντικό παράγοντα κακής πρόγνωσης της υγείας, βασίζονται την τεκμηρίωση ότι η κοινωνική απομόνωση λειτουργεί ως μια κατάσταση χρόνιου άγχους, η οποία δια μέσου βιολογικών και ψυχολογικών διαδικασιών αυξάνει την πιθανότητα κινδύνου για κακής υγείας και πρόωρο θάνατο (Shankar et al., 2011).

Μέσα από αυτά τα συμπεράσματα κρίνεται αντιληπτό πως η απομόνωση που προκύπτει ως έμμεσο αποτέλεσμα των χαμηλών οικογενειακών δεσμών ελλοχεύει σημαντικούς κινδύνους τόσο για τη σωματική υγεία όσο και για την ψυχική ευεξία των ηλικιωμένων ατόμων. Συνεπώς είναι εξέχουσας σημασίας οι σχεδιαστές πολιτικών υγείας αλλά και οι επαγγελματίες υγείας να λαμβάνουν υπόψη τους τις δυνητικές διαστάσεις των χαμηλών οικογενειακών δεσμών, τις αρνητικές επιπτώσεις που δύναται να εμφανιστούν χρονικά και να επηρεάσουν την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων.

Τα παραπάνω αποτελέσματα θα μπορούσαν να ληφθούν υπόψη από τους σχεδιαστές κοινωνικής πολιτικής και όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται σε δράσεις που αφορούν άτομα τρίτης ηλικίας με στόχο την ανάπτυξη στρατηγικών για την ενίσχυση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων με απώτερο στόχο την προαγωγή υγείας και την ενίσχυση της αυτόνομης διαβίωσης. Είναι κατανοητό πως τα ηλικιωμένα άτομα στα οποία διατηρείται η λειτουργικότητα και η ενεργητικότητα μπορούν να αποτελέσουν πηγή σημαντικής συνεισφοράς για την κοινωνία, τόσο σε επίπεδο οικογένειας, υποστηρίζοντας οικονομικά και λειτουργικά το οικογενειακό σύστημα ή βοηθώντας στην ανατροφή των παιδιών, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας μεταφέροντας τη σοφία και την εμπειρία τους και συνεισφέροντας εθελοντικά στις κοινωνικές οργανώσεις. Στόχος λοιπόν των στρατηγικών θα πρέπει να είναι η αύξηση του αριθμού των ενεργών ηλικιωμένων (World Population Aging, 2015).

Οι επαγγελματίες υγείας για να καθορίσουν τις στρατηγικές πρόληψης που αφορούν στην ανικανότητα, οφείλουν να λαμβάνουν υπόψη τους τα δυναμικά των οικογενειακών σχέσεων, ώστε να έχουν μια πληρέστερη κατανόηση του οικογενειακού προφίλ και της δυνητικής οικογενειακής απομόνωσης του ατόμου. Αν ληφθεί υπόψη πως τα άτομα καθώς γερνούν είναι εκτεθειμένα σε ευάλωτες καταστάσεις, γίνεται αντιληπτό πως η οικογενειακή και κοινωνική απομόνωση ενός ατόμου το καθιστά ακόμα πιο ευάλωτο. Σε τέτοιες περιπτώσεις κρίνεται αναγκαία η διατομεακή συνεργασία μεταξύ των φορέων της κοινότητας, ώστε να διασφαλιστεί ότι τα άτομα θα έχουν πρόσβαση σε όλους τους απαραίτητους φορείς που θα τους καλύψουν τις ανάγκες τους. Κρίνεται αντιληπτό πως η βελτίωση των συνθηκών υγείας και η εξάλειψη των κοινωνικοψυχολογικών ανισοτήτων στην υγεία δεν μπορεί να είναι αποκλειστικά και μόνο θέμα του ενός τομέα υγείας. Θα πρέπει να αφορά σε ενέργειες και πολιτικές που πρέπει να αναπτυχθούν και σε άλλους τομείς που έχουν άμεση επέμβαση στην υγεία και την ποιότητα ζωής. Υπό αυτό το πρίσμα σε επίπεδο πρωτοβάθμιας παρέμβασης, κρίνεται σημαντικό η ύπαρξη συνεργασίας φορέων της κοινότητας (Δήμοι, Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Νοσοκομεία, Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Προγράμματα Βοήθειας στο Σπίτι), με στόχο την ανίχνευση της κοινωνικοψυχολογικής κατάστασης του ηλικιωμένου, την παροχή υποστηρικτικών υπηρεσιών σε ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους και την μεταξύ τους συνεργασία. Σε εθνικό επίπεδο κρίνεται αναγκαία η ύπαρξη ολοκληρωμένων

πρακτικών που ενσωματώνουν παρεμβάσεις βασισμένες στις ιδιαίτερες ανάγκες των ηλικιωμένων με στόχο τη βελτίωση της υγείας και της ζωτικότητας της κοινωνίας.

Παράλληλα, η ανάπτυξη καλών πρακτικών προς την κατεύθυνση της μείωσης των παραγόντων που εντείνουν το φορτίο της οικογένειας στη φροντίδα του μη λειτουργικού ηλικιωμένου, μπορεί να αποτελέσει ένα μέσο μείωσης της εξάρτησης, και ενίσχυσης του οικογενειακού δυναμικού.

Η γνώση του είδους του οικογενειακού δικτύου στο οποίο είναι ενσωματωμένος ο ηλικιωμένος ενήλικος θα διευκολύνει την εξατομίκευση σχεδίων κοινωνικών παρεμβάσεων που απευθύνονται σε ευάλωτους ηλικιωμένους ενήλικους. Από ακαδημαϊκή άποψη, κρίνεται αναγκαίο να διεξαχθούν διαχρονικές μελέτες με πολυδιάστατη εστίαση για να κατανοηθεί η δυναμική των οικογενειακών δικτύων και η επίδρασή τους στην κατάσταση της υγείας και ιδιαίτερα στη λειτουργικότητα των ηλικιωμένων.

Επιπρόσθετα τα ευρήματα της παρούσας εργασίας μπορούν να παρέχουν αρκετή πληροφόρηση αναφορικά με το σχεδιασμό παρεμβάσεων που θα μπορούσαν να οδηγήσουν είτε στην λήψη προληπτικών μέτρων για τη λειτουργική ανικανότητα των ηλικιωμένων, είτε στη λήψη μέτρων ανακούφισης ώστε τα μη λειτουργικά ηλικιωμένα άτομα να ζουν ποιοτικά και ανεξάρτητα.

Συνεπώς κρίνεται αναγκαίο οι στρατηγικές δημόσιας υγείας να μη στοχεύουν μόνο σε παρεμβάσεις που αφορούν στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση ασθενειών, αλλά να προσεγγίζουν πιο σφαιρικά τις ανάγκες του ηλικιωμένου προσανατολιζόμενες στη διατήρηση και ενίσχυση της λειτουργικής ικανότητας. Λαμβάνοντας υπόψη τις αλλαγές που λαμβάνουν χώρα στον ανθρώπινο οργανισμό κατά τη διάρκεια του γήρατος αντιλαμβανόμαστε πως η λειτουργικότητα έχει μια φθίνουσα πορεία αναπόφευκτα. Υπό αυτό το πρίσμα οι παρεμβάσεις στον τομέα της δημόσιας υγείας θα πρέπει να είναι απρόσκοπτες, ώστε να μπορούν να εφαρμόζονται στους ηλικιωμένους καθώς συμβαίνει η μετάβαση από το ένα στάδιο λειτουργικής ικανότητας στο άλλο (WHO, 2015).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

Abizanda, P., Romero, L., Sánchez-Jurado, P.M., Martínez-Reig, M., Alfonso-Silguero, S.A., Rodríguez-Mañas, L. (2014). Age, frailty, disability, institutionalization, multimorbidity or comorbidity. Which are the main targets in older adults? *Journal of Nutrition Health and Aging, 18(6):622-7. doi: 10.1007/s12603-014-0033-3.*

Antonucci, T.C., Akiyama, H., Sherman, A.M (2007). *Social Networks, Support and Integration.* In: Birren JE, editors. Encyclopedia of gerontology. Amsterdam, Netherlands: Elsevier. 531–540

Avlund, K., Lund, R., Holstein, B.E., Due, P. (2004). Social relations as determinant of onset of disability in aging. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 38(1), 85-99.*

Baranowski, T. (1985): Methodologic issues in self-report of health behaviour. *Journal of School Health; 55(5):179-182*

Berkman, LF. (1995). The role of social relations in health promotion. *Psychosomatic Medicine, 57 (3),245–54),*

Börsch-Supan, A., Brugiavin, A., Jürges, H. Mackenbach, J., Siegrist, J., & Weber, G. (2005). *Health ageing and retirement in Europe – First results from the Survey of Health. Ageing and Retirement in Europe.* Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).

Borsch-Supan, A., Brandt, M., Hunkler, C., Kneip, T., Korbmacher, J., Malter, F., Schaan, B., Stuck, S., Zuber, S. (2013). Data Resource Profile: the Survey of Health. Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Internantional Journal of Epidemiology, 42(4), 992–1001.*

Borsch-Supan, A., & Jurges, A. (Eds.). (2005). *The survey of health, ageing and retirement in Europe— methodology.* Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.

Brener, N.D., Billy, J.O.G., Grady, W.R. (2003): Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health; 33:436-457.*

Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., and Blazer, D.G. (1994). The impact of depressive symptomatology on physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging. *American Journal of Public Health, 84(11): 1796–1799.*

Bunker, S., Colquhoun, D., Esler, M., Hickie, I., Hunt, D., Jelinek, M. et al. (2003). "Stress" and coronary heart disease: psychosocial risk factors. *Medical Journal of Australia, 178(6), 272-276.*

Carsten, J. (2004). *After kinship*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science, 4, 151–156. doi:10.1111/1467–8721.ep11512261*

Castro-Costa E, Dewey M, Stewart R, Banerjee S, Huppert F, Mendonca-Lima C, Bula C, Reisches F, Wancata J, Ritchie K, Tsolaki M, Mateos R, Prince M. (2008). Ascertaining late-life depressive symptoms in Europe: an evaluation of the survey version of the EURO-D scale in 10 nations. The SHARE project. *International Journal of Methods in Psychiatric Research,17(1):12-29.*

Cesari, M., Prince, M., Bernabei, R., Chan, P., …Vellas, B. (2016). Frailty- An emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association, 17 (3), 188-192.*

Chen, Y., Hicks, A., While, A. E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health and Social Care in the Community, 22(2), 113–123.*

Cherlin, A. L. (2010). Demographic trends in the United States: A review of research in the 2000s. *Journal of Marriage and Family, 72 (3), 403–419.*

Dale, C., Prieto-Merino, D., Kuper, H., Adamson, J., Bowling, A., Ebrahim, S., Casas. J.P. (2012). Modelling the association of disability according to the WHO International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) with mortality in the British Women's Heart and Health Study. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66(2):170-5.*

Davis, M. A., Moritz, D. J., Neuhaus, J.M., Barclay, J. D., and Gee, L. (1997). Living arrangements, changes in living arrangements, and survival among community dwelling older adults. *American Journal of Public Health, 87(3): 371–377.*

Fedarko, N.S. (2010). The Biology of Aging and Frailty. *Clinical Geriatric Medicine. 27(1): 27–37. doi:10.1016/j.cger.2010.08.006.*

Fiori, K. L., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2007). Social network types among older adults: A multidimensional approach. *The Journal of Gerontology Series B Psychological Social Sciences, 62B(6), 322–P330.*

Fried, L., P, Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J.D, and Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES, 59 (3) 255–263*

Garin, N., Olaya, B., Perales, J., Moneta, M. V, Miret., M., Ayuso-Mateos, J. L., et al. (2014). Multimorbidity patterns in a national representative sample of the Spanish adult population. *PLoS One, 9(1):e84794. doi: http: //dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0084794 PMID: 24465433*

Glass, T. A., Mendez De Leon, C. F., Bassuk, S. S., & Berkman, L. F. (2006). Social engagement and depressive symptoms in late life: longitudinal findings. *Journal of Aging and Health, 18(4), 604-628.*

Glass, T.A., Mendez de Leon, C.M., Marottoli, R.A., Berkman, L.F. (1999). Population based study of social and productive activities as predictors of survival among elderly Americans. *BMJ, 21;319(7208):478-83.*

Glynn, L. G., Valderas, J. M., Healy, P., et al. (2011). The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Family Practice, 28 (5), 516-23.*

Guralnik, JM., Kaplan, GA. (1989). Predictors of healthy aging: Prospective evidence from the Alameda Country Study. American Journal of Public Health, 79(6),703-8

Hajek, A., König, H-H. (2016). Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe- Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *PLoS ONE, 11(1) doi: 10.1371/journal.pone.0146967. eCollection 2016.*

Harris, R. E., Mion, L. C., Patterson, M.B et al. (1998). Severe illness in older patients: The association between depressive disorders and functional dependence\y during the recovery phase. *American Journal of Geriatric Society, 36 (10), 890-896.*

Hebert, R., (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal, 157(8), 1037-1045.*

Hebert,R., Brayne, C., Spiegelhalter, D. (1999). Factors Associated with Functional Decline and Improvement in a Very Elderly Community-dwelling Population. *American Journal of Epidemiolog., 1;150(5):501-10.*

Jenkins, K.R. (2004). Body-Weight Change and Physical Functioning Among Young Old Adults. *Journal of Aging Health, 16 (2), 248-66*

Jette, A. M., Cleary, P. D. (1987). Functional Disability Assesment. Physical Therapy, 67, 1854-1859.

Iacovou, M. (2000) Living Arrangements of Elderly Europeans, working paper, Institute for Social and Economic Research, University of Essex.

Kalmijn, M. & Saraceno, C. (2008). A comparative perspective on intergenerational support. *European Societies ,10(3), pp.479-508*

Kirkwood, T.B, Austad, S.N. (2000). Why do we age? *Nature,408,:233-8.*

Kivelä, S.L., Pahkala, K. (2001). Depressive disorder as a predictor of physical disability in old age. *Journal of the American Geriatrics Society, 49(3):290-6.*

Koukouli, S., Vlachonikolis, I.G., Philalithis, A. (2002). Socio-demographic factors and self-reported functional status: the significance of social support. *BMC Health Services Research, 2(20),*

Lang, I.A., Llewellyn, D.J., Langa, K.M., Wallace, RB., Melzer D. (2008). Neighbourhood deprivation and incident mobility disability in older adults. *Age Ageing, 37(4):403-10.*

Lee, R. (2003). Demographic transition: Three centuries of fundamental change. *Journal of Economic Perspectives, 17(4), 167–190.*

Lee, R.D., and Reher, D.S. (2011). *Demographic Transitions and its Consequences.* In Population and Development Review, A Supplement to Volume 37. Population Council. New York.

Litwin, H., Shiovitz-Ezra, S. (2010). Social Network Type and Subjective Wellbeing in a National Sample of Older Americans. *The Gerontologist, 51(3), 379–388.*

Litwin, H. (2009). Social Networks and Well-being: A Comparison of People in Mediterranean and Non Mediterranean countries. *Journal of Gerontology: Social Sciences, 65B(5): 599–608.*

Liu-Seifert, H., Siemers, E., Sundell, K., et al. (2015). Cognitive and functional decline and their relationship in patients with mild Alzheimer's dementia. *Journal of Alzheimers Disease, (3):949-55. doi: 10.3233/JAD-140792.*

Lowenstein, A. and Olav Daatland, S. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: evidence from the OASIS study. *Ageing & Society, 203–223*

Lund, R., Nilson C. J., Avlund, K. (2010). Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. Age and Ageing, 39 (3), 319–326

Lund, R., Pernille Due, P., Modvig, J., Holstein, B. E., Damsgaarda, M.T., Andersenc, P.K. (2002). Cohabitation and marital status as predictors of mortality an eight-year follow-up study. *Social Science & Medicine, 55 (4), 673–67.*

Mair, C.A. (2013). Family ties and health cross-nationally: The contextualizing role of familistic culture and public pension spending. *The Journals of Gerontology Series B Psychological Sciences Social Sciences, 68(6), 984–996.*

Manton, K.G., Lamb, V.L., Gu, X. (2007). Medicare cost effects of recent U.S. disability trends in the elderly: future implications. *Journal of Aging and Health, 19(3):359-81.*

Marengoni, A., Angleman, s., Melis, R., Mangialasche, F., Karp. A., Garmen, A., Meinow, B., Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews, 10(4), 430– 439*

Millán-Calenti, J. C., Tubío, J., Pita-Fernández, S., González-Abraldes, I., Lorenzo, T., Fernández-Arruty, T., Maseda, A. (2009). Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 50(3):306-10. doi: 10.1016/j.archger.2009.04.017.*

Mendes de Leon, C.F., Gold, D.T., Glass, T.A., Kaplan, L., & George, L.K. (2001). Disability as a Function of Social Networks and Support in Elderly African Americans and Whites: The Duke EPESE 1986-1992. *Journal of Gerontology, Social Sciences B,56 (3), S179-S190.*

Mendes de Leon, C.F., Glass, T.A., Beckett, L.A., Seeman, T.E., Evans, D.A., Berkman, L.F. (1999). Social networks and disability transitions across eight

intervals of yearly data in the New Haven EPESE. *Journal Of Gerontology B Social Sciences, 54 (4) S162–S172.*

Michael, Y.L., Berkman, L.F., Colditz, G.A., & Kawachi, I. (2001). Living arrangements, social integration and change in functional health status. *American Journal of Epidemiology, 153(2), 123–131.*

Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., and Von kondratowitz, H. J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing & Society,25 (6), 863–88*

Murata C., Saito T., Tsuji T., Saito M., and Kondo, K. (2017). A 10-Year Follow-Up Study of Social Ties and Functional Health among the Old: The AGES Project. *International Journal of Environmental Research and Public Health,14(7).*

Nikolas, S., Huppert, F.A., McWilliams, B., Melzer D. (2003). *Physical and cognitive function.* In: Health, wealth and lifestyles of older population in England: The 2002 English Longitudinal Study of Ageing, ed. Marmot, M., Banks, J., Blundell, R., Lessof, C., and Nazroo, J. 249-71. London :IFS

Nikolova, R., Demers, L., Béland, F., Giroux, F. (2011). Transitions in the functional status of disabled community-living older adults over a 3-year follow-up period. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 52(1):12-7*

Nilsson, C. J., Avlund, K., & Lund, R. (2011). Onset of mobility limitations in old age: The combined effect of socioeconomic position and social relations. *Age and Ageing, 40,607–614.*

Nilsson, C. J., Lund, R., & Avlund, K. (2008). Cohabitation Status and onset of disability among older Danes. Is social participation a possible mediator? *Journal of Aging and Health, 20(2), 235–253.*

Ogg, J., and Renaut, S. (2006). The support of parents in old age by those born during 1945–1954: A European perspective. *Ageing & Society, 26(5),723–743.*

Pope, S. K., Sowers, M. F., Welch, G. W., Albrecht, G. (2001). Functional Limitations in Women at Midlife: The Role of Health Conditions, Behavioral and Environmental Factors. *Womens Health Issues, 11(6), 494-50.*

Prince, M. J., Reischies, F., Beekman, A.T., Fuhrer, R., Jonker, C., et al. (1999). Development of the EURO-D scale–a European. Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centres. *The British Journal of Psychiatry, 174, 330–338.*

Reinhardt, J. D., von Elm, E., Fekete, CC., Siegrist, J. (2012). Social Inequalities of Functioning and Perceived Health in Switzerland–A Representative Cross-Sectional Analysis. *PLoS ONE, 7(6) e38782. doi:10.1371/journal.pone.0038782.*

Rico-Uribe L.A., Caballero F.F., Olaya B., Tobiasz-Adamczyk B.,, …… Miret M. (2015). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PLoS One, 11(1)* doi*: 10.1371/journal.pone.0145264. eCollection 2016.*

Rodrigues, M.A., Facchini, l.A., Thumé, E., Maia, F. (2009). Gender and incidence of functional disability in the elderly: a systematic review. *Cadernos de Saude Publica, 25 (3):s464-76.*

Rodriquez Lopez, S., Montero, P., Carmenate, M., Avendano, M. (2014). Functional decline over 2 years in older Spanish Adults. Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Geriatrics and Gerontology International, 14(2), 403-412.*

Rosso, A.L., Taylor, J.A., Tabb, L.P., Michael. Y.L. (2013). Mobility, disability, and social engagement in older adults. *Journal of Aging and Health,25(4):617-37.*

Saito, T., Murata, C., Aida, J., & Kondo, K. (2017). Cohort study on living arrangements of older men and women and risk for basic activities of daily living disability: Findings from the AGES project. *BMC Geriatrics, 17(1).*

Saito, E., Ueki, S., Yasuda, N., Yamazaki, S., & Yasumura, S. (2014). Risk factors of functional disability among community-dwelling elderly people by household in Japan: A prospective cohort study. *BMC Geriatrics, 14.*

Santos-Eggimann, B., Cuenoud, P., Spagnoli, J., Junod, J. (2009). Prevalence of frailty in middle-aged and older community-dwelling Europeans living in 10 countries. *Journal of Gerontology Medical Sciences, 64 (6): 675-681.*

Saraceno, C., Olagnero, M. and Torrioni, P. (2005). *First European Quality of Life Survey. Families, Work and Social Networks, European Foundation for Improving Working and Living Conditions*. Luxembourg Office for Official Publications, Luxembourg.

Sarwari, A.R., Fredman. L., Langenberg, P., Magaziner, J. (1998). Prospective Study on the Relation between Living Arrangement and Change in Functional Health Status of Elderly Women. *American Journal of Epidemiology 147(4):370-8.*

Schäfer, I., Hansen, H., Schön, G., Höfels, S., Altiner, A., Dahlhaus, A., Gensichen, J.,…Wiese, B. (2012). The influence of age, gender and socioeconomic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Services Research, 12 (89).*

Schultz, L., Avlund, K., Kreiner, S. (1992). Functional ability of community dwelling elderly. Criterion-related validity of a new measure of functional ability. *Journal of Clinical Epidemiology , 45(11),1315-1326.*

Sear, R., & Coall, D. (2011). *How Much Does Family Matter? Cooperative Breeding and the Demographic Transition*. In Lee, R, D., and Reher, D. S. (Eds.), Demographic Transitions and its Consequences (pp 81-114). In Population and Development Review, A Supplement to Volume 37. Population Council. New York.

Seeman, T., Xinguang, C. (2002). Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal Of Gerontology B Psychological Sciences Social Sciences, 57(3),S135-144.*

Seeman, T.E., Bruce, M.L., McAvay, G.J. (1996). Social network characteristics and onset of ADL disability: MacArthur studies of successful aging. *Journal Of Gerontology Social Sciences, 51(4),S191-200.*

Seeman, T.E., Berkman, L.F., Charpentier P.A., Blazer, D.G. et al. (1995). Behavioral and Psychosocial of Physical Performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal Of Gerontology Medical Sciences, 50(4), m177-m183.*

Seeman, T.E. (2000). Health promoting effects of friends and family on health outcomes in older adults. *American Journal of Health Promotion, 14(6):362-70.*

Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A. & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine, 75(2), 161-170.*

Silverstein, M., Giarrusso, R. (2010). Aging and Family Life: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family, 72(5): 1039–1058.*

Spalter, T., Brodsky, J., & Shnoor, Y. (2013). Improvements and decline in the physical functioning of Israeli older adults. *The Gerontologists, 54(6), 919–929.*

Steinbach U. (1992). Social networks, institutionalization, and mortality among elderly people in the United States. *Journal of Gerontology, 47(4),S183–90*

Steptoe, A., Shankas, A., Demakakos, P. & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women Andrew. *PNAS, 110(15),5797-5801.*

Stoeckel, K.J., and Litwin, H. (2016). The impact of social networks on the relationship between functional impairment and depressive symptoms in older adults. *International Psychogeriatrics, 28:1, 39–47*

Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., Shema, S. J., & Kaplan, G. A. (1996). Successful aging: Predictors and associated activities. *American Journal of Epidemiology, 144(2), 135–141.*

Stuck, A.E., Walthert, J.M., Nikolaus, T., et al. (1999). Risk factors for functional status decline in community-living elderly people: a systematic literature review. *Social Science and Medicine Journal, 48(4), 445-69.*

Tomaka, J., Thompson, S., & Palacios, R. (2006). The relation of social isolation, loneliness, and social support to disease outcomes among the elderly. *Journal of Aging and Health, 18*(3), 359-384,

Tomassini, C., Kalogirou S., Grundy, E., Fokkema, T., Martikainen, P., Broese van Groenou, M., Karisto, A. (2004). Contacts between elderly parents and their children in four European countries: current patterns and future prospects. *European Journal of Ageing,1(1):54-63.*

Unger, J.B., McAvay, G., Bruce, M.L., Berkman, L., Seeman, T. (1999). Variation in the impact of social network characteristics on physical functioning in elderly persons: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology B Social Sciences, 54(5), S245-251.*

Van Reekum, R., Simard, M., Diana Clarke, D., David Conn, D.,Cohen, T., Wong,T. (2000). The role of depression severity in the cognitive functioning of elderly subjects with central nervous system disease. *Journal of Psychiatry and Neuroscince, 25(3):262-268.*

Verbrugge, L.M., Jette, A.M. (1994). The disablement process. *Social Science Medicine, 38 (1), 1-14.*

Viazzo, P.P. (2003). What's so special about the Mediterranean? Thirty years of research on household and family in Italy. *Continuity and Change, 18 (1), 111-137*

Vogeli, C., Shields, A.E., Lee, T.A. et al. (2007). Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. *Journal of General Internal Medicine, 2 (3),391-395.*

Wahrendorf, M., Reinhardt, J.D., Johannes Siegrist, J. (2013). Relationships of Disability with Age Among Adults Aged 50 to 85: Evidence from the United States, England and Continental Europe. *PLOS ONE, 8(8): e71893. doi:10.1371/journal.pone.0071893*

Waldron, I., Hughes, M. E., Brooks, T.L. (1996). Marriage protection and marriage selection--prospective evidence for reciprocal effects of marital status and health. *Social Sciences Medicine,43(1):113-123*

Wang, H. H., Wang, J. J., Wong, S. Y., Wong, M. C., Li, F. J., Wang, P. X., et al. (2014). Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC Medicine, 12(1):188. doi: http://dx.doi.org/10.1186/s12916-014-0188-0 PMID: 25338506 83.*

Wang, H., Chen, K., Pan, Y., Jing, F., & Liu, H. (2013). Associations and impact factors between living arrangements and functional disability among older Chinese adults. *PLoS One, 8(1), e53879. http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0053879.*

Wang, H., Zheng, J., Kurosawa, M., Inaba, Y., & Kato, N. (2009). Changes in activities of daily living (ADL) among elderly Chinese by marital status, living arrangement, and availability of healthcare over a 3-year period. Environmental Health and Preventive Medicine, 14, 128–141.

W.H.O (2011). Global Health and Aging, Geneva: World Health Organization. Available at https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

W.H.O (2015).World Report on Ageing and Health. Geneva: World Health Organization available at: https://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en/

W.H.O (1980). International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva: World Health Organization.

W.H.O (2001). International Classification of Functioning Disability and Health (ICF), Geneva: World Health Organization.

World Population Ageing (2015). United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, διαθέσιμο στο http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/ageing/WPA2015.shtml

Young, Y. Frick, K. D., Phelan, E. (2009). Can Successful Aging and Chronic Illness Coexist in the Same Individual? A Multidimensional Concept of Successful Aging. Journal of the American Medical Directors Association, 10 (2), 87–92

Zunzunegui, M.V., Rodriguez-Laso, A., Otero, A., ……. Deeg, D.J. H. (2005). Disability and social ties: comparative findings of the CLESA study. *European Journal of Ageing, 2 (1), 40-47*

Ελληνική

Βοζικάκη, Μαρία. (2018). *Διερεύνηση της ευεξίας και της χρήσης υπηρεσιών υγείας των ηλικιωμένων ατόμων στην Ελλάδα και την Ευρώπη: Ο ρόλος των κοινωνικών παραγόντων*. Διδακτορική Διατριβή, Ηράκλειο 2018.

Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Π., Φιλαλήθης, Τ. (2009). (Επιμ*). Ζωή 50+ Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και Ευρώπη.* Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα 2009.

Ηλεκτρονικές Πηγές:

Μπαλούρδος, Δ., Δεμερτζής, Ν., Πιερράκος, Γ., Κικίλιας, Η. (2019). Η χαμηλή γονιμότητα στην Ελλάδα, δημογραφική κρίση και πολιτικές ενίσχυσης της οικογένειας. https://www.dianeosis.org/research/demography/

Grammenos, S. (2013). European comparative data on Europe 2020 & People with Disabilities. Final report prepared by Stefanos Grammenos from Centre for European Social and Economic Policy (CESEP ASBL) on behalf of the Academic Network of European Disability Experts (ANED). https://digitalcommons.ilr.cornell.edu/gladnetcollect/568

European Commission. (2014). Population ageing in Europe: facts, implications and policies. Outcomes of the EU-funded research. Luxembourg: Publication Office of the European Union (Chapter one). Διαθέσιμο: https://ec.europa.eu/research/social-ciences/pdf/policy_reviews/kina26426enc.pdf

Eurostat (2017), People in the EU - statistics on household and family structures https://ec.europa.eu/eurostat/statistics- explained/index.php/People_in_the_EU_-_statistics_on_household_and_family_structures

Παράρτημα Εργαλεία και δείκτες μέτρησης

Physical Functioning Indicators	
Mobility sensory functioning questions	*Please look at card 11. Please tell me whether you have any difficulty doing each of the everyday activities on card 11. Exclude any difficulties that you expect to last less than three months.(Because of a health problem, do you have difficulty doing any of the activities on this card?)* 1. Walking 100 metres 2. Sitting for about two hours 3. Getting up from a chair after sitting for long periods 4. Climbing several flights of stairs without resting 5. Climbing one flight of stairs without resting 6. Stooping, kneeling, or crouching 7. Reaching or extending your arms above shoulder level 8. Pulling or pushing large objects like a living room chair 9. Lifting or carrying weights over 10 pounds/5 kilos, like a heavy bag of groceries 10. Picking up a small coin from a table 11. None of these
Instrumental Activities of daily leaving	*Please look at card 12.Here are a few more everyday activities. Please tell me if you have any difficulty with these because of a physical, mental, emotional or memory problem. Again exclude any difficulties you expect to last less than three months.(Because of a health or memory problem, do you have difficulty doing any of the activities on card 12?) Dressing, including putting on shoes and socks* 1. Walking across a room 2. Bathing or showering 3. Eating, such as cutting up your food 4. Getting in or out of bed 5. Using the toilet, including getting up or down 6. Using a map to figure out how to get around in a strange place 7. Preparing a hot meal 8. Shopping for groceries 9. Making telephone calls 10. Taking medications 11. Doing work around the house or garden Managing money, such as paying bills and keeping track of expenses 12. None of these

Family ties Indicators	
Marital Status	"What is your marital status?" 1. Married and living together with spouse, 2. Registered partnership, 3. Married, living separated from spouse 4. Never married 5. Divorced 6. Widowed
Number of children;	*"How many children do you have that are still alive? Please count all natural children,fostered, adopted and stepchildren"*
Frequency of family contact over the last 12 months;	*During the past twelve months, how often did you have contact with child either personally, by phone or mail?* 1. Daily 2. Several times a week 3. About once a week 4. About every two weeks 5. About once a month 6. Less than once a month 7. Never
Family spatial proximity	*Please look at card 33.Where does [{child name}] live?* 1. In the same household 2. In the same building 3. Less than 1 kilometre away 4. Between 1 and 5 kilometres away 5. Between 5 and 25 kilometres away 6. Between 25 and 100 kilometres away 7. Between 100 and 500 kilometres away 8. More than 500 kilometres away 9. More than 500 kilometres away in another country

Παράρτημα μεταβλητές υγείας

Health Indicators	
Chronic diseases	*"Has a doctor ever told you that you had any of the conditions…"* 1. myocardial infarction 2. high blood pressure, or hypertension, 3. high blood cholesterol, 4. stroke, 5. diabetes or high blood glucose, 6. chronic lung disease, 7. asthma, 8. arthritis, 9. osteoporosis, 10. cancer, 11. stomach or duodenal/peptic ulcer)
Disease symptoms	*"For the past six months at least, have you been bothered by any of the following health conditions…?"* 1. pain in back, knees, 2. hips or other joints; 3. heart trouble; 4. breathlessness; 5. persistent cough; 6. swollen legs; 7. sleeping problems; 8. falls; 9. fear of falling down; 10. dizziness; 11. faints or blackouts; 12. stomach or intestine problems; incontinence
Depressive symptoms European Depression Scale	**1.** In the last month I have been sad or depressed **2.** No hopes for the future **3.** Suicidal feelings or wishing to be dead **4.** Obvious excessive guilt or selfblame **5.** Example(s) given which constitute obvious excessive guilt or self-blame **6.** Trouble with sleep or recent change in patter **7.** Less interest than usual mentioned **8.** Does not keep up interests **9.** Have been irritable recently **10.** Diminution in desire for food **11.** Have been eating more or less than usual **12.** Have had too little energy to do the things they wanted to do **13.** Difficulty in concentrating on entertainment **14.** Difficulty in concentrating on

	reading **15.** Fails to mention any enjoyable activity **16.** Have cried in the last month **17.** Ever suffered from symptoms of depression which lasted at least two weeks **18.** Treated for depression by a family doctor or a psychiatrist? **19.** Ever admitted to a mental hospital or psychiatric ward