



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΣΧΟΛΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Το σύνδρομο ευαλωτότητας και η ποιότητα ζωής σε ένα επιλεγμένο
οικονομικά ασθενή πληθυσμό στην πόλη του Ηρακλείου
-Ο ρόλος των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του τρόπου ζωής-»**

Σαμώλη Αμαλία

**Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ελλάδα
Ηράκλειο, Ιούνιος 2015**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Το σύνδρομο ευαλωτότητας και η ποιότητα ζωής σε ένα επιλεγμένο
οικονομικά ασθενή πληθυσμό στην πόλη του Ηρακλείου
-Ο ρόλος των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του τρόπου ζωής-»**

Σαμώλη Αμαλία

**Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ελλάδα
Ηράκλειο, Ιούνιος 2015**

Το σύνδρομο ευαλωτότητας και η ποιότητα ζωής σε ένα επιλεγμένο οικονομικά ασθενή πληθυσμό στην πόλη του Ηρακλείου

-Ο ρόλος των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του τρόπου ζωής-

ALL RIGHTS RESERVED © 2015 Σαμώλη Αμαλία

Επιβλέποντες:

- 1. Λιονής Χρήστος**, καθηγητής
Γενικής Ιατρικής και
Πρωτοβάθμιας Φροντίδας
Υγείας, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Κρήτης
- 2. Τζανάκης Νίκος**, αναπληρωτής
καθηγητής Επιδημιολογίας,
Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο
Κρήτης

Συμβουλευτική

Επιτροπή:

Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα,
Επιδημιολόγος ερευνήτρια-
GISanalyst, MPH, υποψήφια
διδάκτωρ, Ιατρική Σχολή,
Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ευχαριστίες

Η υλοποίηση της συγκεκριμένης εργασίας έγινε με την βοήθεια πολλών ανθρώπων οι οποίοι συνέβαλλαν με τον δικό τους τρόπο για την ολοκλήρωση της. Αρχικά, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον κ. Χρήστο Λιονή (καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης) για την συνεχή επίβλεψη που μου προσέφερε. Οι συμβουλές, οι γνώσεις του και η καθοδήγηση του ήταν καθοριστικές για την ολοκλήρωση τη παρούσας μεταπτυχιακής εργασίας.

Επίσης, θέλω να εκφράσω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου στον Καθηγητή κ. Νικόλαο Τζανάκη (αναπληρωτής καθηγητής Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης), καθώς η παρουσία του και οι οδηγίες ήταν σημαντικές για την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας.

Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω, όλους τους Καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος και ιδιαίτερα τον κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη για τις γνώσεις και τις αξίες που μας προσέφεραν όλον αυτόν τον καιρό.

Επιπρόσθετα, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην κ. Δήμητρα Σηφάκη Πιστόλλα (Επιδημιολόγος ερευνήτρια-GISanalyst, MPH, υποψήφια διδάκτωρ, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης) για την συνεχή παρουσία, καθοδήγηση και συμπαράσταση της όλον αυτόν καιρό. Η συμβολή της ήταν πολύτιμη για την διεκπεραίωση της παρούσας μελέτης.

Θα ήταν παράληψη να μην ευχαριστήσω το προσωπικό του Κοινωνικού Χώρου του Δήμου Ηρακλείου, καθώς χωρίς την βοήθεια τους δεν θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη έρευνα.

Τέλος, τόσο εγώ όσο και οι επιβλέποντες καθηγητές επιθυμούμε να αφιερώσουμε αυτή την εργασία στον αείμνηστο Ι.Κομνηνό, ο οποίος είχε παρουσιάσει σημαντικό έργο στο θέμα αυτό.

Περιεχόμενα

Περίληψη	(σελ. 5)
Abstract	(σελ. 7)
1. Εισαγωγή	(σελ. 10)
1.1. Ανασκόπηση βιβλιογραφίας	(σελ. 11)
2. Σκοπός και επιμέρους στόχοι	(σελ. 18)
3. Μεθοδολογία	(σελ. 19)
3.1. Περιοχή και δείγμα μελέτης	(σελ. 19)
3.2. Εργαλεία καταγραφής	(σελ. 20)
3.3. Στατιστική ανάλυση	(σελ. 22)
4. Αποτελέσματα	(σελ. 23)
4.1. Προφίλ συμμετεχόντων	(σελ. 23)
4.2. Συνήθειες και συννοσηρότητα του υπό μελέτη πληθυσμού	(σελ. 29)
4.3. Συμπτώματα συνδρόμου ευαλωτότητα	(σελ. 34)
4.4. Ευαλωτότητα και ποιότητα ζωής	(σελ. 35)
4.5. Ευαλωτότητα και ευημερία	(σελ. 38)
4.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου	(σελ. 43)
5. Συζήτηση	(σελ. 45)
5.1. Κύρια ευρήματα	(σελ. 45)
5.2. Σχόλια υπό το φως της βιβλιογραφίας	(σελ. 46)
5.3. Αδυναμίες και δυνατά σημεία μελέτης	(σελ. 48)
5.4. Απήχηση	(σελ. 49)
6. Συμπεράσματα	(σελ. 51)
7. Βιβλιογραφία	(σελ. 52)
Παραρτήματα	(σελ. 58)
Παράρτημα 1	(σελ. 59)
Παράρτημα 2	(σελ. 65)
Παράρτημα 3	(σελ. 70)
Παράρτημα 4	(σελ. 81)

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: «Το σύνδρομο ευαλωτότητας και η ποιότητα ζωής σε ένα επιλεγμένο οικονομικά ασθενή πληθυσμό στην πόλη του Ηρακλείου

-Ο ρόλος των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του τρόπου ζωής-»

Της: Σαμώλη Αμαλίας

Υπό τη επίβλεψη των:

1. **Λιονής Χρήστος**, καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. **Τζανάκης Νικόλαος**, αναπληρωτής καθηγητής Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή:

1. **Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα**, Επιδημιολόγος ερευνήτρια-GISAnalyst, MPH, υποψήφια διδάκτωρ, Σχολή Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Ημερομηνία: Ιούνιος, 2015

Λέξεις κλειδιά: σύνδρομο ευαλωτότητας, ποιότητα ζωής, ευημερία, κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες, τρόπος ζωής

Εισαγωγή: Το σύνδρομο ευαλωτότητας (frailty syndrome) αποτελεί μια κατάσταση κλινικής αδυναμίας του ατόμου, το οποίο προκύπτει κυρίως λόγω προχωρημένης ηλικίας, προκαλώντας επιπτώσεις σε διάφορα φυσιολογικά συστήματα του ατόμου. Ωστόσο, τα τελευταία χρόνια αναμένεται να έχει επέλθει αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του συνδρόμου ιδιαίτερα σε περιοχές όπως η πόλη του Ηρακλείου ή επιμέρους ευάλωτες πληθυσμιακές ομάδες (άνεργοι, άστεγοι, ανασφάλιστοι).

Σκοπός: Η διερεύνηση των επιπέδων ευαλωτότητας, της ποιότητας ζωής και της ευημερίας σε ένα επιλεγμένο οικονομικά ασθενή πληθυσμό της πόλης του Ηρακλείου.

Μεθοδολογία: Περιοχή μελέτης θεωρήθηκε η πόλη του Ηρακλείου και συγκεκριμένα το δείγμα συλλέχθηκε από τον Κοινωνικό Χώρο του Δήμου Ηρακλείου (Ίδρυμα Α. & Μ. Καλοκαιρινού). Οι συμμετέχοντες ήταν ενήλικες άνω των 18 ετών οι οποίοι χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του ιδρύματος. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πακέτο SPSS 20.0 ($\alpha=0.05$), αφού πρώτα έγινε έλεγχος κανονικότητας όλων των μεταβλητών. Για τις μεταβλητές που εμφάνιζαν κανονική κατανομή ($Pvalue>0.05$) ακολουθήθηκε παραμετρικός έλεγχος (chi-square, anova, t-test) ενώ στην αντίθετη

περίπτωση ($Pvalue < 0.05$), μη παραμετρικός έλεγχος (Fisher's exact test, Kruskal Wallis, Man-Whitney). Τέλος, όλες οι μεταβλητές ελέχθησαν σε μονο-παραγοντικά αλλά και πολύ-παραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης.

Αποτελέσματα: Το δείγμα αποτελούνταν από 314 ωφελούμενους του Κοινωνικού Χώρου του Δήμου Ηρακλείου. Ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας στον πληθυσμό μελέτης ήταν 9.5% ενώ ήταν 18.4% για το προ-σταδίου ευαλωτότητας (συνολικά για τα δύο στάδια: 28.1%). Το ποσοστό ευαλωτότητας αυξήθηκε στα άτομα άνω των 65 ετών αγγίζοντας το 55.5% (22.2% και 33.3% για τους άνδρες και τις γυναίκες, αντίστοιχα). Η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τρόπος διαβίωσης, η διαμονή των παιδιών (αφορά τόσο τη διαμονή των παιδιών μακριά από τους ερωτηθέντες όσο και τους συμμετέχοντες που δεν έχουν παιδιά), το χαμηλό εισόδημα, τα έτη καπνίσματος, η κατανάλωση αλκοόλ και ο αριθμός των νοσημάτων φάνηκε να συνδέεται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue < 0.05$). Τόσο η άθληση (OR=0.2, 95% CI=0-0.4, $Pvalue=0.01$) όσο και η διαμονή των παιδιών στο ίδιο κτίριο, σε κοντινή/ίδια περιοχή (OR=0.5, 95% CI=0.1-0.7 και OR= 0.82, 95% CI=0.6-0.9, $Pvalue < 0.001$ αντίστοιχα), φάνηκε ότι δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες για το σύνδρομο ευαλωτότητας.

Συμπεράσματα: Το σύνδρομο ευαλωτότητας, ιδιαίτερα εν καιρώ οικονομικής δυσχέρειας, έχει αυξηθεί στους μεγαλύτερους ενήλικες ενώ εμφανίστηκε ακόμη και σε νεότερους ενήλικες. Επομένως, η σύνταξη και εφαρμογή παρεμβάσεων που αφορούν τόσο την πρόληψη όσο την θεραπεία του συνδρόμου κρίνεται αναγκαία στην περίπτωση της πόλης του Ηρακλείου. Με αυτό τον τρόπο θα βελτιωθούν τα επίπεδα ποιότητας ζωής και ευημερίας των οικονομικά ασθενέστερων ενηλίκων.

Abstract

Title: Frailty syndrome and life quality in a selected economically vulnerable population in Iraklion city-The role of socio-economic factors and lifestyle factors-

By: Amalia Samoli

Supervisors: 1. C. Lionis

2. N. Tzanakis

Date: June, 2015

Key words: frailty syndrome, quality of life, well-being, socio-economic factors, lifestyle

Introduction: The “frailty syndrome” is a common condition of clinical weakness, which occurs mainly due to the increase of age; affecting an individual’s physiology. Prevalence of the frailty syndrome is expected to have been increased during the last years, mainly in regions like Iraklion city or several population sub-groups (eg. unemployed, homeless, uninsured).

Purpose: Purpose of this study was to assess the “frailty syndrome”, quality of life and well- being among a selected economically vulnerable population of the city of Iraklion.

Methods: The sample was collected from the Social Space of the Municipality of Heraklion (Foundation A. & M. Kalokairinou). Participants were all adults (over 18 years old) that attended the Social Space (any of its services). The analysis was performed in the statistical package SPSS 20.0 ($\alpha = 0.05$). A normality test was first conducted for all variables ($Pvalue > 0.05$). Therefore, parametric tests (chi-square, anova, t-test) were performed for variables that followed a normal distribution ($Pvalue > 0.05$), whereas in the opposite case ($Pvalue < 0.05$), non-parametric tests were selected (non-parametric chi-square, Kruskal Wallis, non-parametric t-test). All variables were tested in univariate and multivariate regression models.

Results: In a total sample of 314 participants, the prevalence of the syndrome was 9.5%, while for the pre-stage frailty syndrome it was around 18.4% (for both stages: 28.1%). These rates increase among the eldest adults (over 65 years) reaching the 55.5% (22.2% and 33.3% for men and women respectively). Age, marital status, way of living, accommodation of children (accommodation of children away from the respondents and participants without children), low income, years of smoking, alcohol consumption and the number co morbidities were related to “frailty syndrome”. For instance, exercise

(OR=0.2, 95% CI= 0-0.4, *Pvalue*=0.01) and accommodation of the children in the same building or nearby/same area (OR = 0.5, 95% CI = 0.1-0.7 and OR = 0.82, 95% CI = 0.6-0.9, *Pvalue* < 0.001 respectively) presented a protective effect on frailty diagnosis.

Conclusions: “Frailty syndrome” has increased during the period of austerity both among elder adults and has appeared among younger adults. Therefore, the performance of effective and targeted interventions (for prevention and disease management) should be a priority in the city of Iraklion. This way, quality of life and wellbeing of unemployed, homeless and uninsured people will be improved.

Κατάλογος Συντμήσεων

ΚΚΟΙ	Κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής
M.T	Μέση Τιμή
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομικές Περιφέρειες
CI	Confidence Interval
CSHA	Canadian Study of Health and Aging
Frailty	Ευπάθεια/ Ευθραυστότητα/Ευαλωτότητα
Max	Maximum
Min	Minimum
OR	Odds Ratio
SD	Standard Deviation
WHO	World Health Organization

1. Εισαγωγή

Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζει το παγκόσμιο σύστημα υγείας και η επιστημονική κοινότητα είναι η ταχεία αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων ατόμων με πολλαπλή νοσηρότητα (multiple morbidity) (Daniels, et al., 2008). Η επιτάχυνση της γήρανσης του πληθυσμού είναι ραγδαία, καθώς το 2004 υπολογίζεται ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών ήταν 461 εκατομμύρια, ενώ εκτιμάται ότι μέχρι το 2050 ο αριθμός αυτός θα είναι πολύ μεγαλύτερος, αφού θα φτάσει τα 2.000 εκατομμύρια παγκοσμίως (Kinsella and Phillips, 2005). Αυτός είναι και ένας από τους λόγους έναρξης της συζήτησης για την υγιή γήρανση, στην οποία εστιάζεται και το νέο χρηματοδοτικό πακέτο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Horizon 2020).

Μια άλλη έννοια άρρηκτα συνδεδεμένη με τη γήρανση του πληθυσμού είναι το σύνδρομο ευαλωτότητας (frailty), το οποίο εμφανίζεται κυρίως σε άτομα άνω των 50 ετών (Gobbens, et al., 2012). Η μεγαλύτερη ηλικία, τα χαμηλά επίπεδα εισοδήματος και μορφωτικού επιπέδου αποτελούν ορισμένους από τους σημαντικότερους προσδιοριστές για το σύνδρομο ευαλωτότητας (Szanton, et al., 2010), το οποίο φαίνεται να αυξάνεται σε περιόδους οικονομικής κρίσης κυρίως στις πληθυσμιακές ομάδες οι οποίες ήδη βρίσκονταν σε οικονομικά δυσχερή θέση. Παράλληλα, το σύνδρομο όχι μόνο μεγαλώνει τον κίνδυνο των δυσμενών εκβάσεων στην υγεία των ατόμων, αλλά έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής τους (Bilotta, et al., 2010; Chang, et al., 2012).

Το σύνδρομο ευαλωτότητας (“frailty”, ευπάθεια/ευθραυστότητα/ευαλωτότητα) συνδέεται με την ιατρική πρακτική (Clegg and Young, 2011) και αποτελεί μια κατάσταση κλινικής αδυναμίας του ατόμου, η οποία προκύπτει συνήθως λόγω ηλικίας, προκαλώντας επιπτώσεις σε διάφορα φυσιολογικά συστήματα του ατόμου (Qian-Li Xue, 2011). Αν και το σύνδρομο ευαλωτότητας προκύπτει από τη γήρανση, δεν αποτελεί όμως αναπόφευκτο μέρος αυτής. Υπολογίζεται ότι περίπου το 10% των ατόμων ηλικίας > 65 ετών πάσχουν από το σύνδρομο ευαλωτότητας, ενώ ο αριθμός αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος στα άτομα ηλικίας άνω των 85 ετών, καθώς ξεκινάει από 25% και φτάνει έως 50% (Clegg, et al., 2013). Παρ’όλα αυτά, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι μόνο το ήμισυ των ηλικιωμένων με το σύνδρομο της ευαλωτότητας λαμβάνουν αποτελεσματική φροντίδα υγείας για την αντιμετώπιση του συνδρόμου (Steel, et al.,

2008). Επίσης, εκτιμάται ότι το 3-5% των θανάτων από το σύνδρομο ευαλωτότητας θα μπορούσαν να είχαν προληφθεί, με τις κατάλληλες παρεμβάσεις (Shamliyan, et al., 2013).

Επίσης, στη βιβλιογραφία αναφέρεται η εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας σε νεαρότερες ηλικίες, γεγονός σπάνιο για τα μέχρι τώρα δεδομένα (Rockwood, Song, Mitnitski, 2011). Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη στη βιβλιογραφία τόσο για το σύνδρομο ευαλωτότητας σε μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες όσο και σε μικρότερες. Οι ηλικιωμένοι που πάσχουν από το σύνδρομο ευαλωτότητας διατρέχουν τον κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων και δυσμενών αποτελεσμάτων, καθώς επηρεάζεται τόσο η σωματική όσο και η ψυχική υγεία τους. Ένα φαινομενικά ασήμαντο γεγονός, όπως είναι μια μικρή λοίμωξη ή η λήψη ενός νέου φαρμάκου, μπορεί να προσβάλει την υγεία του ατόμου που πάσχει από το σύνδρομο ευαλωτότητας (British Geriatrics Societ., 2014). Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις η πορεία του συνδρόμου μπορεί να βελτιωθεί, καθώς δεν είναι στατική αλλά μπορεί να γίνει καλύτερη ακόμα και χειρότερη (British Geriatrics Societ., 2015).

1.1 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας

Πριν από τη δεκαετία του '90 ο όρος «frailty», αναφερόταν για να περιγράψει τα άτομα με αναπηρία ή εκείνα που βρισκόταν στο τέλος της ζωής τους (Heuberger, 2011). Αργότερα η ομάδα του Rockwood, όταν μιλούσαν για το σύνδρομο ευαλωτότητας, αναφερόταν στα άτομα εκείνα που αδυνατούσαν να επιτελέσουν μόνοι τους τις καθημερινές βασικές τους ανάγκες και ήταν εξαρτημένα από τρίτους. Το 2007, πραγματοποιήθηκε το Συνέδριο από το European, Canadian, and American Geriatric Advisory Panel ώστε να οριστεί τελικά το σύνδρομο ευαλωτότητας (Abellan et al., 2010). Όμως τελικά δεν υπήρξε συναίνεση και έτσι απέτυχε η υιοθέτηση ενός κοινού αποδεκτού ορισμού. Πιο πρόσφατες μελέτες, έχουν επικεντρωθεί στον αθροιστικό ρόλο των φλεγμονωδών διεργασιών για την ανάπτυξη και εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας (Heuberger., 2011). Ακόμα, οι Gobbens et al., (2010,a,b,c) ορίζουν το σύνδρομο ευαλωτότητας ως μια κατάσταση προ-αναπηρίας που περιλαμβάνει απώλειες στον κοινωνικό, ψυχολογικό και κοινωνικό τομέα. Οι καθοριστικοί παράγοντες για την πορεία της ζωής, όπως είναι ο τρόπος ζωής και τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, και τα γεγονότα της ζωής μπορούν να επηρεάσουν

άμεσα το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς επίσης και την εμφάνιση ασθενειών που μπορούν να οδηγήσουν στο σύνδρομο ευαλωτότητας.

Συχνά το σύνδρομο ευαλωτότητας ορίζεται στην βιβλιογραφία ως «ένα κλινικό σύνδρομο στο οποίο υπάρχουν τρία ή περισσότερα από τα ακόλουθα κριτήρια: ακούσια απώλεια βάρους, εξάντληση, αδυναμία, αργή ταχύτητα βαδίσματος, και χαμηλή φυσική δραστηριότητα» (Fried, Tangen and Walston, 2001). Ωστόσο, η έλλειψη ενός κοινώς αποδεκτού ορισμού στη διεθνή κοινότητα θέτει εμπόδια στην αποτίμηση του συνδρόμου ευαλωτότητας στον πληθυσμό (Santos-Eggimann, et al., 2009). Με βάση τη βιβλιογραφία δύο είναι τα κύρια μοντέλα του συνδρόμου ευαλωτότητας: το μοντέλο του φαινότυπου (phenotype model) και το αθροιστικό ελλειμματικό μοντέλο (cumulative deficit model).

Το μοντέλο του φαινότυπου (Phenotype model)

Η Fried και οι συνεργάτες της πραγματοποίησαν μια δευτερεύων ανάλυση σε μία μελέτη (Cardiovascular Health Study) όπου συμμετείχαν άτομα άνω των 65 ετών. Ο φαινότυπος του συνδρόμου ευαλωτότητας έχει πέντε κριτήρια τα οποία είναι τα παρακάτω:

- Ακούσια απώλεια βάρους: από 10 πόντους ή περισσότερο στο περασμένο έτος ή μείωση κατά τουλάχιστον 5% του σωματικού βάρους κατά το προηγούμενο έτος (από άμεση μέτρηση).
- Αδυναμία: μετρήθηκε από τη δύναμη της λαβής προσαρμοσμένη ανά φύλο και το δείκτη μάζας σώματος.
- Εξάντληση: από την αυτο-έκθεση της εξάντλησης, που προσδιορίζονται από τα δύο ερωτήματα από την κλίμακα CES-D και την δοκιμασία κόπωσης ως δείκτης της VO2 max.
- Αργή ταχύτητα βαδίσματος: μετρήθηκε με βάση το χρόνο και την ταχύτητα βαδίσματος για την διάνυση περίπου 4 μέτρων, προσαρμοσμένο στο φύλο και στο ύψος.
- Χαμηλή φυσική δραστηριότητα: ένα σταθμισμένο σκορ υπολογίζοντας τις χιλιοθερμίδες που δαπανήθηκαν ανά εβδομάδα, βασισμένο στην αυτο-έκθεση του κάθε συμμετέχοντα.

Όσοι συμμετέχοντες είχαν τρεις παράγοντες και πάνω διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας, με δυο παράγοντες ήταν οι συμμετέχοντες του προ-σταδίου ευαλωτότητας, ενώ με ένα ή κανένα παράγοντα ήταν όσοι δεν είχαν το σύνδρομο. Συνεπώς, 7% των συμμετεχόντων διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας, το 47% άνηκαν στο προ-στάδιο ευαλωτότητας και το 46% δεν διαγνώστηκε με το σύνδρομο ευαλωτότητας (Fried, Tangen and Walston, 2001).

Αθροιστικό ελλειμματικό μοντέλο (Cumulative deficit model)

Το μοντέλο αυτό είναι κομμάτι μελέτης CSHA (Canadian Study of Health and Aging) η οποία είχε διάρκεια 5 χρόνια. Στη συγκεκριμένη προοπτική Κοορτή, χρησιμοποίησαν διάφορες μεταβλητές που αφορούν την έναρξη των συμπτωμάτων του συνδρόμου ευαλωτότητας όπως είναι οι νοσηρές καταστάσεις, οι αναπηρίες, μη φυσιολογικές τιμές, η χαμηλή διάθεση και διάφορα σημάδια (πχ τρόμος). Ο δείκτης ευαλωτότητας ήταν ένας απλός υπολογισμός της παρουσίας ή της απουσίας της κάθε μεταβλητής ως ποσοστό του συνόλου. Συνεπώς, το σύνδρομο ευαλωτότητας ορίστηκε ως η αθροιστική επίδραση των επιμέρους ελλειμμάτων (αναπηρίες, ασθένειες, συμπτώματα) (Rockwood et al., 2004; Rockwood and Mitnitski, 2007).

Παράγοντες κινδύνου

Το σύνδρομο αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα στους ενήλικες άνω των 50 ετών. Πολλοί είναι οι ενήλικες που ζουν με το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς η επικράτηση του φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία (British Geriatrics Societ., 2014). Ωστόσο, εκτός από την ηλικία, η οποία αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου, υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός παραγόντων κινδύνου (προσδιοριστές) ανάμεσα στους οποίους περιλαμβάνονται η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η απομόνωση, η πολλαπλή νοσηρότητα, ο υψηλός αριθμός χρόνιων νοσημάτων, η καρδιακή ανεπάρκεια, η αναιμία, ο διαβήτης, η κατάθλιψη, η γνωστική εξασθένηση, η κακή διατροφή, η παχυσαρκία, η υπερλιπιδεμία, οι χρόνιες φλεγμονές (Pin Ng et al., 2014; Heuberger, 2015), η σαρκοπενία, η χαμηλή πρόσληψη πρωτεϊνών, οι γενετικοί λόγοι (Heuberger, 2015), η απώλεια του βάρους, η εξάντληση (Qian-Li Xue, 2011; Fried, et al., 2001) και η καθιστική ζωή (Fried, et al., 2001).

Τόσο η διατροφή όσο και η άσκηση φαίνεται ότι δρουν ως τροποποιητικοί παράγοντες που επηρεάζουν θετικά την εξέλιξη του συνδρόμου ευαλωτότητας στους ενήλικες (Kelaiditi, Abellan van Kan, and Cesari, 2014). Η άσκηση έχει βρεθεί ότι είναι επωφελής στην πρόληψη για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας και στη θεραπεία του (British Geriatrics Societ., 2014; Clegg et al., 2013). Η αύξηση του βάρους και ιδιαίτερα η κατανάλωση ανθυγιεινών προϊόντων καθώς και η υιοθέτηση ανθυγιεινών συμπεριφορών πχ αδράνεια, η κακή διατροφή καθώς και το κάπνισμα φαίνεται να συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου (British Geriatrics Societ., 2014). Τόσο η απώλεια βάρους όσο και η σαρκοπενία θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Άτομα που έπασχαν παλαιότερα από παχυσαρκία βρίσκονται και αυτά σε κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου (Heuberger, 2015). Επίσης, η έλλειψη πρωτεΐνης και βιταμίνης D φαίνεται να εμπλέκονται έχουν συνδεθεί με την εμφάνιση του συνδρόμου (Kelaiditi E., Gabor Abellan van Kan, and Cesari M., 2014).

Με βάση τη βιβλιογραφία, η αργή ταχύτητα βάδισης είναι δυνατός προγνωστικός παράγοντας για την εμφάνιση του συνδρόμου, με δυσμενή αποτελέσματα για την υγεία του ατόμου. Η αξιολόγηση της ταχύτητας βάδισης σε μικρή απόσταση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για τον εντοπισμό ενηλίκων που πάσχουν από το σύνδρομο ευαλωτότητας (Abellan et al., 2010).

Το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Santos-Eggimann, et al., 2009) και ο τρόπος ζωής (Etman, et al., 2014; Woo, et al., 2010) φαίνεται να έχουν σχέση με το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης του. Στην έρευνα των Szanton, et al., (2010) οι ηλικιωμένες γυναίκες με μορφωτικό επίπεδο χαμηλότερο του απολυτηρίου Λυκείου, είχαν τρεις φορές αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου, σε σύγκριση με τις γυναίκες που είχαν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Ακόμα, στην ίδια έρευνα, φάνηκε ότι όσοι είχαν ετήσιο εισόδημα λιγότερο από 10,000 δολάρια είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου.

Παρόλα αυτά η έγκαιρη αποτίμηση του συνδρόμου ευαλωτότητας είναι υψίστης σημασίας διότι δίνει την δυνατότητα αντιμετώπισης ποικίλων αρνητικών εκβάσεων υγείας που σχετίζονται με αυτό (αναπηρία, χρόνια φροντίδα του ατόμου, θνησιμότητα, πτώσεις, κατάγματα, νοσηλεία σε νοσοκομείο και εισαγωγή σε μονάδες φροντίδας

ηλικιωμένων) (Clegg and Young, 2011; Santos-Eggimann, et al., 2009; Fried, et al., 2001; Chang, et al., 2012; British Geriatrics Societ., 2015; Graham ,2009). Με τις κατάλληλες παρεμβάσεις μπορεί να βελτιωθεί η ευημερία (wellbeing) (Clegg and Young, 2011) και η ποιότητα ζωής (quality of life) του ατόμου, καθώς και να μειωθεί το κόστος της φροντίδας υγείας (Morley et al., 2013).

Επιδημιολογικά δεδομένα

Στην μελέτη των Song et al., (2010) η οποία είχε διάρκεια δέκα ετών φάνηκε ότι ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας φαίνεται να αυξάνεται με την ηλικία τόσο στις γυναίκες όσο και στους άνδρες. Με βάση την βιβλιογραφία, οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να «κυριαρχούν» έναντι των αντρών στα ποσοστά του συνδρόμου ευαλωτότητας (Santos-Eggimann, et al., 2009; Harttgen, et al., 2013; Song et al., 2010; Syddall et al., 2010) κυρίως λόγω του ότι διαμένουν μόνες τους έπειτα από το θάνατο του συζύγου τους (Gobbens, et al., 2010). Εκτός από το φύλο, η ηλικία έχει θεμελιώδη σημασία για την ανάπτυξη του συνδρόμου, καθώς σχετίζεται με τις βιολογικές μεταβολές που πραγματοποιούνται στον οργανισμό (Clegg and Young, 2011).

Στην συστηματική ανασκόπηση των Collard και των συνεργατών του (2012), βρέθηκε ότι η επικράτηση του συνδρόμου ευαλωτότητας στους ενήλικες 65 και άνω ετών, διαφέρει σε μεγάλο βαθμό καθώς ξεκινούσε από 4% και έφτανε ως 59.1%. Ο συνολικός σταθμισμένος επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας σε 21 μελέτες με 61.500 συμμετέχοντες ήταν 10.7%. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά του συνδρόμου ευαλωτότητας.

Στην μελέτη των Woods et al., (2005), όπου συμμετείχαν 40.657 γυναίκες κυρίως 65 έως 79 ετών από 40 κλινικά κέντρα της Αμερικής, βρέθηκε ότι το 16.3% των συμμετεχόντων, έπασχε από το σύνδρομο ευαλωτότητας και ότι η επίπτωση του συνδρόμου ευαλωτότητας ήταν 14.8%.

Στην προοπτική Κοορτή του National Population Health Survey of Canada, με διάρκεια παρακολούθησης δέκα ετών, φάνηκε ότι ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας αυξανόταν με την ηλικία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Το 22% του δείγματος διαγνώστηκε με το σύνδρομο ευαλωτότητας, με τις γυναίκες να έχουν τα

μεγαλύτερα ποσοστά (25.3%) και τους άνδρες τα μικρότερα (18.6%). Μεγαλύτερα ποσοστά είχαν τα άτομα άνω των 85 ετών, με τις γυναίκες να έχουν 45.1% και τους άνδρες 39.1% (Song, Mitnitski and Rockwood, 2010).

Στην μελέτη των Harttgen, et al., (2013) πήραν δεδομένα από την μελέτη Share, όπου περιλάμβανε άτομα άνω των 50 ετών από 14 Ευρωπαϊκές χώρες και από τη μελέτη Sage, η οποία περιλάμβανε άτομα άνω των 50 ετών από 6 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος. Από τις χώρες της Share, η υψηλότερη μέση τιμή του δείκτη του συνδρόμου ευαλωτότητας ήταν στην Ιταλία, Ισπανία και την Πολωνία, ενώ αντίθετα τα χαμηλότερα αποτελέσματα ήταν στην Δανία, την Ελβετία και την Ιρλανδία. Όσον αφορά τις χώρες της Sage, διαπιστώθηκε ότι η Κίνα είχε τις χαμηλότερες μέσες τιμές του συνδρόμου ευαλωτότητας, ενώ η Ρωσία είχε τον υψηλότερο δείκτη.

Όσον αφορά τις χώρες της E.E παρατηρήθηκε ότι ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας ήταν υψηλότερος στις νότιες από ότι στις βόρειες χώρες της Ευρώπης (Santos-Eggimann, et al., 2009). Ο επιπολασμός του συνδρόμου κυμαινόταν από 5.8% (Σουηδία) έως 27.3% (Ισπανία), με την Ελλάδα να βρίσκεται στην μέση της κατάταξης, με επιπολασμό 14.7% (Santos-Eggimann, et al., 2009).

Οι Macklai et al., (2013) πήραν δεδομένα από την μελέτη Share όπου εξέταζε την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη, και συμμετείχαν 11.000 γυναίκες και άνδρες κάτοικοι της E.E άνω των 60 ετών. Μετά από δύο χρόνια παρακολούθησης φάνηκε ότι τα άτομα που έπασχαν από το σύνδρομο ευαλωτότητας είχαν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη προβλημάτων κινητικότητας (OR=3.0, 95% CI=1- 9.3) και επιδείνωση της συννοσηρότητας (OR =1.7, 95% CI=1.3-2.3). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι το 12.9% των συμμετεχόντων διαγνώστηκε με το σύνδρομο ευαλωτότητας, το 41.1% ήταν τα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας και το 46% δεν διαγνώστηκαν με το σύνδρομο.

Αντίστοιχα, στην Ελλάδα τα δεδομένα για το σύνδρομο είναι ελάχιστα τα οποία προέρχονται από μεμονωμένες μελέτες γηριατρικής, εστιάζοντας στην εμφάνιση του συνδρόμου στις ηλικίες άνω των 65 ετών. Σύμφωνα με τις πρόσφατες εμπειρικές παρατηρήσεις επιστημών στην Κρήτη, η εμφάνιση του συνδρόμου αναμένεται να έχει αυξηθεί και μάλιστα να εμφανίζεται ακόμα και σε νεότερους ενήλικες (κάτω των 65

ετών). Πιθανοί παράγοντες είναι η επιβάρυνση της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης, το άγχος και η μειωμένη κοινωνικότητα και δραστηριότητα λόγω της αυξημένης ανεργίας και η δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας για τους ανασφάλιστους. Η αναγκαιότητα της μελέτης στην περίπτωση της Κρήτης, αποδίδεται επίσης στο γεγονός ότι έχει παρατηρηθεί αύξηση της πληθυσμιακής γήρανσης, αύξηση της πολλαπλής λήψης φαρμάκων για χρόνια και άλλα νοσήματα, ενώ ταυτόχρονα η αύξηση των ανισοτήτων λόγω οικονομικής και κοινωνικής κρίσης αναμένεται να επηρεάζει αρνητικά την συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου καθώς και τα επίπεδα ποιότητας ζωής. Στην περίπτωση της πόλης του Ηρακλείου το πρόβλημα φαίνεται να εντείνεται μεταξύ των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού. Συγκεκριμένα, τα ποσοστά των άστεγων, των άνεργων και των ανασφάλιστων έχουν αυξηθεί (ΕΛΣΤΑΣΤ, 2011) και με αφορμή αυτή τη νέα πραγματικότητα έχουν δημιουργηθεί διάφοροι χώροι κοινωνικής προσφοράς (ιατρικής περίθαλψης, παντοπωλείου, συσσιτίου και απασχόλησης).

Έτσι, προέκυψε η ακόλουθη υπόθεση εργασίας: «Η συχνότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας αναμένεται να έχει αυξηθεί μεταξύ των οικονομικά ασθενέστερων πληθυσμιακών ομάδων (άνεργοι, άστεγοι, ανασφάλιστοι) της πόλης του Ηρακλείου».

Συνεπώς, τα ερευνητικά ερωτήματα τα οποία εγείρονται από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και από την εμπειρία των ερευνητών και των επαγγελματιών υγείας του Ηρακλείου είναι τα εξής:

- Ποια είναι τα επίπεδα του «συνδρόμου ευαλωτότητας», ποιότητας ζωής και ευημερίας των οικονομικά ασθενέστερων ατόμων της πόλης του Ηρακλείου;
- Ποιά είναι τα χαρακτηριστικά των ατόμων με σύνδρομο ευαλωτότητας (κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ);
- Πως επηρεάζει ο τρόπος ζωής και οι συνήθειες (κάπνισμα, αλκοόλ, κοινωνικές δραστηριότητες, ύπνος –ώρες, δυσκολίες κ.α.- συνυπάρχοντα νοσήματα κ.α.) τα επίπεδα του «συνδρόμου ευαλωτότητας»;

2. Σκοπός και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να εξετάσει τις έννοιες του «συνδρόμου ευαλωτότητας» (frailty), της ποιότητας ζωής και της ευημερίας, μέσω της καταγραφής των επιπέδων τους, σε ένα επιλεγμένο οικονομικά ασθενή πληθυσμό της πόλης του Ηρακλείου.

Συνεπώς, με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα, διατυπώνονται οι επιμέρους στόχοι ως ακολούθως:

- 1) Καταγραφή της υφιστάμενης κατάστασης των επιπέδων του «συνδρόμου ευαλωτότητας», ευημερίας και ποιότητας ζωής στον πληθυσμό μελέτης.
- 2) Ταυτοποίηση των χαρακτηριστικών των ατόμων με σύνδρομο ευαλωτότητας (κοινωνικό-δημογραφικό προφίλ), του τρόπου ζωής τους και της κατάστασης υγείας.
- 3) Ανίχνευση πιθανής διαφοροποίησης της ποιότητας ζωής και ευημερίας όσων έχουν διαγνωσθεί με το «σύνδρομο ευαλωτότητας» και των μη πασχόντων, ελέγχοντας ως προς τους παράγοντες επίδρασης όπως θα έχουν προκύψει από τα ερωτήματα β και γ.

3. Μεθοδολογία

3.1. Περιοχή και δείγμα μελέτης

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία έλαβε χώρα από τον Σεπτέμβριο του 2014 έως τον Μάιο του 2015. Η περιοχή διεξαγωγής της μελέτης είναι ο Κοινωνικός Χώρος της πόλης του Ηρακλείου (Ίδρυμα Α. & Μ. Καλοκαιρινού). Στο ίδρυμα αυτό συγκεντρώνεται ένας μεγάλος αριθμός ατόμων από τη πόλη του Ηρακλείου, οι οποίοι είναι οικονομικά ασθενείς (συνήθως ανασφάλιστοι, άνεργοι, άστεγοι κτλ), χωρίς τακτική παρακολούθηση της υγείας τους. Αυτός ο πληθυσμός απευθύνεται στον Κοινωνικό χώρο είτε για προβλήματα υγείας, ή για σίτιση, ή για απασχόληση και κοινωνική δικτύωση. Συνεπώς, ο πληθυσμός μελέτης αφορά οικονομικά ασθενή πληθυσμό και επί της ουσίας αναφέρεται σε όλους τους ενήλικες-επισκέπτες (>18 ετών) του Κοινωνικού Χώρου και όχι μόνο σε ενήλικες >65 ετών. Αυτό πραγματοποιήθηκε με βάση τα ευρήματα της βιβλιογραφίας (Rockwood, Song, and Mitnitski, 2011), ότι το σύνδρομο ευαλωτότητας μπορεί να εμφανιστεί σε νεαρότερες ηλικιακές ομάδες και όχι μόνο σε ενήλικες >65 ετών ιδιαίτερα σε περιόδους οικονομικής κρίσης καθώς οι ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού (άστεγοι, ανασφάλιστοι, οικονομικά ασθενέστεροι, κλπ), είναι εκείνοι που πλήττονται περισσότερο από την οικονομική δυσπραγία. Τέλος, υπολογίζεται ότι ο πληθυσμός μελέτης είναι περίπου 1.000 άτομα.

Ο Κοινωνικός Χώρος αποτελείται από ένα δίκτυο, στο οποίο περιλαμβάνονται οι ακόλουθες δομές:

- Κοινωνικό Ιατρείο (που συντονίζει και λειτουργεί η ΚΚΟΙ)
- Κοινωνικό Φαρμακείο
- Κοινωνικό Παντοπωλείο
- Συσσίτιο

Τα κριτήρια εισαγωγής στη μελέτη είναι τα παρακάτω:

1. Χρήστες όλων των προαναφερθέντων υπηρεσιών του Κοινωνικού χώρου.
2. Ενήλικες και των δύο φύλων.
3. Διαμένοντες στην πόλη του Ηρακλείου.

4. Ένα άτομο ανά οικογένεια (στις περιπτώσεις οικογενειών προτιμούνταν το μέλος άνω των 65 ετών).

3.2 Εργαλεία καταγραφής και συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των δεδομένων είχε διάρκεια τριών μηνών. Στους ωφελούμενους του Κοινωνικού χώρου διανεμήθηκε ένα ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από τέσσερις επιμέρους κλίμακες, ως ακολούθως:

- α) Κλίμακα συνδρόμου ευαλωτότητας «Frailty scale» (Morley, Malmstrom and Miller, 2012).
- β) Incontinence-specific quality of life questionnaire (EuroQoL) (Kontodimopoulos et al., 2008).
- γ) Π.Ο.Υ – Δείκτης ευημερίας, WHO - well-being Index (WHO-5) (W.H.O. Well-being Index).
- δ) Συνοδευτικό ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών στοιχείων (οι ερωτήσεις συντάχθηκαν από την μεταπτυχιακή φοιτήτρια και την ομάδα της ΚΚΟΙ).

Συγκεκριμένα:

α) το ερωτηματολόγιο με την κλίμακα ευαλωτότητας (Frailty scale) (Morley, Malmstrom and Miller, 2012) αποτελείται από πέντε ερωτήσεις κλειστού τύπου, όπου η απάντηση δίνεται με «Ναι ή Όχι». Οι ερωτήσεις αφορούν την κόπωση, τα προβλήματα κινητικότητας, τη συννοσηρότητα και το βάρος. Όσον αφορά την στάθμιση και την πολιτισμική προσαρμογή του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, στην περίπτωση της Ελλάδας, πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης. Η κατηγοριοποίηση ανάμεσα στους συμμετέχοντες με το σύνδρομο ευαλωτότητας, του προ-σταδίου ευαλωτότητας και εκείνων που δεν διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας έγινε με τον εξής τρόπο:

- Οι συμμετέχοντες που απάντησαν τουλάχιστον με τρία «Ναι» διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας.
- Οι ερωτηθέντες που απάντησαν με δύο «Ναι» κατατάχθηκαν στα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας.

- Οι συμμετέχοντες που απάντησαν από μηδέν έως ένα «Ναι» κατατάχτηκαν στα άτομα της μη ευαλωτότητας.

β) Όσον αφορά το εργαλείο όπου εξετάστηκε η ποιότητα ζωής του δείγματος (Incontinence-specific quality of life questionnaire-EuroQoL), (Kontodimopoulos et al., 2008) αποτελείται από πέντε ερωτήσεις οι οποίες περιέχουν την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνηθισμένες δραστηριότητες, τον/την πόνο/δυσφορία και το άγχος. Οι απαντήσεις δίνονται με την μορφή μίας κλίμακας, η οποία ξεκινάει από την μη ύπαρξη προβλήματος έως το υπερβολικό πρόβλημα ή την ανικανότητα. Επίσης, περιλαμβάνεται μία κλίμακα που είναι αριθμημένη από το 0 (το οποίο αντιπροσωπεύει τη χειρότερη υγεία που μπορεί να φανταστεί ο ερωτώμενος) έως το 100 (το οποίο αντιπροσωπεύει τη καλύτερη υγεία που μπορεί να φανταστεί ο ερωτώμενος). Τέλος, η στάθμιση και η πολιτισμική προσαρμογή για τα δεδομένα της Ελλάδας, πραγματοποιήθηκε από το Πανεπιστήμιο Κρήτης.

γ) Το ερωτηματολόγιο όπου εξετάστηκε η ευημερία των συμμετεχόντων (WHO - well-being Index (WHO-5)) (W.H.O. Well-being Index) περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις και 5 απαντήσεις σε κάθε ερώτηση, όσον αφορά τα αισθήματα που νιώθουν οι ερωτώμενοι τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Οι απαντήσεις είναι αριθμημένες από το 0 έως το 5, όπου όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός τόσο καλύτερη είναι η αίσθηση «καλής ζωής». Αθροίζοντας τις βαθμολογίες των πέντε ερωτήσεων προκύπτει η συνολική ανεπεξέργαστη βαθμολογία, η οποία ξεκινάει από το 0 έως το 25 (όπου το 0 είναι η χειρότερη δυνατή ποιότητα ζωής και το 25 η καλύτερη δυνατή). Η ανεπεξέργαστη βαθμολογία πολλαπλασιάζεται επί 4, ώστε να μετατραπεί σε εκατοστιαία βαθμολογία, όπου το 0 αντιστοιχεί στην χειρότερη ποιότητα ζωής και το 100 στην καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής. Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι η επιστημονική ομάδα του Π.Ο.Υ., πραγματοποίησε τόσο την στάθμιση όσο και την πολιτισμική προσαρμογή.

Τέλος, το ερωτηματολόγιο δημογραφικών και κοινωνικο-οικονομικών στοιχείων συνόδευε τα παραπάνω ερωτηματολόγια, ώστε να αντληθεί κάθε πληροφορία που αφορά το προφίλ των συμμετεχόντων.

3.3. Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πακέτο SPSS 20.0, σε διάστημα εμπιστοσύνης 0.05 αφού πρώτα έγινε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής όλων των μεταβλητών (Kolmogorov-Smirnov test και binomial test).

Διεξήχθησαν όλα τα περιγραφικά στοιχεία και δημιουργήθηκαν διάφοροι τύποι γραφημάτων (πίτες, ραβδογράμματα, ιστογράμματα και boxplots). Στη συνέχεια, εφαρμόστηκε έλεγχος κανονικότητας της κατανομής όλων των μεταβλητών. Για τις μεταβλητές που εμφάνιζαν κανονική κατανομή ($Pvalue > 0.05$) ακολουθήθηκε παραμετρικός έλεγχος (chi-square, anova, t-test) ενώ στην αντίθετη περίπτωση ($Pvalue < 0.05$), μη παραμετρικός έλεγχος (Fisher's exact test, Kruskal Wallis, Man-Whitney). Τέλος, όλες οι μεταβλητές ελέχθησαν σε μονο-παραγοντικά αλλά και πολύ-παραγοντικά μοντέλα παλινδρόμησης ξεχωριστά για την κύρια έκβαση («σύνδρομο ευαλωτότητας»).

4. Αποτελέσματα

Αρχικά, αξίζει να επισημανθεί ότι στις υποενότητες **4.1.**, **4.2.**, **4.3.**, **4.4.**, και **4.5.**, απαντώνται οι επιμέρους στόχοι 1 και 2.

4.1. Προφίλ συμμετεχόντων

Δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού

Στο δείγμα συμμετείχαν 314 εγγεγραμμένα μέλη του Κοινωνικού Χώρου του Δήμου Ηρακλείου (Ίδρυμα Α. & Μ. Καλοκαιρινού). Ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας στον πληθυσμό μελέτης είναι 9.5% και του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι 18.4%. Συνολικά για αυτές τις δυο ομάδες (στάδιο ευαλωτότητας και προ-στάδιο) το ποσοστό αγγίζει το 28.1%. Αν εξετάσει κανείς τον πληθυσμό της μελέτης άνω των 65 ετών (n=18) το ποσοστό ευαλωτότητας αυξάνεται και αγγίζει το 55.5% (n=9) (22.2% και 33.3% για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα) (**Εικόνα 1, Παράρτημα 4**). Εξετάζοντας τις ηλικιακές ομάδες 18-64 ετών (n=296), το ποσοστό ευαλωτότητας είναι 6.8% (n=20) και το ποσοστό του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι 19.6% (n=58). Όσον αφορά τα άτομα ηλικίας 18-59 ετών (n=270), το ποσοστό ευαλωτότητας είναι 5.2% (n=14) και του προ-σταδίου 17.8% (n=48).

Κατανομή ανά Φύλο

Η πλειονότητα του δείγματος είναι γυναίκες με ποσοστό 60.5% (n=190), ενώ οι άνδρες αποτελούν το 39.5 % (n=124). Η κατανομή των δύο φύλων στην εμφάνιση του συνδρόμου δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις (chi-square=3.4, *P*value=0.18). Ωστόσο, οι γυναίκες με το σύνδρομο ευαλωτότητας, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά με 53.3% (n=16) σε σύγκριση με τους άνδρες 46.7% (n=14). Επίσης, οι γυναίκες υπερτερούν και στα ποσοστά του προ-σταδίου ευαλωτότητας με 70.7% (n=41), καθώς η διαφορά φαίνεται ακόμα πιο έντονη έναντι των ανδρών 29.3% (n=17). Τέλος, το ποσοστό των γυναικών με μη ευαλωτότητα είναι 58.8% (n=133), ενώ των ανδρών 41.2% (n=93) (**Πίνακας 1, Παράρτημα 2**).

Ηλικία

Η ηλικία παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue < 0.001$) και η μέση ηλικία του συνόλου του δείγματος είναι τα 45 έτη, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονται από τα 20 έως τα 94 έτη (mean=45 min-max=20-94, range=74, SD= 12.6, variance=160.7). Η μέση ηλικία των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30) είναι τα 59 έτη, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονται από τα 24 έτη έως τα 94 έτη (mean=59.8, min-max=24-94, range=70, SD=13.4, variance=180.9).

Η μέση ηλικία των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι τα 46 έτη, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονται από τα 25 έως τα 63 έτη (mean=46.6 min-max=25-63, range=38, SD=10.9, variance=120.9).

Η μ.τ της ηλικίας των συμμετεχόντων που δεν έχουν διάγνωση συνδρόμου ευαλωτότητας (n=226) είναι τα 42 έτη, ενώ οι ηλικίες κυμαίνονται από τα 20 έτη έως τα 74 έτη (mean=42.6, min-max=20-74, range=54, SD=11.5, variance=134.1) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**). Όπως γίνεται κατανοητό από το Γράφημα 8, υπάρχουν μεγάλες αντιθέσεις στην ηλικία στα άτομα που νοσούν από το σύνδρομο ευαλωτότητας και σε αυτά που δεν νοσούν, με τις γυναίκες να έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά (**Γράφημα 7, Παράρτημα 3**).

Οικογενειακή κατάσταση

Η οικογενειακή κατάσταση παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις τρεις κατηγορίες του συνδρόμου ευαλωτότητας (chi-square=18, $Pvalue < 0.001$). Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο της ευαλωτότητας είναι διαζευγμένοι με 33.3% (n=10), με μικρή διαφορά ακολουθούν οι έγγαμοι με ποσοστό 30% (n=9), μετά οι άγαμοι με 20% (n=6), ενώ λιγότεροι από αυτούς είναι χήροι με 16.7% (n=5). Τα περισσότερα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι έγγαμοι με ποσοστό 48.3% (n=28), αρκετοί από αυτούς είναι διαζευγμένοι με ποσοστό 39.7% (n=23), ενώ οι άγαμοι και οι χήροι έχουν μικρή διαφορά με ποσοστό 6.9% (n=4) και 5.2% (n=3) αντίστοιχα. Όσον αφορά τους ερωτηθέντες με μη ευαλωτότητα, οι περισσότεροι από αυτούς είναι έγγαμοι με 50% (n=113), ενώ λιγότεροι είναι χήροι με 4.4% (n=10). Τέλος, οι διαζευγμένοι έχουν ποσοστό 24.8 (n=56) και οι άγαμοι 20.8 (n=47) (**Πίνακας 1, Παράρτημα 2**).

Τρόπος διαβίωσης

Οι ωφελούμενοι με το σύνδρομο ευαλωτότητας ζουν ως επί το πλείστον μόνοι τους με ποσοστό 70% (n=21), ενώ το 30% (n=9) ζει με τον σύζυγό ή τον σύντροφο. Τα περισσότερα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας ζουν και αυτά μόνοι τους με 51.7% (n=30). Αντίθετα, τα περισσότερα άτομα με μη ευαλωτότητα ζουν με τον σύζυγο ή τον σύντροφο με ποσοστό 54,9% (n=124), ενώ οι ζώντες μόνοι έχουν 45.1% (n=102) (**Πίνακας 1, Παράρτημα 2**). Τέλος, τα αποτελέσματα για τον τρόπο διαβίωσης είναι στατιστικά σημαντικά καθώς το $Pvalue=0.03$ (chi-square=6.8).

Αριθμός μελών οικογένειας

Ο αριθμός μελών οικογένειας παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue=0.02$). Όλοι οι ωφελούμενοι έχουν κατά μέσο όρο 3 μέλη οικογένειας, χωρίς όμως να παρατηρούνται μεγάλες διαφορές στις γυναίκες και στους άνδρες (**Γράφημα 3, Παράρτημα 3**). Πιο αναλυτικά, η μ.τ του συνόλου του δείγματος είναι περίπου 3 (mean=3.7), με ελάχιστο αριθμό το 0 και μέγιστο το 9 (min-max=0-9, range= 9, SD=1.5, variance= 2.5).

Η μ.τ του αριθμού των μελών οικογένειας των συμμετεχόντων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30) είναι 3 (mean= 3.5) με ελάχιστο αριθμό το 1 και μέγιστο το 9 (min-max=1-9, range=8, SD=2, variance=4). Ο μέσος όρος των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι περίπου 3 (mean=3.9) με ελάχιστο αριθμό το 1 και μέγιστο το 9 (min-max=1-9, range=8, SD=1.7, variance=2.8). Η μ.τ των ωφελούμενων της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι 3 (mean=3.7) με ελάχιστο αριθμό το 0 και μέγιστο το 9 (min-max=0-9, range= 9, SD=1.5, variance=2.2) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**).

Αριθμός παιδιών

Οι συμμετέχοντες της μελέτης και στις τρεις κατηγορίες, έχουν κατά μέσο όρο 2 παιδιά, με τα αποτελέσματα να είναι στατιστικά σημαντικά για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue=0.01$) (**Γράφημα 4, Παράρτημα 3**). Η μ.τ του αριθμού των παιδιών του συνόλου του δείγματος είναι 2 παιδιά (mean=2.14) με ελάχιστο αριθμό το 0 και μέγιστο το 7 (min-max=0-7, range=7, SD=1.4, variance=2.2).

Όσον αφορά τους συμμετέχοντες με το σύνδρομο ευαλωτότητας ($n=30$), η μ.τ του αριθμού των παιδιών είναι 2 ($mean=2.3$) με ελάχιστο αριθμό παιδιών το 0 και μέγιστο το 7 ($min-max=0-7$, $range=7$, $SD=1.7$, $variance=3.0$).

Η μ.τ του αριθμού των παιδιών των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας ($n=58$) είναι 2 ($mean=2.5$) με ελάχιστο αριθμό το 0 και μέγιστο το 7 ($min-max=0-7$, $range=7$, $SD=1.5$, $variance=2.3$).

Τέλος, η μ.τ του αριθμού των παιδιών των ατόμων της μη ευαλωτότητας ($n=226$) είναι 2 ($mean=2$) με ελάχιστο αριθμό το 0 και μέγιστο το 7 ($min-max=0,7$, $range=7$, $SD=1.4$, $variance=2$) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**).

Διαμονή παιδιών

Η διαμονή των παιδιών παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στις κατηγορίες του συνδρόμου ($chi-square=24.7$, $Pvalue<0.001$). Το 40% ($n=12$) των συμμετεχόντων με το σύνδρομο ευαλωτότητας διαμένει στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά του. Το 30% ($n=9$) από αυτούς ζει μακριά από τα παιδιά του, ενώ το 20% ($n=6$) δεν έχει παιδιά. Μικρά είναι τα ποσοστά αυτών που μένουν στην ίδια ή σε κοντινή περιοχή με τα παιδιά τους 6,7% ($n=2$) αλλά και στο ίδιο κτίριο με 3.3% ($n=1$). Το 77.6% ($n=45$) των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας, διαμένει στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά του όπως επίσης και τα άτομα με μη ευαλωτότητα με ποσοστό 71.7% ($n=162$). Αξίζει να σημειωθεί ότι στους τελευταίους το 16.8% ($n=38$) δεν έχει παιδιά (**Πίνακας 1, Παράρτημα 2**).

Συχνότητα επαφής με τα παιδιά.

Η μ.τ της συχνότητας επαφής του συνόλου του δείγματος με τα παιδιά τους είναι 5 φορές της εβδομάδα ($mean=5.1$) με ελάχιστη συχνότητα το 0 και μέγιστη το 7 ($min-max=0-7$, $range=7$, $SD=3$, $variance=9$). Ο μέσος όρος της συχνότητας επαφής με τα παιδιά στους ερωτηθέντες με το σύνδρομο ευαλωτότητας ($n=30$) είναι περίπου 3 φορές την εβδομάδα ($mean=3.7$), με ελάχιστη συχνότητα το 0 και μέγιστη το 7 ($min-max=0-7$, $range=7$, $SD=3.3$, $variance=11.1$). Ο μέσος όρος της συχνότητας επαφής με τα παιδιά στους ερωτηθέντες του προ-σταδίου ευαλωτότητας ($n=58$) είναι περίπου 5 φορές την εβδομάδα ($mean=5.60$), με ελάχιστη συχνότητα το 0 και μέγιστη το 7 ($min-max=0-7$, $range=7$, $SD=2.7$, $variance=7.4$). Ο μέσος όρος της συχνότητας επαφής με τα παιδιά

στους συμμετέχοντες της μη ευαλωτότητας ($n=226$) είναι περίπου 5 φορές την εβδομάδα ($\text{mean}=5.18$), με ελάχιστη συχνότητα το 0 και μέγιστη το 7 ($\text{min-max}=0-7$, $\text{range}=7$, $\text{SD}=2.9$, $\text{variance}=8$) (**Πίνακας 2, Παράρτημα2**). Τέλος, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της συχνότητας επαφής των ερωτηθέντων με τα παιδιά και την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($P\text{value}=0.01$).

Επίπεδο εκπαίδευσης

Το επίπεδο εκπαίδευσης των ερωτηθέντων με το σύνδρομο της ευαλωτότητας είναι ως επί το πλείστον Δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 53.3% ($n=16$). Το ίδιο φαίνεται να ισχύει στα άτομα με προ-ευαλωτότητα με ποσοστό 46.6% ($n=27$) και με μη ευαλωτότητα με ποσοστό 48.2% ($n=109$). Οι τελευταίοι παρατηρείται ότι έχουν τα μεγαλύτερα ποσοστά στα άτομα με Πρωτοβάθμια εκπαίδευση με ποσοστό 34.1% ($n=77$), στους αναλόβητους με 11.1% ($n=25$) και στα άτομα Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης 6.6% ($n=15$) σε σύγκριση με τα άτομα που έχουν διαγνωστεί με ευαλωτότητα αλλά και του προ-σταδίου ευαλωτότητας (**Πίνακας 1, Παράρτημα 2**). Αξίζει να σημειωθεί ότι στο επίπεδο εκπαίδευσης δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις στην έμφαση του συνδρόμου ($\text{chi-square}=2.4$, $P\text{value}=0.87$).

Επάγγελμα

Το επάγγελμα φαίνεται ότι έχει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα στο φάσμα του συνδρόμου ευαλωτότητας ($\text{chi-square}=29$, $P\text{value}<0.001$). Πιο αναλυτικά, τα ποσοστά των ανέργων φαίνεται να υπερτερούν και στις τρεις κατηγορίες, καθώς το 56.7% ($n=17$) των ωφελούμενων με το σύνδρομο της ευαλωτότητας είναι άνεργοι, το 33.3% ($n=10$) είναι συνταξιούχοι, ενώ μόλις το 3.3% ($n=1$) είναι εργάτης. Το 82.8% ($n=48$) των συμμετεχόντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι άνεργοι, όπως επίσης και το 83.2% ($n=188$) των ατόμων με μη ευαλωτότητα (**Πίνακας 1, Παράρτημα 2**).

Εισόδημα

Το 53.3% ($n=16$) των ερωτηθέντων με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχει εισόδημα 0-500 €. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει τόσο στα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας με ποσοστό 70.7% ($n=41$) όσο και στα άτομα με μη ευαλωτότητα με ποσοστό 73.9%

(n=167) (*Πίνακας 1, Παράρτημα 2*). Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($\chi^2=19.5$, $Pvalue=0.34$).

Ασφάλιση

Οι περισσότεροι ωφελούμενοι του Κοινωνικού Χώρου φαίνεται να είναι ασφαλισμένοι και στις τρεις κατηγορίες, χωρίς όμως να υπάρχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα ($\chi^2=5.1$, $Pvalue=0.2$). Συνεπώς, το 73.3% (n=22) των ωφελούμενων με το σύνδρομο ευαλωτότητας, το 53.4% (n=31) των ωφελούμενων του προ-σταδίου ευαλωτότητας αλλά και το 52.2% (n=118) των ερωτηθέντων με μη ευαλωτότητα είναι ασφαλισμένοι (*Πίνακας 1, Παράρτημα 2*).

Ενδιαφέρων παρουσιάζουν τα δεδομένα για τους ασφαλισμένους και τους ανασφάλιστους ωφελούμενους του Ιδρύματος σε σύγκριση με την αριθμό νοσημάτων. Πιο αναλυτικά, το 22% των ασφαλισμένων με το σύνδρομο ευαλωτότητας πάσχει από δύο νοσήματα. Το 19% των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν έχει κάποιο νόσημα, το 10% έχει είτε μία ασθένεια είτε τέσσερις. Επίσης, το 10% έχει 6 ασθένειες.

Το 51% των ασφαλισμένων που δεν διαγνώστηκαν με ευαλωτότητα δεν πάσχει από κάποια ασθένεια. Το 27% των ατόμων έχει 1 ασθένεια, ενώ ελάχιστοι είναι εκείνοι οι οποίοι έχουν 3 ασθένειες. Οι ανασφάλιστοι με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν έως επτά νοσήματα, ενώ οι ασφαλισμένοι έχουν έως 6 νοσήματα. Το 38% των ανασφάλιστων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν έχει καμία ασθένεια και το 10% έχει από μία έως επτά ασθένειες. Το 62% των ανασφάλιστων χωρίς το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν έχει καμία ασθένεια, το 20% έχει μία, το 15% έχει δύο, το 5% έχει τρεις ασθένειες (*Γραφήματα 6, Παράρτημα 3*).

Τόπος διαμονής

Ο τόπος διαμονής φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($\chi^2=382.2$, $Pvalue=0.03$). Η **Εικόνα 1 (Παράρτημα 3)** δείχνει τον χάρτη του Δήμου Ηρακλείου με τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων που έλαβαν μέρος στην μελέτη. Πιο αναλυτικά, ο χάρτης παρουσιάζει την κατανομή των συμμετεχόντων διαχωρίζοντας αυτούς που δεν διαγνώστηκαν με το σύνδρομο καθώς και αυτούς που είναι σε στάδιο προ-ευαλωτότητας ή που πάσχουν ήδη. Παρατηρούμε μια κατανομή σε αρκετές περιοχές του Δήμου Ηρακλείου, με

μερικές από αυτές να έχουν περισσότερα άτομα που επισκέπτονται το κοινωνικό χώρο, όπως Πόρος, Μασταμπάς, κέντρο, Αλικαρνασός, Κατσαμπάς. Από αυτές τις περιοχές υπάρχει μια συσσώρευση ατόμων με πρό-στάδιο ή ευαλωτότητα, όμως θα πρέπει να ελεγχθεί αν είναι τυχαίο ή όχι σε επόμενη μελέτη. Πιθανότητα το επάγγελμα και το εκπαιδευτικό επίπεδο των ατόμων που τείνουν να κατοικούν σε εκείνες τις περιοχές να σχετίζεται με τον μεγάλο αριθμό των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας και του προ-σταδίου ευαλωτότητας.

4.2. Συνήθειες και συννοσηρότητα του υπό μελέτη πληθυσμού

Κάπνισμα

Το 43.3% (n=13) των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας είναι μη καπνιστές, το 16.7% (n=5) είναι πρώην καπνιστές και το 40% (n=12) είναι καπνιστές. Επιπλέον, το 27.6% (n=16) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι μη καπνιστές, το 19% (n=11) είναι πρώην καπνιστές και το 53.4% (n=31) είναι καπνιστές. Αναφορικά με τους συμμετέχοντες της μη ευαλωτότητας, το 39.8% (n=90) είναι μη καπνιστές, το 12.4% (n=28) των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι πρώην καπνιστές και το 47.7% (n=108) των ατόμων της μη ευαλωτότητας είναι καπνιστές (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**). Τέλος, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα μεταξύ της συγκεκριμένης μεταβλητής και του συνδρόμου ευαλωτότητας ($\chi^2=5.1$, $Pvalue=0.7$).

Στο **Γράφημα 8, Παράρτημα 3**, παρουσιάζονται τα έτη καπνίσματος των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας και αυτών που δεν διαγνώστηκαν ανά φύλο. Τα άτομα με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν περισσότερα έτη καπνίσματος σε σχέση με εκείνους που δεν νοσούν. Επίσης, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις των ετών καπνίσματος και του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue=0.01$). Πιο αναλυτικά, η μ.τ στα έτη καπνίσματος στους ερωτηθέντες του συνδρόμου ευαλωτότητας (n=30) είναι 17 (mean=17.4), ενώ κυμαίνονται μεταξύ του 0 και του 60 (min-max=0-60, range=60, SD=19.68, variance=387.34). Η μ.τ στα έτη καπνίσματος των ωφελούμενων του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι 17 (mean=17), ενώ κυμαίνονται από τα 0 έως τα 45 έτη (min-max=0-45, range=45, SD=13.5, variance=184.5). Η μ.τ στα έτη καπνίσματος των συμμετεχόντων της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι 12 (mean=12.5) ενώ κυμαίνονται μεταξύ του 0 και του 55

(min-max=0-55, range=55 SD=13.8, variance=190.6). Τέλος, η μ.τ στα έτη καπνίσματος του συνόλου του δείγματος (n=314) είναι 13 (mean=13.8) και κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 60 (min-max=0-60, range=60, SD=14.5, variance= 210.9) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**).

Όσον αφορά τη μ.τ στα πακετοέτη στους ερωτηθέντες του συνδρόμου ευαλωτότητας (n=30) είναι περίπου 13 (mean=13.5) και κυμαίνεται μεταξύ του 0 και 64 (min-max=0-64, range=64, SD=18.9, variance=358.9). Η μ.τ στα πακετοέτη στα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι κοντά στο 17 (mean=16.8) και κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 132 (min-max=0-132, range=132, SD=26.9, variance=728.4). Η μ.τ στα πακετοέτη των συμμετεχόντων της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι 16 (mean=16,6) με ελάχιστο αριθμό το 0 και μέγιστο το 231 (min-max=0-231, range=231, SD=30.7, variance=947.7). Η μ.τ του συνολικού αριθμού του δείγματος (n=314) είναι 16 (mean=16.4) και κυμαίνεται μεταξύ του 0 και του 231 (min-max=0-231, range=231, SD=29.1, variance=848.1) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**). Τέλος, τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά ($Pvalue=0.04$).

Αλκοόλ

Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ και της εμφάνισης του συνδρόμου ($\chi^2=1.9$, $Pvalue=0.7$). Η πλειονότητα του δείγματος δήλωσε ότι δεν κάνει χρήση αλκοόλ. Πιο αναλυτικά, το 83,3% (n=48) των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας, το 82.8% (n=48) των συμμετεχόντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας και το 76.5% (n=173) των ωφελούμενων με μη ευαλωτότητα δεν καταναλώνουν αλκοόλ. Οι τελευταίοι, έχουν τα χαμηλότερα ποσοστά πρώην καταναλωτών αλκοόλ με 20.4% (n=46) σε σχέση με τις δύο άλλες κατηγορίες (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**).

Η κατανάλωση αλκοόλ στα συμμετέχοντες με το σύνδρομο ευαλωτότητας είναι διπλάσια σε σύγκριση με τα άτομα της μη ευαλωτότητας, ενώ τα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας καταναλώνουν λιγότερο αλκοόλ σε σύγκριση με τις άλλες δυο κατηγορίες. Πιο ειδικά, η μέση κατανάλωση αλκοόλ στους ωφελούμενους με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30) είναι περίπου 4 ποτήρια να εβδομάδα (mean=4.5), με

ελάχιστη κατανάλωση τα 0 ποτήρια και μέγιστη τα 120 ποτήρια (min-max=0-120, range=120, SD=21.8, variance=477.8).

Όσον αφορά την μέση κατανάλωση αλκοόλ στους ερωτηθέντες του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι περίπου 1 ποτήρι ανά εβδομάδα (mean=1.6), με ελάχιστη κατανάλωση τα 0 ποτήρια και μέγιστη τα 40 ποτήρια (min-max=0-40, range=40, SD=5.9, variance=35.9). Η μέση κατανάλωση αλκοόλ στα άτομα της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι τα 2 ποτήρια ανά εβδομάδα (mean=2), με ελάχιστη κατανάλωση τα 0 ποτήρια και μέγιστη τα 70 (min-max=0-70, range=70, SD=6.7, variance=45.8). Επιπρόσθετα, η μέση κατανάλωση αλκοόλ στο σύνολο του δείγματος είναι περίπου τα 2 ποτήρια (mean=2.2) με ελάχιστο αριθμό ποτηριών το 0 και μέγιστο τα 120 ποτήρια (min-max=0-9, range=120, std.deviation=9.1, variance=84.3) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**). Τέλος, η κατανάλωση αλκοόλ ανά εβδομάδα παρουσιάζει στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue=0.03$)

Άθληση

Η πλειονότητα του δείγματος και στις τρεις κατηγορίες δεν αθλείται, καθώς το 93.3% (n=28) των ωφελούμενων με το σύνδρομο ευαλωτότητας και το 51.7% (n=30) των ωφελούμενων του προ-σταδίου ευαλωτότητας δεν αθλούνται. Αντίθετα, το 61.1% (n=138) των ατόμων με μη ευαλωτότητα αθλείται (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**). Παρόλα αυτά, παρατηρείται στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα μεταξύ της άθλησης και του συνδρόμου (chi-square=32.2, $Pvalue<0.001$).

Ο μέσος όρος άθλησης ανά εβδομάδα στο σύνολο του δείγματος είναι περίπου 1 ώρα (mean=0.7), ενώ οι ώρες άθλησης κυμαίνονται από το 0 έως το 8 (min-max=0-8, range=8, SD=1.1, variance=1.2). Η μ.τ των ωρών άθλησης ανά εβδομάδα στους ερωτηθέντες με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30) είναι 0 (mean=0.08), ενώ οι ώρες άθλησης κυμαίνονται από 0 έως 2 ώρες (min-max=0-2, range=2, SD=0.3, variance=0.1). Η μ.τ των ωρών άθλησης ανά εβδομάδα στους συμμετέχοντες τους προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι 0 (mean=0.6), ενώ οι ώρες άθλησης κυμαίνονται από το 0 έως 3 ώρες (min-max=0-3, range=3, SD=0.9, variance= 0.8). Η μ.τ των ωρών άθλησης ανά εβδομάδα στα άτομα της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι 0 (mean=0.9), ενώ οι ώρες άθλησης κυμαίνονται από το 0 έως 8 ώρες (min-max=0-8, range=8, SD=1.2, variance=1.4) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**).

Πόσο συχνά συναναστρέφεστε με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα);

Ο μέσος όρος συναναστροφής με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο του συνόλου του δείγματος είναι περίπου 3 φορές την εβδομάδα, ενώ η συχνότητα επαφής κυμαίνεται από το 0 έως το 7 (mean=3.3, min-max=0-7, range=7, SD=2.7, variance=7.4). Ο μέσος όρος συναναστροφής με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30), είναι περίπου 3 φορές την εβδομάδα, ενώ η συχνότητα συναναστροφής κυμαίνεται από 0 έως 7 φορές την εβδομάδα (mean= 3.4, min-max=0-7, range=7, SD=3.1, variance=10.1). Ο μέσος όρος συναναστροφής των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι περίπου 2 φορές την εβδομάδα, ενώ η συχνότητα συναναστροφής κυμαίνεται από το 0 έως 7 φορές την εβδομάδα (mean= 2.7, min-max=0-7, range=7, SD=2.7, variance=7.5). Ο μέσος όρος συναναστροφής των συμμετεχόντων της ευαλωτότητας (n=226) είναι περίπου 3 φορές την εβδομάδα, ενώ η συχνότητα συναναστροφής κυμαίνεται από το 0 έως 7 φορές την εβδομάδα (mean=3.4, min-max=0-7, range=7, SD=2.6, variance=7) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**). Τέλος, στη συγκεκριμένη μεταβλητή παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue=0.01$).

Δυσκολία στο να αποκοιμηθούν

Το 73.3% (n=22) των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν δυσκολίες στο να αποκοιμηθούν, με μεγάλη διαφορά από αυτούς που δεν έχουν δυσκολίες με ποσοστό 26.7% (n=8). Επίσης, το 69.0% (n=40) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας έχουν δυσκολίες στο να αποκοιμηθούν με σχεδόν διπλάσια διαφορά από αυτούς που δεν έχουν κάποια δυσκολία με ποσοστό 31% (n=18). Παρ' όλα αυτά, το 57.5% (n=130) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα δεν έχει δυσκολία στο να αποκοιμηθεί (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**). Τέλος, τα αποτελέσματα για τον ύπνο και τις τρεις κατηγορίες του συνδρόμου ευαλωτότητας φαίνεται ότι έχουν στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις, καθώς το $Pvalue<0.001$ (chi-square=20.7).

Συνεχής ύπνος κατά τη διάρκεια της νύχτας

Ο συνεχής ύπνος κατά τη διάρκεια της νύχτας παρατηρείται ότι έχει στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για τις τρεις κατηγορίες του συνδρόμου (chi-square=35.4, $Pvalue<0.001$). Το 86.7% (n=26) των ερωτηθέντων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν έχει συνεχή ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας, όπως επίσης και το 74.1% (n=43)

των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας. Όμως, το 56.6% (n=128) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα έχει συνεχή ύπνο κατά τη διάρκεια της νύχτας (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**).

Το πρωί ξυπνάτε πιο νωρίς από ότι θα επιθυμούσατε;

Το 73.3% (n=22) των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας, το 72.4% (n=42) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας και το 55.3% (n=125) των ωφελούμενων με μη ευαλωτότητα δήλωσαν ότι το πρωί ξυπνούν πιο νωρίς από ότι θα επιθυμούσαν, (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**). Δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ της συγκεκριμένης μεταβλητής και της εμφάνισης του συνδρόμου (chi-square=8.5, Pvalue=0.07).

Συνυπάρχουσες παθήσεις

Οι συνυπάρχουσες παθήσεις φαίνεται ότι έχουν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=12.2, Pvalue=0.01). Μεταξύ των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας τα συχνότερα συνυπάρχουσα νοσήματα είναι τα παρακάτω: σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος, δυσλιπιδεμία/υπερλιπιδεμία, Χ.Α.Π., άσθμα, οστεοαρθρίτιδα και κατάθλιψη. Το 70% (n=21) των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς επίσης το 60.3% (n=35) των συμμετεχόντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας έχουν συνυπάρχουσες παθήσεις. Το αντίθετο παρατηρείται στα άτομα με μη ευαλωτότητα, αφού το 57.1% (n=129) δεν έχουν συνυπάρχουσες παθήσεις (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**).

Αριθμός νοσημάτων

Ο αριθμός των νοσημάτων φαίνεται να έχει στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας (Pvalue=0.01). Όπως παρατηρείται από το **Γράφημα 5, Παράρτημα 3**, ο αριθμός των νοσημάτων στα άτομα του συνδρόμου της ευαλωτότητας είναι μεγαλύτερος σε σύγκριση με τα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας και της μη ευαλωτότητας. Μάλιστα οι γυναίκες στην ομάδα του συνδρόμου ευαλωτότητας και του προ-σταδίου ευαλωτότητας φαίνεται να έχουν περισσότερα νοσήματα σε σχέση με τους άνδρες.

Η μ.τ του αριθμού των νοσημάτων του συνόλου του δείγματος είναι περίπου το 1 νόσημα, με ελάχιστο αριθμό νοσημάτων το 0 και μέγιστο τα 7 νοσήματα (mean=0.8,

min-max=0-7, range=7, std.deviation=1.2, variance=1.4). Η μ.τ του αριθμού των νοσημάτων στα άτομα του συνδρόμου της ευαλωτότητας (n=30) είναι περίπου στα 2 νοσήματα, ενώ ο αριθμός των νοσημάτων κυμαίνεται από το 0 έως τα 7 νοσήματα (mean=2.5, min-max=0-7, range=7, SD=2, variance=4.3).

Ο μέσος όρος του αριθμού των νοσημάτων στους ωφελούμενους του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι 1 νόσημα, ενώ ο ελάχιστος αριθμός νοσημάτων είναι το 0 και ο μέγιστος το 3 (mean=1, min-max=0-3, range=3, SD=1, variance=1.1). Ο μέσος όρος του αριθμού των νοσημάτων στους ερωτηθέντες της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι το 0, ενώ ο αριθμός των νοσημάτων κυμαίνεται από το 0 έως τα 4 νοσήματα (mean=0.5, min-max=0-4, range=4, SD=0.8, variance=0.7) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**).

4.3. Συμπτώματα συνδρόμου ευαλωτότητας

Κόπωση

Παρατηρείται ότι η κόπωση έχει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου με το $Pvalue < 0.001$ (chi-square=64). Σχεδόν όλα τα άτομα με το σύνδρομο ευαλωτότητας δήλωσαν ότι αισθάνονται κουρασμένοι δηλαδή το 96.7% (n=29). Το ίδιο ισχύει και στα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας με ποσοστό 98.3% (n=57). Το 50.9% (n=115) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα δήλωσαν ότι δεν αισθάνονται κουρασμένοι, όμως η διαφορά ήταν μικρή σε σχέση με αυτούς που αισθάνονται κόπωση (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**).

Δεν μπορείτε να ανεβείτε ένα σκαλοπάτι;

Το 50% (n=15) των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας ανέφεραν ότι μπορούν να ανέβουν ένα σκαλοπάτι και ακριβώς το ίδιο ποσοστό ότι αδυνατεί να το ανέβει. Το 100% (n=58) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας και το 99.6% (n=225) των ατόμων με μη ευαλωτότητα μπορούν να ανέβουν ένα σκαλοπάτι, (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**). Τέλος, φάνηκε ότι η συγκεκριμένη μεταβλητή έχει στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square= 138.3, $Pvalue < 0.001$).

Δεν μπορείτε να περπατήσετε γύρω από ένα τετράγωνο;

Το 96.7% (n=29) των ερωτηθέντων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν μπορεί να περπατήσει γύρω από ένα τετράγωνο. Το αντίθετο παρατηρείται στα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας, καθώς το ποσοστό είναι 91.4% (n=53) και σε όλα τα άτομα με μη ευαλωτότητα (n=226) (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**), με τα αποτελέσματα να είναι στατιστικά σημαντικά (chi-square=256.6, Pvalue<0.001).

Έχετε πάνω από 5 νοσήματα;

Η πλειονότητα του δείγματος στις τρεις κατηγορίες δεν έχει πάνω από πέντε νοσήματα, όμως παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=61, Pvalue<0.001). Πιο ειδικά, 96.7% (n=22) των ωφελούμενων με το σύνδρομο ευαλωτότητας, το 96.6% (n=56) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας και όλα τα άτομα με μη ευαλωτότητα (n=226) δεν έχουν πάνω από πέντε νοσήματα (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**).

Απώλεια βάρους πάνω από 5% το τελευταίο εξάμηνο

Τόσο τα άτομα με το σύνδρομο ευαλωτότητας όσο και τα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας έχουν χάσει βάρος πάνω από 5% το τελευταίο εξάμηνο με 60% (n=18) και 89.7% (n=152) αντίστοιχα. Το 87.2% (n=197) των ερωτηθέντων με μη ευαλωτότητα δεν έχει χάσει βάρος τους τελευταίους έξι μήνες (**Πίνακας 3, Παράρτημα 2**). Συνεπώς, τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=138.6, Pvalue<0.001).

4.4. Ευαλωτότητα και ποιότητα ζωής

Όπως παρατηρείται από το **Γράφημα 1a, Παράρτημα 3**, τα επίπεδα υγείας στην ομάδα των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30) φαίνεται να είναι αρκετά μειωμένα, καθώς η μ.τ των επιπέδων υγείας είναι περίπου στο 30 (mean=30.8), ενώ τα επίπεδα υγείας κυμαίνονται από το 0 έως το 70 (min-max=0-70, range=70, SD=19.2, variance=370.8).

Η μ.τ των επιπέδων υγείας στην ομάδα των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι περίπου στο 48 (mean=48.6), με ελάχιστο επίπεδο υγείας το 0 και μέγιστο

το 100 (min-max=0-100, range=100, SD=23.1, variance=537.5). Όσον αφορά την ομάδα των ατόμων που δεν διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=226), τα επίπεδα υγείας φαίνονται να είναι τα πιο υψηλά σε σύγκριση με τις υπόλοιπες ομάδες. Έτσι, η μ.τ των επιπέδων της υγείας είναι στο 65 (mean=65.9) με ελάχιστο επίπεδο υγείας το 0 και μέγιστο το 100 (min-max=0-100, range=100, SD=20.1, variance=407.8). Η μ.τ των επιπέδων υγείας του συνόλου του δείγματος είναι περίπου στο 59 (mean=59.3), με ελάχιστο επίπεδο υγείας το 0 και μέγιστο το 100 (min-max=0-100, range=100, SD=23.5, variance=556.1) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**).

Όπως γίνεται αντιληπτό από το **Γράφημα 1β, Παράρτημα 3**, οι άνδρες χωρίς το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν αυξημένα επίπεδα υγείας σε σύγκριση με τους άνδρες με το σύνδρομο ευαλωτότητας. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει μεταξύ των γυναικών που δεν διαγνώστηκαν με ευαλωτότητα και εκείνων που διαγνώστηκαν. Τέλος, τα επίπεδα υγείας έχουν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue=0.02$).

Κινητικότητα

Η κινητικότητα φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=166.3, $Pvalue<0.001$). Το 60% (n=18) των ωφελούμενων με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχει σοβαρά προβλήματα/ δυσκολίες στο περπάτημα. Το 13.3% (n=4) είτε είναι ανίκανο να περπατήσει είτε έχει μικρά προβλήματα/ δυσκολίες στο περπάτημα. Μόλις το 3.3% (n=1) δεν έχει κανένα πρόβλημα στο περπάτημα.

Το 50% (n=29) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας δεν έχει κανένα πρόβλημα/δυσκολία στο περπάτημα. Ακολουθούν εκείνοι οι οποίοι έχουν μέτρια προβλήματα/δυσκολίες με 25.9% (n=15). Το 77.4% των ερωτηθέντων με μη ευαλωτότητα δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα/δυσκολία ενώ το 11.9% (n=27) έχει μικρά προβλήματα (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

Αυτοεξυπηρέτηση

Όσον αφορά την αυτοεξυπηρέτηση, φαίνεται ότι έχει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=94.62, $Pvalue<0.001$). Το 53.3% (n=16) των ωφελούμενων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν έχει κανένα

πρόβλημα/ δυσκολία στο να αυτοεξυπηρετηθεί. Το 20% (n=6) έχει μέτρια προβλήματα ενώ μόλις το 3.3% (n=1) είναι ανίκανος να αυτοεξυπηρετηθεί.

Το 89.7 % (n=52) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα στην αυτοεξυπρέτηση. Ακλουθούν αυτοί με μικρά προβλήματα με 6.9% (n=4). Τέλος, το 97.8% (n=221) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα δεν έχει κανένα πρόβλημα (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

Καθημερινές /Συνηθισμένες δραστηριότητες

Οι καθημερινές/συνηθισμένες δραστηριότητες φαίνεται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου καθώς το $Pvalue < 0.001$ (chi-square=125). Το 26.7% (n=8) των ερωτηθέντων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν είτε μικρά είτε μέτρια προβλήματα/δυσκολίες. Το 23.3% (n=7) έχει σοβαρά προβλήματα/δυσκολίες, το 20% (n=6) δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και μόνο το 3.3% (n=1) είναι ανίκανος να περπατήσει.

Το 70.7% (n=41) των ατόμων με προ-ευαλωτότητα δεν αντιμετωπίζει κανένα πρόβλημα/δυσκολία στο περπάτημα και το 24.1% (n=14) των ατόμων αυτών έχει μικρά προβλήματα/δυσκολίες. Κανένας δεν έχει σοβαρά προβλήματα, ενώ εκείνοι οι οποίοι έχουν μέτρια προβλήματα/δυσκολίες και εκείνοι που είναι ανίκανοι να περπατήσουν έχουν πολύ χαμηλότερα ποσοστά, 3.4% (n=2) και 1.7% (n=1) αντίστοιχα.

Το 89.8% (n=203) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα, δεν έχει κανένα πρόβλημα στο περπάτημα, ενώ μόνο το 6.6% (n=15) αντιμετωπίζει μικρά προβλήματα/δυσκολίες. Μέτρια ή σοβαρά προβλήματα/δυσκολίες έχουν χαμηλά ποσοστά 7% (n=3,1) και 0.4% (n=1) αντίστοιχα. Τέλος και σε αυτή την κατηγορία όλοι είναι σε θέση να περπατήσουν (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

Πόνος/ δυσφορία

Το 50% (n=15) των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχει σοβαρό πόνο/δυσφορία και το 16.7% (n=5) έχει μέτριο πόνο/δυσφορία. Το 13.3% (n=4) είτε έχει μικρό πόνο/δυσφορία είτε έχει υπερβολικό πόνο/δυσφορία. Μόνο το 6.7% (n=2) δεν έχει καθόλου πόνο/δυσφορία. Το 27.6% (n=16) των ωφελούμενων του προ-σταδίου ευαλωτότητας είτε έχουν μέτριο πόνο/δυσφορία είτε δεν έχει καθόλου πόνο/δυσφορία.

Το 24.1% (n=14) έχει μικρό πόνο, το 12.1% (n=7) έχει υπερβολικό πόνο/δυσφορία. Μόνο το 8.6% (n=5) έχει σοβαρό πόνο/δυσφορία.

Το 55.3% (n=125) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα δεν έχει πόνο και το 28.3% (n=64) έχει μικρό πόνο/δυσφορία. Το 8.4% (n=19) έχει μέτριο πόνο, το 7.1% (n=16) έχει σοβαρό και μόλις το 0.9% (n=2) έχει υπερβολικό πόνο (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**). Τέλος, ο πόνος/δυσφορία παρατηρήθηκε ότι έχει στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=98.6, *Pvalue*<0.001).

Άγχος

Το σύνολο των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν άγχος καθώς αυτό φαίνεται ότι έχει στατικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=29.6, *Pvalue*<0.001). Αναλυτικότερα, το 36.7% (n=11) έχει υπερβολικό άγχος, το 33.3% (n=10) έχει μέτριο, το 26.7% (n=8) έχει σοβαρό και μόνο το 3.3% (n=1) έχει μικρό. Επίσης, το ίδιο με παραπάνω φαίνεται να ισχύει στην κατηγορία με τα άτομα του προ-σταδίου ευαλωτότητας, καθώς όλοι δήλωσαν ότι έχουν έστω και μικρό άγχος. Το 36.2% (n=21) έχει σοβαρό άγχος, το 31% (n=18) έχει μέτριο, το 24.1% (n=14) έχει υπερβολικό άγχος και το 8.6% (n=5) έχει μικρό άγχος. Το 30.5% (n=69) των ερωτηθέντων με μη ευαλωτότητα έχει μέτριο άγχος. Το 19% (n=43) έχει είτε μικρό είτε σοβαρό άγχος. Το 17.7% (n=40) έχει υπερβολικό άγχος, ενώ μόνο σε αυτή την ομάδα υπήρχαν αυτοί που δεν έχουν καθόλου άγχος με ποσοστό 13.7% (n=31) (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

4.5. Ευαλωτότητα και ευημερία

Όπως φαίνεται από το **Γράφημα 2α, Παράρτημα 3**, τα επίπεδα ευημερίας μειώνονται στους συμμετέχοντες που βρίσκονται στο προ-στάδιο ευαλωτότητας και ακόμη περισσότερο σε αυτούς που έχουν διαγνωστεί με το σύνδρομο ευαλωτότητας. Το 20% των ατόμων με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν 20% στα επίπεδα ευημερίας, το 12% των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας έχουν 30% στα επίπεδα ευημερίας και το 7.5% των ατόμων της μη ευαλωτότητας έχουν 72% στα επίπεδα ευημερίας.

Πιο αναλυτικά, ο μέσος όρος των επιπέδων ευημερίας είναι 47, με ελάχιστο επίπεδο το 0 και μέγιστο το 100 (mean=47.9, min-max=0-100, range=100, SD=26, variance=679.3) (**Πίνακας 2, Παράρτημα 2**). Η μ.τ στα επίπεδα ευημερίας των συμμετεχόντων που έχουν το σύνδρομο ευαλωτότητας (n=30) είναι 21.47, με ελάχιστο επίπεδο το 0 και μέγιστο το 64 (mean=21.4, min-max=0-64, range=64, SD=17.7, variance=313.9). Η μ.τ στα επίπεδα ευημερίας των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας (n=58) είναι περίπου στο 34 (mean=34.4) ενώ τα επίπεδα ευημερίας κυμαίνονται από το 0 έως το 92 (min-max=0-92, range=92, SD=22.7, variance=518.6). Ο μέσος όρος στα επίπεδα ευημερίας των ερωτηθέντων της μη ευαλωτότητας (n=226) είναι περίπου στο 54 (mean=54.8) ενώ τα επίπεδα ευημερίας είναι μεταξύ του 0 και του 100 (min-max=0-100, range=100, SD=24.1, variance=584.6). Επίσης, πρέπει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις των επιπέδων ευημερίας και του συνδρόμου ευαλωτότητας ($Pvalue < 0.01$).

Γενικότερα, οι τόσο οι γυναίκες όσο και άνδρες χωρίς το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν μεγαλύτερα σκορ ευημερίας σε σύγκριση με τις γυναίκες τους άνδρες που πάσχουν από το σύνδρομο αυτό (**Γράφημα 2β, Παράρτημα 3**). Οι γυναίκες χωρίς το σύνδρομο ευαλωτότητας φαίνεται να έχουν μεγαλύτερα σκορ ευημερίας σε σύγκριση με τους άνδρες της ίδιας κατηγορίας. Αντίθετα, οι άνδρες που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας έχουν μεγαλύτερα σκορ ευημερίας σε σχέση με τις γυναίκες με το σύνδρομο ευαλωτότητας.

Νιώθω ευδιάθετος και σε καλή κατάσταση

Η συγκεκριμένη μεταβλητή φαίνεται ότι έχει στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου (chi-square=44.5, $Pvalue < 0.001$). Οι μισοί από τα άτομα που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας δηλαδή το 50% (n=15) δεν νιώθουν ποτέ ευδιάθετοι και σε καλή κατάσταση. Το 33.3% (n=10) νιώθει μερικές φορές, το 10% (n=3) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές. Το 3.3% (n=1) νιώθει είτε λιγότερο από τις μισές φορές είτε τον περισσότερο καιρό. Τέλος, δεν υπήρξε κάποιος που να δήλωσε ότι νιώθει συνεχώς ευδιάθετος και σε καλή κατάσταση.

Το 41.1% (n=24) των ερωτηθέντων του προ-σταδίου ευαλωτότητας νιώθει μερικές φορές ευδιάθετο και σε καλή κατάσταση. Το 27.6 % (n=16) δεν νιώθει ποτέ και το 12.1% (n=7) νιώθει τον περισσότερο καιρό. Τα ίδια ποσοστά 8.6% (n=5) έχουν αυτοί οι

οποίοι νιώθουν ευδιάθετοι και σε καλή κατάσταση, λιγότερο από τις μισές φορές και περισσότερο από τις μισές φορές. Μόνο το 1.7% (n=1) ανέφερε ότι νιώθει συνεχώς ευδιάθετος και σε καλή κατάσταση.

Το 28.4% (n=64) των ωφελούμενων με μη ευαλωτότητα νιώθει μερικές φορές σε καλή κατάσταση και το 21.3% (n=48) τον περισσότερο καιρό. Το 18.7% (n=42) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές. Το 11.6% (n=26) νιώθει είτε ποτέ είτε λιγότερο από τις μισές φορές. Το 8% (n=18) νιώθει συνεχώς ευδιάθετος και σε καλή κατάσταση (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

Νιώθω χαλαρός και ήρεμος

Το 36.7% (n=11) των ερωτηθέντων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν νιώθει ποτέ χαλαρός και ήρεμος. Το 30% (n=9) νιώθει μερικές φορές και το 20% (n=6) νιώθει λιγότερο από τις μισές φορές. Το 6.7% (n=2) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές ενώ το 3.3% (n=1) νιώθει είτε συνέχεια είτε τον περισσότερο καιρό.

Το 36.2% (n=21) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας δεν νιώθει ποτέ χαλαρός και ήρεμος, το 22.4% (n=13) νιώθει μερικές φορές, το 15.5% (n=9) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές, το 13.8% (n= 8) νιώθει τον περισσότερο καιρό, το 8.6% (n=5) λιγότερο από τις μισές φορές. Τέλος, μόνο ένα μικρό ποσοστό 3.4% (n=2) αναφέρει ότι νιώθει συνεχώς χαλαρός και ήρεμος.

Το 23% (n=52) των συμμετεχόντων που δεν διαγνώστηκαν με ευαλωτότητα νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές, το 19.9% (n=45) νιώθει λιγότερο από τις μισές φορές, το 18.6% (n=42) τον περισσότερο καιρό, το 15.9% (n=36) μερικές φορές, το 12.8% (n=29) νιώθει συνεχώς χαλαρός και ήρεμος, το 9.7% (n=22) δεν νιώθει ποτέ ήρεμος (**Παράρτημα 2, Πίνακας 3**). Αξίζει να αναφερθεί ότι παρατηρούνται στατικά σημαντικές διαφοροποιήσεις της μεταβλητής αυτής για την εμφάνιση του συνδρόμου ($\chi^2=46.7$, $Pvalue<0.001$).

Ξύπνησα νιώθοντας ξεκούραστος και φρέσκος

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δηλαδή το 40% (n=12) δεν ξύπνησε ποτέ νιώθοντας ξεκούραστος και φρέσκος. Παρ' όλα αυτά παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του

συνδρόμου ($\chi^2=56.9$, $Pvalue<0.001$). Το 26.7% ($n=8$) νιώθει μερικές φορές ξεκούραστος και φρέσκος, το 16.7% ($n=5$) νιώθει λιγότερο από τις μισές φορές, το 10% ($n=3$) νιώθει τον περισσότερο καιρό, το 6.7% ($n=2$) περισσότερο από τις μισές φορές. Κανένας δεν ανέφερε ότι νιώθει συνεχώς ξεκούραστος και φρέσκος όταν ξυπνάει το πρωί.

Το 24.1% ($n=14$) των ατόμων του προ-σταδίου ευαλωτότητας νιώθει τον περισσότερο καιρό, το 22.4% ($n=13$) δεν νιώθει ποτέ ξεκούραστος και φρέσκος στο πρωινό ξύπνημα, το 20.7% ($n=12$) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές, το 17.2% ($n=10$) νιώθει μερικές φορές. Μικρότερα είναι τα ποσοστά εκείνων που νιώθουν συνεχώς ξεκούραστοι και φρέσκοι και εκείνων που νιώθουν λιγότερο από τις μισές φορές με ποσοστά 8.6% ($n=5$) και 6.9% ($n=4$) αντίστοιχα.

Το 27% ($n=61$) των ωφελούμενων με μη ευαλωτότητα νιώθουν το περισσότερο καιρό, το 21.2% ($n=48$) δήλωσε ότι νιώθει συνεχώς φρέσκος και ξεκούραστος ξυπνώντας το πρωί, το 20.8% ($n=47$) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές, το 13.3% ($n=30$) νιώθε μερικές φορές, το 12.8% ($n=29$) νιώθει λιγότερο από τις μισές φορές ενώ, μόνο το 4.9% ($n=11$) δεν νιώθει ποτέ ξεκούραστος και φρέσκος όταν ξυπνάει το πρωί (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

Η καθημερινότητα μου είναι γεμάτη με δραστηριότητες και πράγματα που με ενδιαφέρουν.

Όσον αφορά τη συγκεκριμένη μεταβλητή, παρατηρείται ότι τα αποτελέσματα είναι στατιστικά σημαντικά με το $Pvalue<0.001$ ($\chi^2=50.3$). Το 43.3% ($n=13$) των συμμετεχόντων με το σύνδρομο ευαλωτότητας δεν ασχολείται ποτέ με δραστηριότητες και με πράγματα που να τον ενδιαφέρουν. Το 30% ($n=9$) ασχολείται μερικές φορές και το 13.3% ($n=4$) ασχολείται λιγότερο από τις μισές φορές. Ακριβώς το ίδιο ποσοστό έχουν αυτοί οι οποίοι ασχολούνται τον περισσότερο καιρό και περισσότερο από τις μισές φορές δηλαδή 6.7% ($n=2$). Δεν υπήρξε κανένας που να δήλωσε ότι η καθημερινότητα του είναι συνεχώς γεμάτη με δραστηριότητες και πράγματα που να τον ενδιαφέρουν.

Το 36.2% ($n=21$) των ωφελούμενων του προ-σταδίου ευαλωτότητας δεν ασχολείται ποτέ με δραστηριότητες και πράγματα που να τον ενδιαφέρουν, το 31% ($n=18$)

ασχολείται μερικές φορές το 13.8% (n=8), ασχολείται τον περισσότερο καιρό, το 8.6% (n=5) λιγότερο από τις μισές φορές, το 6.9% (n=4) περισσότερο από τις μισές φορές, ενώ μόνο το 3.4% (n=2) κάνει συνεχώς πράγματα και δραστηριότητες που τον ενδιαφέρουν καθημερινά.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων με μη ευαλωτότητα, δηλαδή το 22.1% (n=50) αναφέρει ότι συνεχώς έχει πράγματα και δραστηριότητες που τον ενδιαφέρουν. Το 21.7% (n=49) τον περισσότερο καιρό, το 16.8% (n=38) μερικές φορές, το 16.4% (n=37) περισσότερο από τις μισές φορές, το 13.3% (n=30) δεν ασχολείται ποτέ και τέλος το 9.7% (n=22) λιγότερο από τις μισές φορές (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**).

Ενεργητικός, Δραστήριος, και ακμαίος

Οι μισοί από αυτούς που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας δηλαδή το 50% (n=15) νιώθουν ενεργητικοί, δραστήριοι και ακμαίοι μερικές φορές. Το 26.7% (n=8) δεν νιώθει ποτέ, το 16.7% (n=5) νιώθει λιγότερο από τις μισές φορές. Το 3.3% (n=1) νιώθει είτε συνεχώς είτε περισσότερο από τις μισές φορές. Κανένας σε αυτή την κατηγορία δε δήλωσε ότι νιώθει ενεργητικός, δραστήριος και ακμαίος τον περισσότερο καιρό.

Το 29.3% (n=17) των ωφελούμενων του προ-σταδίου ευαλωτότητας αναφέρει ότι νιώθει μερικές φορές, το 24.1% (n=14) δεν νιώθει ποτέ, το 13.8% (n=8) νιώθει τον περισσότερο καιρό. Το 12.1% (n=7) νιώθει είτε λιγότερο από τις μισές φορές είτε περισσότερο από τις μισές φορές. Το 8.6% (n=5) νιώθει συνεχώς ενεργητικός, δραστήριος και ακμαίος.

Το 22.6% (n=51) των συμμετεχόντων με μη ευαλωτότητα νιώθει τον περισσότερο καιρό ενεργητικός, δραστήριος και ακμαίος, το 21.7% (n=49) νιώθει μερικές φορές, το 20.4% (n=46) νιώθει περισσότερο από τις μισές φορές, το 15% (n=34) λιγότερο από τις μισές φορές, το 14.2% (n=32) νιώθει συνεχώς ενώ το 6.2% (n=14) δεν νιώθει ποτέ ενεργητικός (**Πίνακας 4, Παράρτημα 2**). Τέλος, φαίνεται ότι υπάρχουν στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις για την εμφάνιση του συνδρόμου ($\chi^2=45.5$, $Pvalue<0.001$).

4.6. Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου

Στην παρακάτω υποενότητα απαντάται ο επιμέρους στόχος 3.

Ο **Πίνακας 5 (Παράρτημα 2)** παρουσιάζει τα αποτελέσματα ενός πολυπαραγοντικού μοντέλου το οποίο αποτυπώνει τους παράγοντες κινδύνου και τους παράγοντες που μειώνουν την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας. Στο τελικό μοντέλο έχει γίνει εξομοίωση ως προς το φύλο. Η ηλικία, ο τρόπος διαβίωσης, η οικογενειακή κατάσταση, η διαμονή με παιδιά, το εισόδημά, τα έτη καπνίσματος, η κατανάλωση αλκοόλ, η άθληση και η συνοσηρότητα φαίνεται να επηρεάζουν την εμφάνισή του συνδρόμου είτε αυξάνοντας είτε μειώνοντας τις πιθανότητες εμφάνισης του.

Πιο συγκεκριμένα, για κάθε έτος αύξησης της ηλικία αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας κατά 1.1 φορές (95%CI= 1-1.1, *Pvalue*=0.01). Επίσης, αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν όσοι είναι διαζευγμένοι ή χήροι (OR=1.28, 95%CI=1-1.5 και OR=3.2, 95%=2.1-4.9, *Pvalue* <0.001, αντίστοιχα).

Οι συμμετέχοντες που ζουν μόνοι έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας κατά 2.6 φορές (95% CI= 1.1-6, *Pvalue* <0.001). Η διαμονή με τα παιδιά φαίνεται να αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς φαίνεται να μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας στους συμμετέχοντες που μένουν στο ίδιο σπίτι με τα παιδιά τους, στο ίδιο κτίριο ή σε κοντινή/ίδια περιοχή (OR=1, OR=0.5 95%CI=0.1-0.7 και OR= 0.82 95% CI=0.6-0.9, *Pvalue*<0.001 αντίστοιχα).

Οι ερωτηθέντες που μένουν μακριά από τα παιδιά τους και εκείνοι που δεν έχουν παιδιά παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας κατά 1.1 και 1.1 φορές αντίστοιχα (95%CI=1-1.2 και 95%CI= 1-1.3, *Pvalue*<0.001).

Το χαμηλό εισόδημα παρατηρείται ότι συμβάλει στην εμφάνιση του συνδρόμου καθώς οι ερωτηθέντες που έχουν εισόδημα 0-500 και 500-3000 έχουν αυξημένο κίνδυνο

εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας (OR=1.3 95%CI=1.1-1.7 και OR=1.1 95% CI=1-1.1, *Pvalue*<0.001)

Τα έτη καπνίσματος φαίνεται ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας, καθώς για κάθε ένα έτος αύξησης των ετών καπνίσματος αυξάνεται η πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας κατά 1.4 φορές (95%CI=1.1-1.9, *Pvalue*=0.03). Επίσης, αυξημένο κίνδυνο παρουσιάζουν όσοι καταναλώνουν αλκοόλ (OR=1.4 95%CI=1-1.7, *Pvalue*=0.02). Αξίζει να σημειωθεί ότι η άθληση αποτελεί προστατευτικό παράγοντα για το σύνδρομο ευαλωτότητας (OR=0.2, 95%CI=0.0-0.4 και *Pvalue*=0.01). Τέλος, ο αριθμός νοσημάτων φαίνεται ότι επηρεάζει στην εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας (OR= 2.5, 95%CI =1.8-3.5 και *Pvalue*<0.001).

5. Συζήτηση

5.1. Κύρια ευρήματα

Στην παρούσα μελέτη, ερευνήθηκαν το σύνδρομο ευαλωτότητας, η ποιότητα ζωής και η ευημερία σε ένα οικονομικά ασθενή πληθυσμό της πόλης του Ηρακλείου. Ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας στον πληθυσμό μελέτης είναι 9.5% και του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι 18.4%. Συνολικά για αυτές τις δυο ομάδες (στάδιο ευαλωτότητας και προ-στάδιο) το ποσοστό αγγίζει το 28.1%. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι το ποσοστό ευαλωτότητας αυξάνεται στον πληθυσμό της μελέτης άνω των 65 ετών καθώς αγγίζει το 55.5% (22.2% και 33.3% για τους άνδρες και τις γυναίκες αντίστοιχα). Εξετάζοντας τις ηλικιακές ομάδες 18-64 ετών (n=296), το ποσοστό ευαλωτότητας είναι 6.8% (n=20) και το ποσοστό του προ-σταδίου ευαλωτότητας είναι 19.6% (n=58). Μετά από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τρόπος διαβίωσης, η διαμονή των παιδιών (αφορά τόσο τη διαμονή των παιδιών μακριά από τους ερωτηθέντες όσο και τους συμμετέχοντες που δεν έχουν παιδιά), το χαμηλό εισόδημα, τα έτη καπνίσματος, η κατανάλωση αλκοόλ και ο αριθμός των νοσημάτων συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Τόσο η άθληση όσο και η διαμονή των παιδιών κοντά ή στο ίδιο σπίτι με τους ερωτηθέντες φαίνεται ότι δρουν ως προστατευτικοί παράγοντες για το σύνδρομο ευαλωτότητας. Ενδιαφέρων παρουσιάζει η επίδραση της διάρκειας καπνίσματος στην υγεία έναντι των πακετο/ετών τα οποία λαμβάνουν υπόψη και τον αριθμό τσιγάρων.

Ο συνεχής ύπνος κατά τη διάρκεια της νύχτας και η δυσκολία των συμμετεχόντων στο να αποκοιμηθούν φάνηκε ότι σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Επίσης, ο αριθμός μελών οικογένειας, ο αριθμός των παιδιών, η συχνότητα επαφής με τα παιδιά, η συχνότητα συναναστροφής με φίλους/γνωστούς, η κατανάλωση αλκοόλ και τα πακετοέτη φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση τους συνδρόμου ευαλωτότητας.

Όσον αφορά τα συμπτώματα του συνδρόμου ευαλωτότητας φάνηκε ότι η κόπωση, η απώλεια βάρους, η ανικανότητα να περπατήσουν γύρω από ένα τετράγωνο, η ανικανότητα να ανεβούν ένα σκαλοπάτι και ύπαρξη πάνω από πέντε νοσημάτων συνδέεται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. (το οποίο συμφωνεί με την

βιβλιογραφία). Επίσης, αναφορικά με την ποιότητα ζωής φαίνεται ότι συμβάλει στην εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Πιο αναλυτικά, τα χαμηλά επίπεδα υγείας, τα προβλήματα στην κινητικότητα, στην αυτοεξυπηρέτηση, στις καθημερινές/συνηθισμένες δραστηριότητες, ο πόνος/δυσφορία και το άγχος φαίνεται ότι συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου) Τέλος, όσον αφορά την ευημερία φαίνεται ότι συμβάλει στην εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας καθώς βρέθηκαν στατιστικές σημαντικές διαφοροποιήσεις στους συμμετέχοντες αναφορικά με τις παρακάτω μεταβλητές σκορ ευημερίας, ευδιάθετος και σε καλή κατάσταση, χαλαρος και ήρεμος, φρέσκος και ξεκούραστος, η καθημερινότητα μου είναι γεμάτη πράγματα και δραστηριότητες που με ενδιαφέρουν και ενεργητικός, δραστήριος και ακμαίος.

5.2. Σχόλια υπό το φως της βιβλιογραφίας

Διάφορες μελέτες έχουν επικεντρωθεί στην κατανόηση του συνδρόμου ευαλωτότητας, καθορίζοντας κριτήρια και παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας (Mello, 2014) χωρίς όμως να υπάρξει μια διεθνής συναίνεση και ένας κοινά αποδεκτός ορισμός του συνδρόμου. Οι παράγοντες κινδύνου (ή προσδιοριστές) είναι πολλοί και η βιβλιογραφία επισημαίνει συνεχώς την μεγαλύτερη ηλικία και μάλιστα τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας. Αν και οι γυναίκες φαίνεται να έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας (Harttgen, et al., 2013; Mello, Engstrom and Alves, 2014; Collard et al., 2012), στη παρούσα μελέτη η κατανομή των δύο φύλων στην εμφάνιση του συνδρόμου δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις ($\chi^2=3.4$, $P=0.1$). Ωστόσο, οι γυναίκες με το σύνδρομο ευαλωτότητας, φαίνεται να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά με 53.3% (n=16) σε σύγκριση με τους άνδρες 46.7% (n=14).

Στην παρούσα μελέτη το 9.5% των ερωτηθέντων διαγνώστηκαν με το σύνδρομο και το 18.4% με το προ-στάδιο ευαλωτότητας. Στην έρευνα των Fried, Tangen και Walston, (2001), το ποσοστό των ατόμων του προ-σταδίου ήταν κατά πολύ μεγαλύτερο σε σύγκριση με την παρούσα μελέτη καθώς έφτανε το 47%, ενώ το 7% των συμμετεχόντων διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας. Επίσης, ευρήματα άλλων μελετών έχουν αναδείξει συσχετίσεις μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και της εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας, καθώς τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης έχουν αυξημένα ποσοστά του συνδρόμου ευαλωτότητας (Harttgen, et al., 2013; Santos-

Eggimann, 2009). Παρ'όλα αυτά στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο μεταβλητών. Ακόμα, στην μελέτη των Garcia et al., (2011), η οικογενειακή κατάσταση δεν συνδέθηκε με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη.

Στη συνέχεια θα αναφερθούν μελέτες που συμφωνούν με την παρούσα εργασία. Αρχικά, στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας διαφέρει ανάλογα με τον πληθυσμό μελέτης και κυμαίνεται από 3.8% έως 16.3% (Song, Mitnitski and Rockwood, 2010). Ακόμη, σε άλλη μελέτη ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας ήταν 9.3% (Chen et al, 2015). Ο συνολικός επιπολασμός στην μελέτη των Collard et, al., (2012), ήταν 10,7%. Η βιβλιογραφία αναφέρει ότι περίπου το 10% των ατόμων ηλικίας > 65 ετών πάσχουν από το σύνδρομο ευαλωτότητας, ενώ ο αριθμός αυτός είναι πολύ μεγαλύτερος στα άτομα ηλικίας >85 ετών, καθώς ξεκινάει από 25% και φτάνει έως 50% (Clegg, et al., 2013). Συνεπώς, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να συμφωνούν με την βιβλιογραφία καθώς ο επιπολασμός του συνδρόμου είναι 9.5% και ο επιπολασμός του συνδρόμου ευαλωτότητας > των 65 ετών είναι = 55.5%.

Επίσης, η μεγαλύτερη ηλικία φαίνεται να συνδέεται με το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Αυτή η τάση έχει παρατηρηθεί επανειλημμένες φορές στην βιβλιογραφία (Woods et al., 2005; Mello, Engstrom and Alves, 2014) και τα ευρήματα της παρούσας μελέτης φαίνεται να συμφωνούν με αυτή.

Το χαμηλό εισόδημα έχει συνδεθεί με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας (Coelho et al., 2015; Fried et al., 2001) καθώς επηρεάζει άμεσα τόσο τον τρόπο ζωής όσο και την ποιότητα ζωής των ατόμων. Το δείγμα της παρούσας μελέτης αποτελείται από οικονομικά ασθενή πληθυσμό του Κοινωνικού Χώρου του Δήμου Ηρακλείου και παρατηρήθηκε ότι το εισόδημα σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Επιπρόσθετα, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο (Santos-Eggimann, et al., 2009) και ο τρόπος ζωής (Etman, et al., 2014; Woo, et al., 2010; Guessous, et al., 2014) φαίνεται να σχετίζονται θετικά με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Στη βιβλιογραφία φαίνεται ότι το κάπνισμα συνδέεται με την

εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας (British Geriatrics Societ., 2014; Szanton, et al., 2010) όπως παρατηρήθηκε και στην παρούσα μελέτη.

Ο αριθμός των νοσημάτων φαίνεται να σχετίζεται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Μεταξύ των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας τα συχνότερα συνυπάρχουσα νοσήματα είναι τα παρακάτω: σακχαρώδης διαβήτης, στεφανιαία νόσος, δυσλιπιδεμία/υπερλιπιδεμία, Χ.Α.Π., άσθμα, οστεοαρθρίτιδα και κατάθλιψη. Παρόμοιες μελέτες έχουν αναδείξει την ύπαρξη αυτής της σχέσης, όπως επίσης την σχέση ύπαρξης μεταξύ του αριθμού των χρονίων νοσημάτων και του συνδρόμου ευαλωτότητας (Mello, Engstrom and Alves, 2014; Guessous, et al., 2014). Ακόμα, μελέτες αναφέρουν ότι η άσκηση είναι επωφελής τόσο στην πρόληψη για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας όσο και στη θεραπεία του (British Geriatrics Societ., 2014; Clegg et al., 2013). Στην παρούσα μελέτη, εντοπίστηκε η προστατευτική δράση της άσκησης για την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας.

5.3. Αδυναμίες και δυνατά σημεία μελέτης

Στη συνέχεια, αξίζει να επισημανθούν τόσο τα αδύνατα όσο και τα δυνατά σημεία της μελέτης. Η έρευνα αυτή αποτελεί μια συγχρονική μελέτη και συνεπώς δεν επιτρέπεται η γενίκευση των συμπερασμάτων. Επιπλέον, η γενίκευση των αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει μόνο για οικονομικά ασθενείς πληθυσμούς, όπως ο πληθυσμός της μελέτης. Επίσης, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος το αποτελούν γυναίκες, καθώς εκείνες είναι που επισκέπτονται περισσότερο τον Κοινωνικό Χώρο, κυρίως λόγω στερεοτύπων και προκαταλήψεων των ανδρών. Επιπρόσθετα, η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε μετά από αυτό-αναφορές των ίδιων των συμμετεχόντων και δεν χρησιμοποιήθηκε άλλο εργαλείο. Οι αυτό-αναφορές μπορούν να αποτελέσουν περιορισμό, καθώς επηρεάζονται από την υποκειμενικότητα του κάθε ατόμου και εξάρτιονται άμεσα από την μνήμη του κάθε συμμετέχοντα. Ωστόσο, έγινε προσπάθεια διαχείρισης αυτού του περιορισμού της μελέτης με τη βοήθεια του προσωπικού του Κοινωνικού Χώρου, οι οποίοι συνεργάζονται στενά με τους ωφελούμενους.

Παρ' όλα αυτά, η παρούσα μελέτη αποτελεί μία πρώτη ολοκληρωμένη προσπάθεια σκιαγράφησης τους συνδρόμου ευαλωτότητας στην Κρήτη, εν καιρώ οικονομικής

κρίσης. Όσον αφορά τα δυνατά σημεία, το εύρος της ηλικίας τους δείγματος της μελέτης αυτής είναι από 20 μέχρι 94 με τη μέση ηλικία να είναι τα 45 έτη. Συνεπώς περιλαμβάνονται τόσο νεαρότερες ηλικίες όσο και μεγαλύτερες. Το ότι το εύρος ήταν μεγάλο βοήθησε στο να γίνει διάγνωση του συνδρόμου ευαλωτότητας σε συμμετέχοντες μικρότερης ηλικίας σε σύγκριση με τη βιβλιογραφία δηλ <65. Αυτό αποτέλεσε κύριο στόχο των ερευνητών, οι οποίοι στηρίχθηκαν στην υπόθεση εργασίας ότι το σύνδρομο ευαλωτότητας μπορεί να εμφανιστεί και σε νεότερους ενήλικες σε περιόδους κοινωνικών και οικονομικών αλλαγών. Παράλληλα, η παρούσα μελέτη ανέδειξε την επίδραση του συνδρόμου στα επίπεδα ποιότητας ζωής και ευημερίας ενός οικονομικά ασθενή πληθυσμού. Επίσης, μέσω της στατιστικής ανάλυσης και τεχνικών διαστρωμάτωσης ή πολυπαραγοντικών μοντέλων αντιμετωπίστηκαν τυχόν ετερογένειες του πληθυσμού μελέτης.

5.4. Απήχηση

Τα στοιχεία της μελέτης αυτής μπορούν να χρησιμοποιούν για περαιτέρω έρευνα σε νέους πληθυσμούς, ώστε να μελετηθεί το σύνδρομο ευαλωτότητας στην Κρήτη και να ληφθούν οι απαραίτητες δράσεις για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων που πάσχουν από αυτό, ιδιαίτερα εκείνων που δεν το γνωρίζουν και την σωτηρία των ενηλίκων που βρίσκονται σε κίνδυνο. Ο εντοπισμός των ατόμων που πάσχουν από το σύνδρομο ευαλωτότητας, καθώς και η μακροπρόθεσμη διαχείριση της υγείας τους κρίνονται αναγκαία, συμβάλλοντας έτσι για καλύτερη ποιότητα ζωής για των ενηλίκων.

Όσον αφορά τους ήδη πάσχοντες, η παρούσα μελέτη μπορεί να συμβάλει στην ενημέρωση τους γύρω από την έννοια και τα ποσοστά του συνδρόμου ευαλωτότητας, καθώς επίσης των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με αυτό. Ωστόσο, σημαντική είναι η συστηματική παρακολούθηση της κατάστασης υγείας των ασθενών από τους αρμόδιους επαγγελματίες και η τήρηση των οδηγιών που λαμβάνουν από αυτούς, για την αποτελεσματική διαχείριση της υγείας τους.

Η παρούσα μελέτη μπορεί να συμβάλει στη συνεχή ενημέρωση των επαγγελματιών υγείας (γενικοί γιατροί, νοσηλευτές, διατροφολόγοι και φυσικοθεραπευτές) για το σύνδρομο ευαλωτότητας. Η περαιτέρω έρευνα με βάση τα στοιχεία της μελέτης κρίνεται απαραίτητη, όπως επίσης και η διαχείριση των ατόμων που διαγνώστηκαν με

το σύνδρομο ευαλωτότητας στον Κοινωνικό Χώρο. Μόλις διαγνωστεί το σύνδρομο ευαλωτότητας, αυτό που χρειάζεται είναι μια ολιστική προσέγγιση με τη βοήθεια της γηριατρικής επιστήμης και αξιολόγησης με την κατάλληλη παραπομπή σε ειδικούς γιατρούς ώστε η φροντίδα να είναι αποτελεσματική και ολοκληρωμένη (British Geriatrics Societ., 2014).

Οι υπηρεσίες υγείας (Π.Φ.Υ), η ΥΠΕ και γενικότερα η Πολιτεία, θα πρέπει να λάβουν άμεσα δράση, καθώς η γνώση της πολυπλοκότητας των προσδιοριστών του συνδρόμου ευαλωτότητας μπορεί να βοηθήσει τόσο στη διαμόρφωση των μέτρων για την πρόληψη όσο και στην έγκαιρη παρέμβαση. Η Π.Φ.Υ, οι υπηρεσίες υγείας και η Πολιτεία μπορούν να συμβάλουν στη διαχείριση των ατόμων που διαγνώστηκαν με το σύνδρομο ευαλωτότητας στον Κοινωνικό Χώρο. Σημαντική κρίνεται η διαμόρφωση ηλεκτρονικής πλατφόρμας καταγραφής και σύνταξη μέτρων για την πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση, με εστίαση στους ευάλωτους πληθυσμούς των ανασφάλιστων, ανέργων και των άστεγων, με έμφαση στην ποιότητα ζωής και την ευημερία του πληθυσμού. Επίσης, η βιβλιογραφία αναφέρει ότι οι παρεμβάσεις που αφορούν την άσκηση έχουν δείξει την αποτελεσματική βελτίωση της κινητικότητας και της λειτουργικής ικανότητας σε ευπαθείς πληθυσμούς (Kelaiditi, Gabor Abellan van Kan, and Cesari, 2014). Λαμβάνοντας υπόψη ότι αριθμός των ενηλίκων που πάσχει από παχυσαρκία και από το σύνδρομο ευαλωτότητας είναι όλο και μεγαλύτερος (Heuberger, 2015) οι παρεμβάσεις αυτές κρίνονται αναγκαίες ώστε να μπορεί να βελτιωθεί η εξέλιξη του συνδρόμου ευαλωτότητας.

6. Συμπεράσματα

Το σύνδρομο ευαλωτότητας αποτελεί μια πολύπλοκη κατάσταση, καθώς έχει αρνητικές εκβάσεις και επηρεάζει άμεσα την ζωή των ατόμων που πάσχουν από αυτό. Από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο τρόπος διαβίωσης, η διαμονή των παιδιών, το χαμηλό εισόδημα, τα έτη καπνίσματος, η κατανάλωση αλκοόλ και ο αριθμός των νοσημάτων συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας. Αντίθετα, παρατηρήθηκε ότι τόσο η άθληση όσο και η διαμονή των παιδιών κοντά στους ερωτηθέντες ή ακόμα στο ίδιο σπίτι, συμβάλλουν προστατευτικά στο σύνδρομο ευαλωτότητας.

Σε περιόδους οικονομικών και κοινωνικών αλλαγών παρατηρείται αύξηση των ποσοστών εμφάνισης του συνδρόμου ευαλωτότητας, σε οικονομικά ασθενείς πληθυσμούς, ακόμη και σε νεότερους ενήλικες. Η συζήτηση και η έρευνα γύρω από το σύνδρομο ευαλωτότητας κρίνεται αναγκαία, ιδιαίτερα στη περίοδο οικονομικής δυσχέρειας, η οποία επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ατόμων. Συνεπώς, υπάρχει άμεση ανάγκη λήψης μέτρων για τους ήδη πάσχοντες, ώστε να διαχειριστεί με το βέλτιστο τρόπο η κατάσταση υγείας τους, καθώς επίσης των ανθρώπων που βρίσκονται στο προ-στάδιο ευαλωτότητας, ώστε να γίνει πρόληψη εμφάνισης των αρνητικών εκβάσεων του συνδρόμου ευαλωτότητας, με απώτερο στόχο την βελτίωση της ποιότητας ζωής και ευημερίας τους.

7. Βιβλιογραφία

Abellan van Kan G., Rolland Y., Houles M., Gillette-Guyonnet S., Soto M., Vellas, B. (2010) The assessment of frailty in older adults. *Clin Geriatr Med.* 26(2)275-86.

Avila-Funes, JA., Amieva, H., Barberger-Gateau, P., Le Goff, M., Raoux, N., Ritchie, K., Carrière, I., Tavernier, B., Tzourio, C., Gutiérrez-Robledo, LM., Dartigues, JF. (2009) Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *J Am Geriatr Soc.* 57(3) 453-61.

Bilotta, C., Bowling, A., Cas, A., Nicolini, P., Mauri, S., Castelli, M., Vergani, C. (2010). Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy. *Health and Quality of Life Outcomes.* 8:56.

British Geriatrics Societ. (2014) Fit for Frailty - consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings - a report from the *British Geriatrics Society.*

British Geriatrics Society and the Royal College of General Practitioners.

(2015) Fit for Frailty - Developing, commissioning and managing services for people living with frailty in community settings - a report from the British Geriatrics Society and the Royal College of General Practitioners. *British Geriatrics Society and the Royal College of General Practitioners.*

Browne, R.S., Sanguineti, V. A. (2014) Frailty – Elders At Risk. A Resource for Interprofessional Providers. *Arizona Geriatric Education Centre.*

Chang, Y-W., Chen, W-L., Lin, F-G., Fang, W-H., Yen, M-Y., Hsieh, C-C., Kao, TW., 2012. Frailty and Its Impact on Health-Related Quality of Life: A Cross-Sectional Study on Elder. Community-Dwelling Preventive Health Service Users. *PLoS ONE.* 7(5) 38079.

Chen, S., Honda T., Chen, T, Narazaki, K., Haeuchi, Y., Supartini, A., Kumagai, S. (2015) Screening for frailty phenotype with objectively-measured physical activity in a west Japanese suburban community: evidence from the Sasaguri Genkimon Study. *BMC Geriatr.* 2;15:36.

Clegg, A., Barber, SE., Young, JB., Forster A. (2012) Do home-based exercise interventions improve outcomes for frail older people? Findings from a systematic review. *Rev Clin Gerontol.* 22(1) 68-78.

Clegg, A., Young, J. (2011) The frailty syndrome. *Clinical Medicine.* 11(1) 72–5.

Clegg, A., Young, J., Life, S., Rikkert, M., Rockwood, K. (2013) Frailty in elderly people. *Lancet.* 381(1)752–762.

Coelho, T., Paúl, C., Gobbens, RJ., Fernandes, L. (2015) Determinants of frailty: the added value of assessing medication. *Front Aging Neurosci.* 21(7) 56.

Collard, RM., Boter, H., Schoevers, RA., Oude Voshaar, RC. (2012) Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc.* 60(8)1487-92.

Daniels, R., Rossum, E., Witte, J., Kempen, G., Heuvel, W. (2008) Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Services Research.* 8:278.

Etman, A., Kamphuis, CB, Cammen, TJ., Burdorf, A., Lenthe, FJ. (2014) Do lifestyle, health and social participation mediate educational inequalities in frailty worsening? *European Journal of Public Health.*

Fried, LP., Tangen, CM., Walston, J., Newman, AB., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, WJ., Burke, G., McBurnie, MA. (2001) Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 56 (3)146-56.

Garcia-Garcia, FJ., Gutierrez, AG., Alfaro-Acha, A., Amor Andres, MS., De Los Angeles De La Torre Lanza, M., Escribano Aparicio, MV., Humanes Aparicio, S., Larrion Zugasti, JL., Gomez-Serranillo Reus, M., Rodriguez-Artalejo, F., Rodriguez-Manas, L. (2011) The prevalence of frailty syndrome in an older population from Spain. The Toledo Study for Healthy Aging. *J Nutr Health Aging*. 15(10) 852-6.

Gobbens, RJ., Assen, MA., Luijkx, KG., Schols, JM. (2012) The predictive validity of the Tilburg Frailty Indicator: disability, health care utilization, and quality of life in a population at risk. *Gerontologist*. 52 (5) 619-31.

Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., and Schols, J. M. (2010a) In search of an integral conceptual definition of frailty: opinions of experts. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 11 (5) 338–343.

Gobbens, R. J., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., and Schols, J. M. (2010b) Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs. Outlook* 58(2) 76–86.

Gobbens, R. J., van Assen, M. A., Luijkx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., Schols, J. M. (2010c) Determinants of frailty. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 11 (5) 356–364.

Graham, J., Snih, S, Berges I., et al. (2009) Frailty and 10-year mortality in community-living Mexican American older adults. *Gerontology* . 55:644–651.

Guessous, I., Luthi, JC., Bowling, CB, Theler, JM., Paccaud, F., Gaspoz, JM., McClellan, W. (2014) Prevalence of frailty indicators and association with socioeconomic status in middle-aged and older adults in a swiss region with universal health insurance coverage: a population-based cross-sectional study. *J Aging Res.* 2014: 198603.

Harttge, K., Kowal, P., Strulik, H., Chatterji, S., Vollmer, S. (2013) Patterns of Frailty in Older Adults: Comparing Results from Higher and Lower Income Countries Using the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) and the Study on Global AGEing and Adult Health (SAGE). *PLoS ONE*. 8(10)75847.

Heuberger, RA. (2011) The Frailty Syndrome: A Comprehensive Review. *Journal of Nutrition in Gerontology and Geriatrics*. 30(4) 315-368.

Kelaiditi, E., Abellan, K., Cesari, M. (2014) Frailty: role of nutrition and exercise. *Purpose Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 17(1) 32–39.

Kinsella, K., Phillips, DR. (2005) Global aging: the challenge of success. Population Washington: Population Reference Bureau. Περιοδικό 60(1) 5-42.

Kontodimopoulos, N., Pappa, E., Niakas, D., Yfantopoulos, J., Dimitrakaki, C., Tountas, Y. (2008) Validity of the EuroQoL (EQ-5D) instrument in a Greek general population. *Value Health*. 11(7) 1162-1169.

Macklai, N., Spagnoli, J., Junod, J., Santos-Eggimann, B. (2013) Prospective association of the SHAREoperationalized frailty phenotype with adverse health outcomes: evidence from 60+ communitydwelling Europeans living in 11 countries. *BMC Geriatrics*. 13:3.

Mello, AC., Engstrom, EM., Alves, LC. (2014) Health-related and socio-demographic factors associated with frailty in the elderly: a systematic literature review. *Cad Saude Publica*. 30(6):1143-68.

Morley, J.E., Malmstrom, T.K., Miller, D.K. (2012) A simple frailty questionnaire (frail) predicts outcomes in middle aged African Americans. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*. 16(7) 601-608.

Morley, JE., Vellas, B., Kan, GA., Anker, SD., Bauer, JM., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, WC., Doehner, W., Evans, J., Fried, LP., Guralnik, JM., Katz, PR., Malmstrom, TK., McCarter, RJ., Gutierrez Robledo, LM., Rockwood, K., Haehling, S., Vandewoude, MF., Walston, J. (2013) Frailty consensus: a call to action. *Am Med Dir Assoc*. 14(6) 392-7.

Patrick, DL., Martin, ML., Bushnell, DM., Yalcin, I., Wagner, TH., Buesching, DP. (1999) Quality of life of women with urinary incontinence: further development of the incontinence quality of life instrument (I-QOL). *Urology*. 53(1) 71-76.

Qian-Li Xue., 2011. The Frailty Syndrome: Definition and Natural History . *Clin Geriatr Med*, 27(1)1–15.

Rockwood, K., Howlett, SE., MacKnight, C., Beattie, BL., Bergman, H., Hébert, R., Hogan, DB., Wolfson, C., McDowell, I. (2004) Prevalence, attributes, and outcomes of fitness and frailty in community-dwelling older adults: report from the Canadian study of health and aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 59 (12) 1310-7.

Rockwood, K., Mitnitski, A. (2007) Frailty in relation to the accumulation of deficits, *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 62(7):722-7.

Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D., McDowell, I., Mitnitski, A. (2005) A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 173(5) 489–495.

Rockwood, K, Song, X, Mitnitski, A. (2011) Changes in relative fitness and frailty across the adult lifespan: evidence from the Canadian National Population Health Survey. *CMAJ*. 183(8) 487-94.

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. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 64(6) 675-681.

Shamliyan, T., Talley, KM., Ramakrishnan, R., Kane, RL.(2012) Association of frailty with survival: a systematic literature review. *Geing Res Rev*. 12(2) 719-36.

Song, X., Mitnitski, A., Rockwood, K., (2010) Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 58(4) 681-7.

Steel, N., Bachmann, M., Maisey, S., Shekelle, P., Breeze, E., Marmot, M., Melzer, D. (2008) Self reported receipt of care consistent with 32 quality indicators: national population survey of adults aged 50 or more in England . *BMJ*. 337:957

Syddall, H., Roberts, HC., Evandrou, M., Cooper, C., Bergman, H., Sayer, A. (2010) Prevalence and correlates of frailty among community-dwelling older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age Ageing*. 39(2)197-203.

Szanton, S., Seplaki, C., Thorpe, RJ., Allen, JK., Fried, LP. (2010) Socioeconomic Status is associated with Frailty: the Women's Health and Aging Studies. *J Epidemiol Community Health*. 64(1) 63-67.

Theou, O., Stathokostas, L., Roland, K., Jakobi, JM., Patterson, C., Vandervoort A., Jones G.R. (2011) The effectiveness of exercise interventions for the management of frailty: a systematic review. *Journal of Aging Research*. 569194.

Tze Pin Ng., Liang Feng., Ma Shwe Zin Nyunt., Anis Larbi, Keng Bee Yap. (2014) Frailty in Older Persons: Multisystem Risk Factors and the Frailty Risk Index (FRI). *J Am Med Dir Assoc*. 15(9) 635-642.

W.H.O. Well-being Index. W.H.O(five) well-being Index (WHO-5). Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksberg General Hospital, DK-3400 Hillerød, . Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: http://www.dawnstudy.com/News_and_activities/Documents/WHO-5.pdf.

Woo, J., Chan, R., Leung, J., Wong, M. (2010) Relative Contributions of Geographic, Socioeconomic, and Lifestyle Factors to Quality of Life, Frailty, and Mortality in Elderly. *PLoS ONE*. 5(1) 8775.

Woods, NF., LaCroix, AZ., Gray, SL., Aragaki, A., Cochrane, BB., Brunner, RL., Masaki, K., Murray, A., Newman, AB. (2005) Frailty: emergence and consequences in women aged 65 and older in the Women's Health Initiative Observational Study. *J Am Geriatr Soc*. 53(8):1321-30.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα 1

ΣΥΝΘΕΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ:

**ΜΕΡΟΣ Α': ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

ΜΕΡΟΣ Β': ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ (FRAIL Scale)

ΜΕΡΟΣ Γ': ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (EQ-5D-5L)

Στο πλαίσιο της μελέτης με τίτλο

«Η ευπάθεια και η ποιότητα ζωής σε ένα επλεγμένο οικονομικά ασθενή πληθυσμό του Δήμου Ηρακλείου. Ποιος ο ρόλος των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων και του τρόπου ζωής;»

της

**μεταπτυχιακή φοιτήτρια: Σαμώλη Αμαλία
Πολιτική Επιστήμων**

- ΠΜΣ Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας -

Επιβλέποντες:

1. **Λιονής Χρήστος**, καθηγητής Γενικής Ιατρικής και Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης
2. **Τζανάκης Νίκος**, αναπληρωτής καθηγητής Επιδημιολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

Συμβουλευτική Επιτροπή:

Σηφάκη-Πιστόλλα Δήμητρα, Επιδημιολόγος ερευνήτρια-GISanalyst, MPH, υποψήφια διδάκτωρ, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης

**ΜΕΡΟΣ Α': ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ-ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ-
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Ημερομηνία συμπλήρωσης ερωτηματολογίου: ___/___/___

Όνομα Συνεντευκτή: _____

Όνομα ή κωδικός συνεντευξιαζόμενου: _____

Σε κάθε μια από τις παρακάτω κατηγορίες, σημειώστε ένα «X» στο κουτάκι που σας αντιπροσωπεύει.

1. Φύλο:Ανδρας Γυναίκα **2. Ηλικία** (Σημειώστε στο πλαίσιο τον αριθμό): **3. Τόπος διαμονής** (οδός/περιοχή): _____**4.1. Οικογενειακή κατάσταση:**Άγαμος Έγγαμος Διαζευγμένος Χήρος **4.2. Αριθμός μελών οικογένειας:** _____**5. Τρόπος συμβίωσης:**Ζώντας με σύζυγο ή σύντροφο Ζώντας μόνοι **6. Αριθμός παιδιών:** _____**7. Συχνότητα επαφής με τα παιδιά** (εάν υπάρχουν) [ημέρες ανά εβδομάδα]: _____**8. Διαμονή συνεντευξιαζόμενου με τα παιδιά:**Στο ίδιο σπίτι Στην ίδια πολυκατοικία Σε κοντινή περιοχή Μακριά από τον συνεντευξιαζόμενο Δεν έχει παιδιά **9. Εκπαίδευση:**

Καμία

Βασική

Μέση

Ανώτατη

10. Απασχόληση:

Εργαζόμενος

Άνεργος

Συνταξιούχος

Οικιακά

11. Ετήσιο εισόδημα:

- 0€
500-3000€
3.000€ έως 6.000€
6.000 έως 9.000€
9.000 έως 12.000€
12.000 και άνω

12. Ασφαλιστική κάλυψη:

- Ασφαλισμένος
Ανασφάλιστος

13. Κάπνισμα:

- Μη καπνιστής
Πρώην καπνιστής
Καπνιστής

14. Συχνότητα καπνίσματος (Αριθμός Πακέτων ανά ημέρα): _____ **Έτη καπνίσματος:** _____

15. Κατανάλωση αλκοόλ:

- Δεν καταναλώνει αλκοόλ
Καταναλώνει αλκοόλ
Πρώην καταναλωτής αλκοόλ

16. Συχνότητα κατανάλωσης αλκοόλ (Αριθμός ποτηριών ανά εβδομάδα) _____

17. Συχνότητα σωματικής άσκησης (ώρες ανά ημέρα): _____

18. Πόσο συχνά συναναστρέφεστε με φίλους/γνωστούς/άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα);

19. Έχετε δυσκολία να αποκοιμηθείτε;

- Ναι Δεν γνωρίζω/θυμάμαι
Όχι Δεν απαντώ

20. Έχετε συνεχή ύπνο κατά την διάρκεια της νύχτας;

- Ναι Δεν γνωρίζω/θυμάμαι
Όχι Δεν απαντώ

21. Το πρωί ξυπνάτε νωρίτερα από ότι θα επιθυμούσατε;

- Ναι Δεν γνωρίζω/θυμάμαι
Όχι Δεν απαντώ

22. Χρόνια νοσήματα

- 0
1
2
3+

23. Συμπληρώστε το/τα είδη των χρόνιων νοσημάτων

ΜΕΡΟΣ Β': ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΥΠΑΘΕΙΑΣ (FRAIL Scale)

Απαντήστε τις ακόλουθες ερωτήσεις με «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ»:

1. Αισθάνεστε κουρασμένος: ΝΑΙ / ΟΧΙ
2. Δεν μπορείτε να ανεβείτε ένα σκαλοπάτι: ΝΑΙ / ΟΧΙ
3. Δεν μπορείτε να περπατήσετε γύρω από ένα τετράγωνο: ΝΑΙ / ΟΧΙ
4. Έχετε πάνω από πέντε νοσήματα: ΝΑΙ / ΟΧΙ
5. Έχετε χάσει πάνω από το 5% του βάρους σας το τελευταίο εξάμηνο: ΝΑΙ / ΟΧΙ

❖ Πηγή (άδεια χρήσης): Morley, J.E., Malmstrom, T.K., Miller, D.K., 2012. A simple frailty questionnaire (frail) predicts outcomes in middle aged African Americans. The Journal of Nutrition, Health & Aging, 16(7) 601-608.

ΜΕΡΟΣ Γ': ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (EQ-5D-5L)

Σε κάθε μια από τις παρακάτω κατηγορίες, σημειώστε ένα «X» ΣΤΟ ΕΝΑ κουτάκι που περιγράφει καλύτερα την υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.

ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα
- Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα
- Έχω μέτρια προβλήματα στο περπάτημα
- Έχω σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα
- Είμαι ανίκανος/η να περπατήσω

ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι ή στο να ντύνομαι μόνος /η μου
- Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι
- Έχω μέτρια προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι
- Έχω σοβαρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι
- Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ

ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (π.χ. δουλειά, μελέτη, νοικοκυριό, οικογενειακές δραστηριότητες ή δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου)

- Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Έχω μικρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Έχω μέτρια προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Έχω σοβαρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου
- Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου

ΠΟΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ

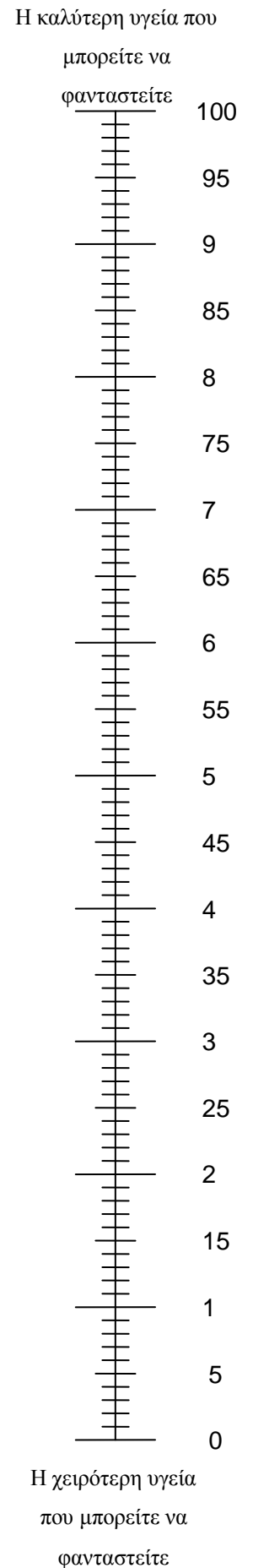
- Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία
- Έχω μικρό πόνο ή δυσφορία
- Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία
- Έχω σοβαρό πόνο ή δυσφορία
- Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία

ΑΓΧΟΣ / ΘΛΙΨΗ

- Δεν έχω άγχος ή θλίψη
- Έχω μικρό άγχος ή θλίψη
- Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη
- Έχω σοβαρό άγχος ή θλίψη
- Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη

- Θα θέλαμε να ξέρουμε πόσο καλή ή κακή είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Αυτή η κλίμακα είναι αριθμημένη από το 0 έως το 100.
- 100 σημαίνει την καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
- 0 σημαίνει τη χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε.
- Σημειώστε ένα X επάνω στην κλίμακα που να δείχνει πώς είναι η υγεία σας ΣΗΜΕΡΑ.
- Τώρα, παρακαλείστε να γράψετε τον αριθμό που σημειώσατε στην κλίμακα στο παρακάτω κουτάκι.

Η ΥΓΕΙΑ ΣΑΣ ΣΗΜΕΡΑ =



ΜΕΡΟΣ Δ': ΕΥΗΜΕΡΙΑ [(WHO (Five) well-being Index) (WHO-5)]



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

WHO (Five) Well-Being Index (WHO-5)

Σας παρακαλώ σημειώστε για κάθε ερώτηση, ποιά από τις πέντε απαντήσεις σας ταιριάζει καλύτερα όσον αφορά τα αισθήματα που νιώθατε τις δύο περασμένες εβδομάδες. Έχετε υπόψη σας ότι οι μεγαλύτεροι αριθμοί σημαίνουν και καλύτερη αίσθηση «καλής ζωής»

Παράδειγμα: Αν νιώθατε χαρούμενος/η και στα κέφια σας για περισσότερο από το μισό χρόνο κατά τη διάρκεια των δύο τελευταίων εβδομάδων, σημειώστε το τετράγωνο με τον αριθμό 3 στην ανω δεξιά γωνία

Κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες:	Όλο τον καιρό	Τον περισσότερο καιρό	Περισσότερο από τις μισές μέρες	Λιγότερο από τις μισές μέρες	Κάποιες μέρες	Ποτέ
1. Αισθανόμουν χαρούμενος και με καλή διάθεση	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
2. Αισθανόμουν ήρεμος και γαλήνιος	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
3. Ένοιωθα ενεργητικός, δραστήριος και ακμαίος	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
4. Ξυπνώντας ένοιωθα φρέσκος και ξεκούρατος	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
5. Η καθημερινή μου ζωή ήταν γεμάτη πράγματα που με ενδιαφέρουν	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

Βαθμολόγηση:

Η ανεπεξέργαστη βαθμολογία υπολογίζεται αθροίζοντας τις επιμέρους βαθμολογίες των 5 ερωτήσεων. Η συνολική ανεπεξέργαστη βαθμολογία κυμαίνεται από 0 ως 25, με το 0 να αντιπροσωπεύει την χειρότερη δυνατή και το 25 την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Για να μετατραπεί η βαθμολογία σε εκατοστιαία βαθμολογία που κυμαίνεται από 0 ως 100, η ανεπεξέργαστη βαθμολογία πολλαπλασιάζεται επί 4. Εκατοστιαία βαθμολογία ίση με 0 αντιπροσωπεύει την χειρότερη δυνατή και το 100 την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής.

Ερμηνεία:

Συνιστάται να εφαρμόζεται η κλίμακα Major Depression (ICD-10) Inventory εάν η ανεπεξέργαστη βαθμολογία είναι χαμηλότερη από 13 ή αν ο εξεταζόμενο απάντησε με 0 ή 1 σε κάποια από τις 5 ερωτήσεις. Βαθμολογία χαμηλότερη από 13 είναι ενδεικτική χαμηλής αίσθησης «καλής ζωής» και αποτελεί ένδειξη ανάγκης για διερεύνηση πιθανής ύπαρξης κατάθλιψης σύμφωνα με το ICD-10.

Παρακολούθηση μεταβολής:

Για να ανιχνευθούν πιθανές μεταβολές στην αίσθηση «καλής ζωής» χρησιμοποιείται η εκατοστιαία βαθμολογία. Μια μεταβολή κατά 10% είναι ενδεικτική σημαντικής αλλαγής (ref. John Ware, 1996).

© Psychiatric Research Unit, WHO Collaborating Center for Mental Health, Frederiksborg General Hospital, DK-3400 Hillerød

Σας ευχαριστούμε για την συμμετοχή σας στη μελέτη.

Οι πληροφορίες που παρείχατε αφορούν αποκλειστικά τους σκοπούς της έρευνας και σας διαβεβαιώνουμε ότι θα μεταχειριστούμε τις απαντήσεις σας με πλήρη εχεμύθεια.

Παράρτημα 2

Πίνακας 1: Δημογραφικά στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού [N(%), Pvalue].

Δημογραφικό προφίλ ερωτηθέντων	Στάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας			Pvalue
	N (%)			
	Μη- ευαλωτότητα	Προ-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα	
Φύλο				
Άρρεν	93 (41.2)	17 (29.3)	14 (46.7)	0.18
Θήλυ	133 (58.8)	41 (70.7)	16 (53.3)	
Οικογενειακή κατάσταση				<0.001
Άγαμος	47 (20.8)	4 (6.9)	6 (20)	
Έγγαμος	113 (50)	28 (48.3)	9 (30)	
Διαζευγμένος	56 (24.8)	23 (39.7)	10 (33.3)	
Χήρος	10 (4.4)	3 (5.2)	5 (16.7)	
Τρόπος διαβίωσης				0.03
Ζώντες με σύζυγο/σύντροφο	124 (54.9)	28 (48.3)	9 (30)	
Ζώντες μόνοι	102 (45.1)	30 (51.7)	21 (70)	
Διαμονή παιδιών				<0.001
Στο ίδιο σπίτι	162 (71.7)	45 (77.6)	12 (40)	
Στο ίδιο κτίριο	1 (0.4)	0 (0)	1 (3.3)	
Στην ίδια/κοντινή περιοχή	7 (3.1)	3 (5.2)	2 (6.7)	
Μακριά από τον/την συνεντευξιαζόμενο/η	18 (8)	5 (8.6)	9 (30)	
Δεν έχει παιδιά	38 (16.8)	5 (8.6)	6 (20)	
Επίπεδο Εκπαίδευσης				0.87
Τριτοβάθμια	15 (6.6)	3 (5.2)	1 (3.3)	
Δευτεροβάθμια	109 (48.2)	27 (46.6)	16 (53.3)	
Πρωτοβάθμια	77 (34.1)	19 (32.8)	8 (26.7)	
Αναλφάβητος	25 (11.1)	9 (15.5)	5 (16.7)	
Επάγγελμα				<0.001
Εργάτης	17 (7.5)	2 (3.4)	1 (3.3)	
Άνεργος	188 (83.2)	48 (82.8)	17 (56.7)	
Συνταξιούχος	13 (5.8)	5 (8.6)	10 (33.3)	
Οικιακά	8 (3.5)	3 (5.1)	2 (6.7)	
Εισόδημα				0.34
0-500 €	167 (73.9)	41 (70.7)	16 (53.3)	
500-3.000€	28 (12.4)	6 (10.3)	4 (13.3)	
3.000-6.000€	23 (10.2)	8 (13.8)	9 (30)	
6.000-9.000€	6 (2.7)	1 (1.7)	0 (0)	
9.000- 12.000€	1 (0.4)	0 (0)	1 (3.3)	
>12.000€	1 (0.4)	2 (3.4)	0 (0)	
Ασφάλιση				0.27
Ασφαλισμένος	118 (52.2)	31 (53.4)	22 (73.3)	
Ανασφάλιστος	108 (47.7)	27 (46.6)	8 (26.7)	

Πίνακας 2: Δημογραφικά και άλλα στοιχεία του υπό μελέτη πληθυσμού [Μ.τ (τυπική απόκλιση), Pvalue].

Προφίλ ερωτηθέντων	Στάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας Μ.τ (τυπική απόκλιση)			Σύνολο δείγματος Μ.τ (τυπική απόκλιση)	Pvalue
	Μη- ευαλωτότητα	Προ-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα		
Ηλικία	42.6 (11.5)	46.6 (10.9)	59.8 (13.4)	45 (12.6)	<0.001
Αριθμός μελών οικογένειας	3.7 (1.5)	3.9 (1.7)	3.5 (2)	3.7 (1.5)	0.02
Αριθμός παιδιών	3 (1.4)	2.5 (1.5)	2.3 (1.7)	2.1 (1.4)	0.01
Συχνότητα επαφής με τα παιδιά	5.1 (2.9)	5.6 (2.7)	3.7 (3.3)	5.1 (3)	0.01
Έτη καπνίσματος	12.5 (13.8)	17 (13.5)	17.4 (19.6)	13.8(14.5)	0.01
Πακετοέτη	16.6 (30.7)	16.8 (26.9)	13.5 (18.9)	16.4 (29.1)	0.04
Κατανάλωση αλκοόλ ανά εβδομάδα	2 (6.7)	1.6 (5.9)	4.5 (21.8)	2.2 (9.1)	0.03
Άθληση (ώρες ανά εβδομάδα)	0.9 (1.2)	0.6 (0.9)	0 (0.3)	0.7 (1.1)	<0.01
Πόσο συχνά συναναστρέφονται με φίλους, γνωστούς, άλλο κόσμο (ημέρες ανά εβδομάδα);	3.4 (2.6)	2.5 (2.7)	3.4 (3.1)	3.3 (2.7)	0.01
Κλίμακα Υγείας	65.9 (20.1)	48.6 (23.1)	30.8 (19.2)	59.3 (23.5)	0.02
Αριθμός νοσημάτων	0.5 (0.8)	1 (1)	2.5 (2)	0.8 (1.2)	0.01
Σκορ ευημερίας	54.8 (24.1)	34.4 (22.7)	21.4 (17.7)	47.9 (26)	<0.01

Πίνακας 3: Σημειώσεις και συννοσηρότητα του υπό μελέτη πληθυσμού [N(%), Pvalue].

Προφίλ ερωτηθέντων	Ετάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας			Pvalue
	Μη-ευαλωτότητα	Προ-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα	
Κάπνισμα				0.60
Μη καπνιστής	90 (39.8)	16 (27.6)	13 (43.3)	
Πρώην καπνιστής	28 (12.4)	11 (19)	5 (16.7)	
Καπνιστής	108 (47.7)	31 (53.4)	12 (40)	
Αλκοόλ				0.75
Δεν καταναλώνει αλκοόλ	173 (76.5)	48 (82.8)	25 (83.3)	
Καταναλώνει αλκοόλ	7 (3.1)	2 (3.4)	1 (3.3)	
Πρώην καταναλωτής αλκοόλ	46 (20.4)	8 (13.8)	4 (13.3)	
Άθληση				<0.001
Δεν ασθλείται	88 (38.9)	30 (51.7)	28 (93.3)	
Ασθλείται	138 (61.1)	28 (48.3)	2 (6.7)	
Δυσκολία στο να αποκοιμηθούν				<0.001
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	1 (0.4)	0 (0)	0 (0.0)	
Όχι	130 (57.5)	18 (31.0)	8 (26.7)	
Ναι	99 (42)	40 (69.0)	22 (73.3)	
Συνεχής ύπνος κατά την διάρκεια της νύχτας				<0.001
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	1 (0.4)	1 (1.7)	0 (0)	
Όχι	97 (42.9)	43 (74.1)	26 (86.7)	
Ναι	128 (56.6)	14 (24.1)	4 (13.3)	
Το πρωί ξυπνάτε πιο νωρίς από ότι επιθυμούσατε;				0.07
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	3 (1.3)	0 (0)	0 (0)	
Όχι	98 (43.4)	16 (27.6)	8 (26.7)	
Ναι	125 (55.3)	42 (72.4)	22 (73.3)	
Συνυπάρχουσες παθήσεις				0.01
Δεν έχει συνυπάρχουσες παθήσεις	129 (57.1)	23 (39.7)	9 (30)	
Έχει συνυπάρχουσες παθήσεις	97 (42.7)	35 (60.3)	21 (70)	
Αισθάνεστε κουρασμένος;				<0.001
Όχι	113 (50.9)	1 (1.7)	1 (3.3)	
Ναι	111 (49.1)	57 (98.3)	29 (96.7)	
Δεν μπορείτε να ανεβείτε ένα σκαλοπατι;				<0.001
Όχι	225 (99.6)	58 (100)	15 (50)	
Ναι	1 (0.4)	0 (0)	15 (50)	
Δεν μπορείτε να περπατήσετε γύρω από ένα τετράγωνο;				<0.001
Όχι	226 (100)	53 (91.4)	1 (3.3)	
Ναι	0 (0)	5 (8.6)	29 (96.7)	
Έχετε πάνω από 5 νοσήματα;				<0.001
Όχι	226 (100)	56 (96.6)	22 (73.3)	
Ναι	0 (0)	2(3.4)	8 (26.7)	
Έχετε χάσει πάνω από το 5% του βάρους σας το τελευταίο εξάμηνο;				<0.001
Όχι	197 (87.2)	6 (10.3)	12 (40)	
Ναι	29 (12.8)	52 (89.7)	18 (60)	

Πίνακας 4: Ποιότητα ζωής και ευημερία στον υπό μελέτη πληθυσμό [N(%), OR(95%CI), Pvalue).

Ποιότητα ζωής	Στάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας N (%)			Pvalue
	Μη-ευαλωτότητα	Προ-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα	
Κινητικότητα				
Δεν έχω κανένα πρόβλημα/δυσκολία στο περπάτημα	175 (77.4)	29 (50)	1 (3.3)	<0.001
Έχω μικρά προβλήματα/δυσκολίες στο περπάτημα	27 (11.9)	11 (19)	4 (13.3)	
Έχω μέτρια προβλήματα/δυσκολίες στο περπάτημα	14 (6.2)	15 (25.9)	3 (10)	
Έχω σοβαρά προβλήματα/δυσκολίες στο περπάτημα	10 (4.4)	3 (5.2)	18 (60)	
Είμαι ανίκανος/η να περπατήσω	0 (0)	0 (0)	4 (13.3)	
Αυτοεξυπηρέτηση				
Δεν έχω κανένα πρόβλημα/δυσκολία	221 (97.8)	52 (89.7)	16 (53.3)	<0.001
Έχω μικρά προβλήματα/δυσκολίες	5 (2.2)	4 (6.9)	4 (13.3)	
Έχω μέτρια προβλήματα/δυσκολίες	0 (0.0)	2 (3.4)	6 (20)	
Έχω σοβαρά προβλήματα/δυσκολίες	0 (0)	0 (0)	3 (10)	
Είμαι ανίκανος/η	0 (0)	0 (0)	1 (3.3)	
Καθημερινές /Συνηθισμένες δραστηριότητες				
Δεν έχω κανένα πρόβλημα/δυσκολία	203 (89.8)	41 (70.7)	6 (20)	<0.001
Έχω μικρά προβλήματα/δυσκολίες	15 (6.6)	14 (24.1)	8 (26.7)	
Έχω μέτρια προβλήματα/δυσκολίες	7 (3.1)	2 (3.4)	8 (26.7)	
Έχω σοβαρά προβλήματα/δυσκολίες	1 (0.4)	0 (0)	7 (23.3)	
Είμαι ανίκανος/η	0 (0)	1 (1.7)	1 (3.3)	
Πόνος/δυσφορία				
Δεν έχω πόνο/δυσφορία	125 (55.3)	16 (27.6)	2 (6.7)	<0.001
Έχω μικρό πόνο/δυσφορία	64 (28.3)	14 (24.1)	4 (13.3)	
Έχω μέτριο πόνο/δυσφορία	19 (8.4)	16 (27.6)	5 (16.7)	
Έχω σοβαρό πόνο/δυσφορία	16 (7.1)	5 (8.6)	15 (50)	
Έχω υπερβολικό πόνο/δυσφορία	2 (0.9)	7 (12.1)	4 (13.3)	
Άγχος				
Δεν έχω άγχος	31 (13.7)	0 (0)	0 (0)	<0.001
Έχω μικρό άγχος	43 (19)	5 (8.6)	1 (3.3)	
Έχω μέτριο άγχος	69 (30.5)	18 (31)	10 (33.3)	
Έχω σοβαρό άγχος	43 (19)	21 (36.2)	8 (26.7)	
Έχω υπερβολικό άγχος	40 (17.7)	14 (24.1)	11 (36.7)	

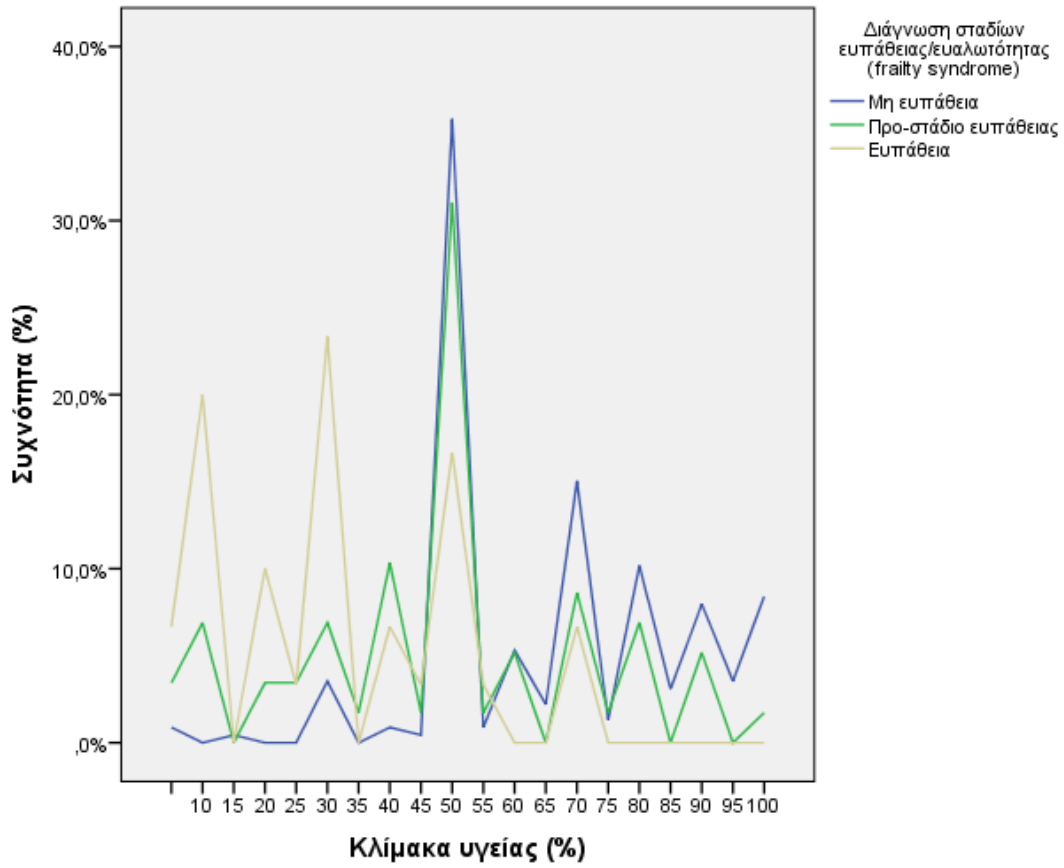
Πίνακας 5: Παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου ευαλωτότητας στον πληθυσμό [N(%), OR(95%CI), *P*value).

Παράμετροι	Στάδια ευπάθειας/ευαλωτότητας N (%)		OR (95%CI) ^a	Pvalue
	Μη-ευαλωτότητα	Ευαλωτότητα		
Ηλικία	43.4 (11.5)	59.8 (13.4)	1.1 (1-1.1)	0.01
Οικογενειακή κατάσταση				<0.001
Άγαμος	51 (18)	6 (20)	1	
Έγγαμος	141 (49.6)	9 (30)	0.5 (0.2-0.8)	
Διαζευγμένος	79 (27.8)	10 (33)	1.2 (1-1.5)	
Χήρος	13 (4.6)	5 (16.7)	3.2 (2.1-4.9)	
Τρόπος διαβίωσης				0.01
Ζώντες με σύζυγο/σύντροφο	152 (53.5)	9 (30)	1	
Ζώντες μόνοι	132 (46.5)	21 (70)	2.6 (1.1-6)	
Διαμονή παιδιών				<0.001
Στο ίδιο σπίτι	207 (72.9)	12 (40)	1	
Στο ίδιο κτίριο	1 (0.4)	1 (3.3)	0.5 (0.1-0.7)	
Στην ίδια/κοντινή περιοχή	10 (3.5)	2 (6.7)	0.8 (0.6-0.9)	
Μακριά από τον/την συνεντευξιαζόμενο/η	23 (8.1)	9 (30)	1.1 (1-1.2)	
Δεν έχει παιδιά	43 (15.1)	6 (20)	1.1 (1-1.3)	
Εισόδημα				<0.001
>3.000	42 (14.8)	10 (33.4)	1	
500-3.000	34 (12)	4 (13.3)	1.1 (1-1.1)	
0-500	208 (73.2)	16 (53.3)	1.3 (1.1-1.7)	
Έτη καπνίσματος *	13.4 (13.8)	17.42 (19.6)	1.4 (1.1-1.9)	0.03
Κατανάλωση αλκοόλ ανά εβδομάδα *	1.9 (6.6)	4.5 (21.8)	1.4 (1-1.7)	0.02
Άθληση (ώρες ανά εβδομάδα) *	0.8 (1.1)	0.08 (0.3)	0.2 (0-0.4)	0.01
Αριθμός νοσημάτων *	0.6 (0.9)	2.5 (2)	2.5 (1.8-3.5)	<0.001

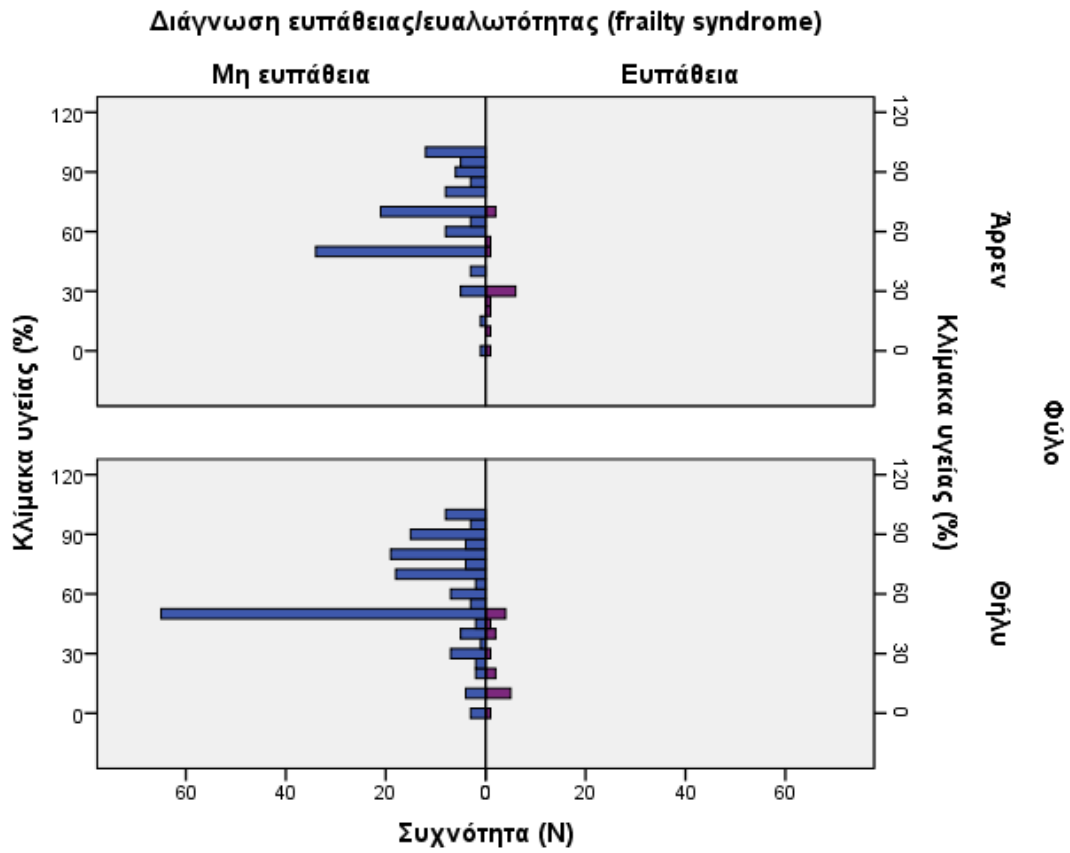
a. Εξομοίωση ως προς το φύλο

*Μεση SD

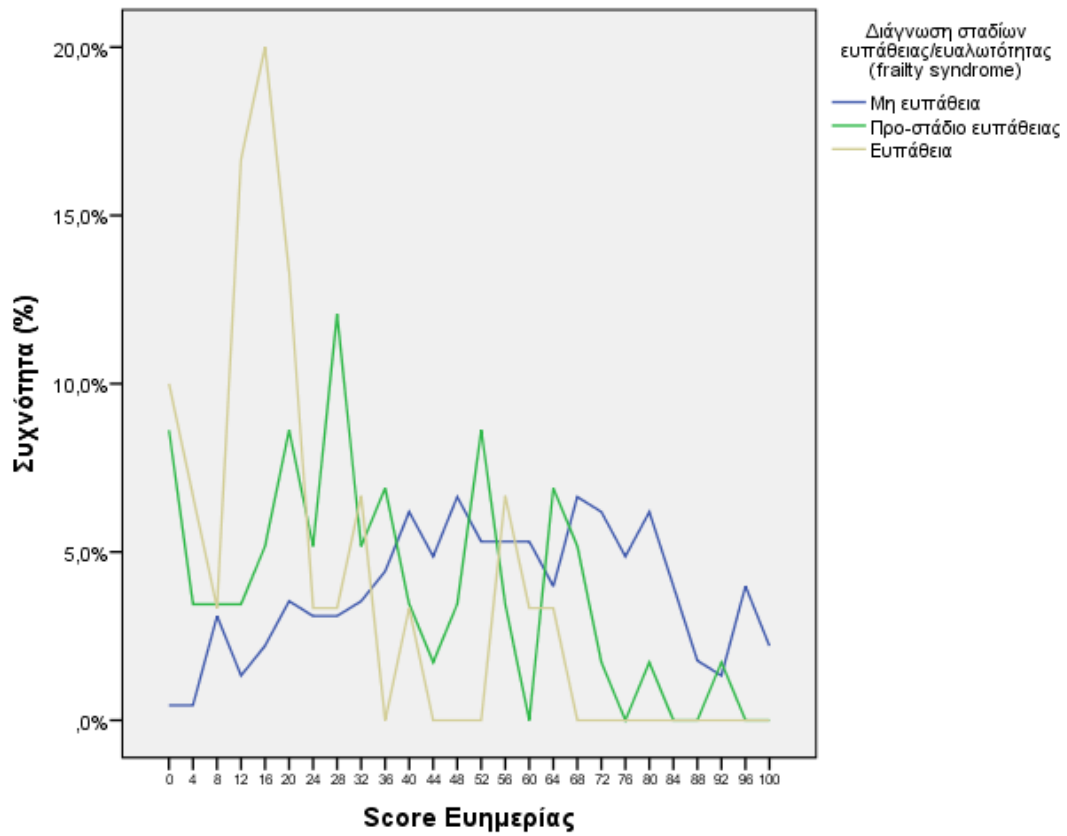
Παράρτημα 3
Γράφημα 1α: Επίπεδα υγείας ανά διάγνωση σταδίων ευαλωτότητας.



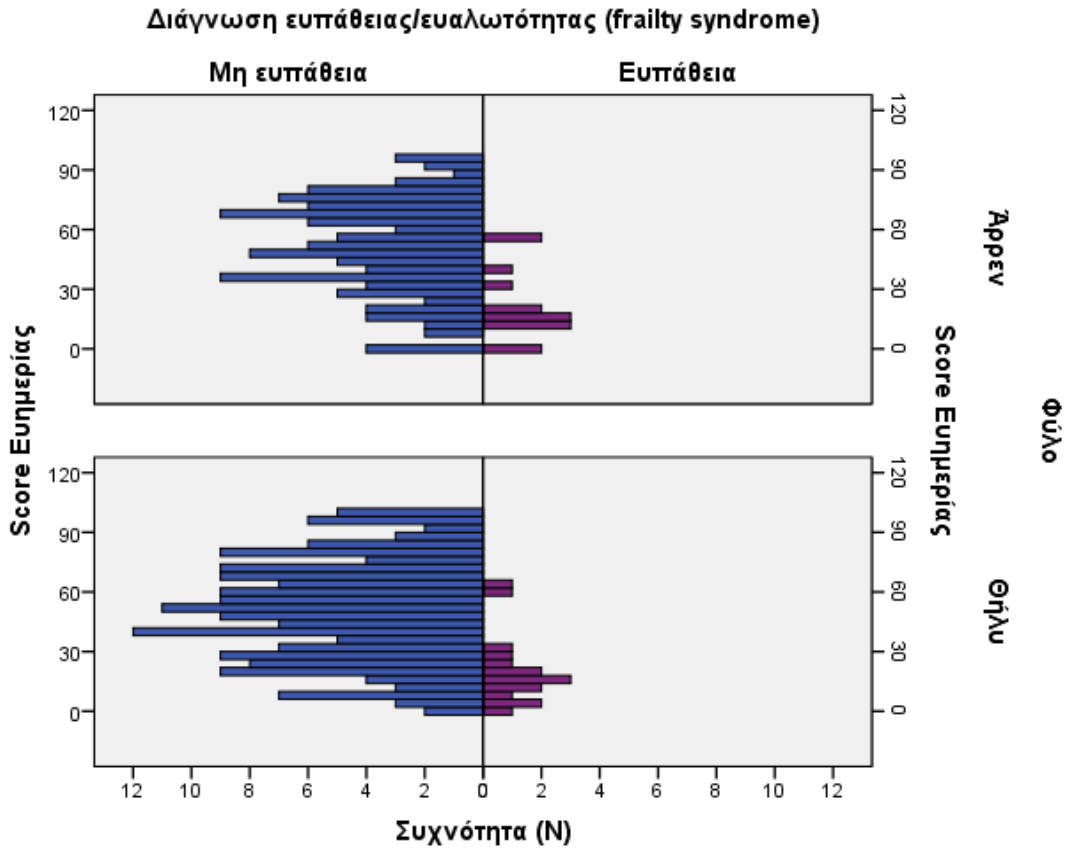
Γράφημα 1β: διάγνωση ευαλωτότητας ανά επίπεδα υγείας και φύλο.



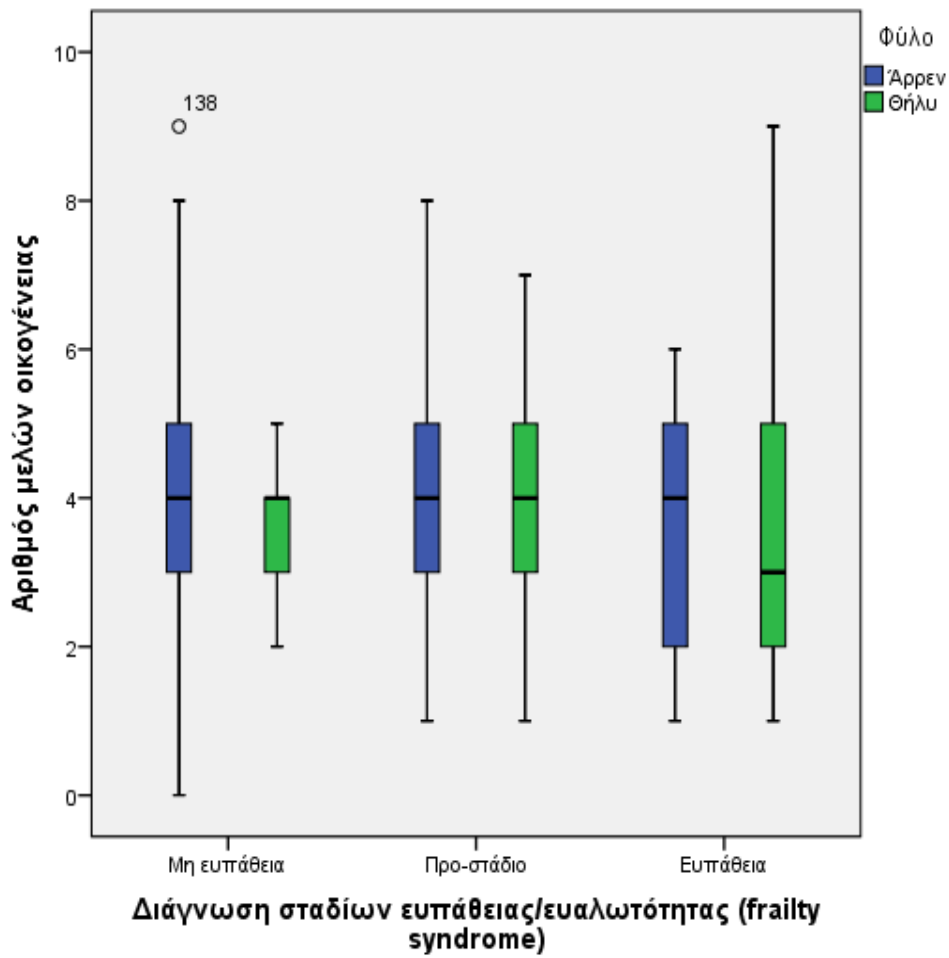
Γράφημα 2α: επίπεδα ευημερίας ανά διάγνωση σταδίων ευαλωτότητας.



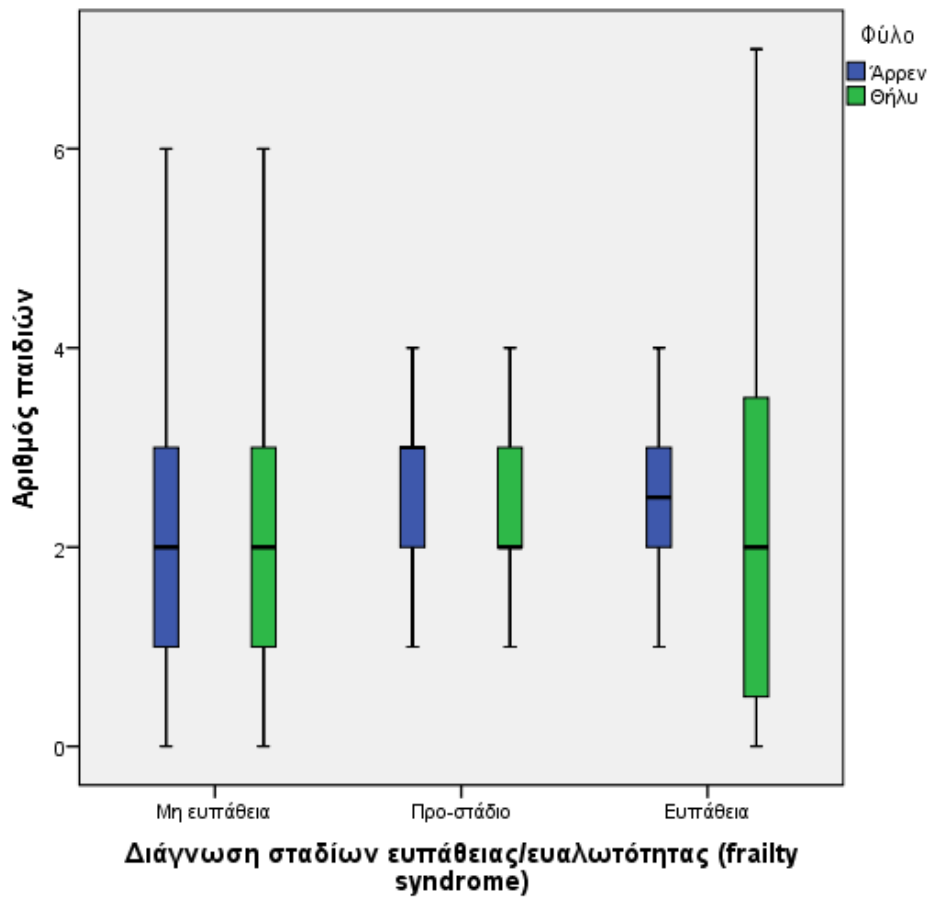
Γράφημα 2β: διάγνωση ευαλωτότητας ανά ποσοστό ευημερίας και φύλο.



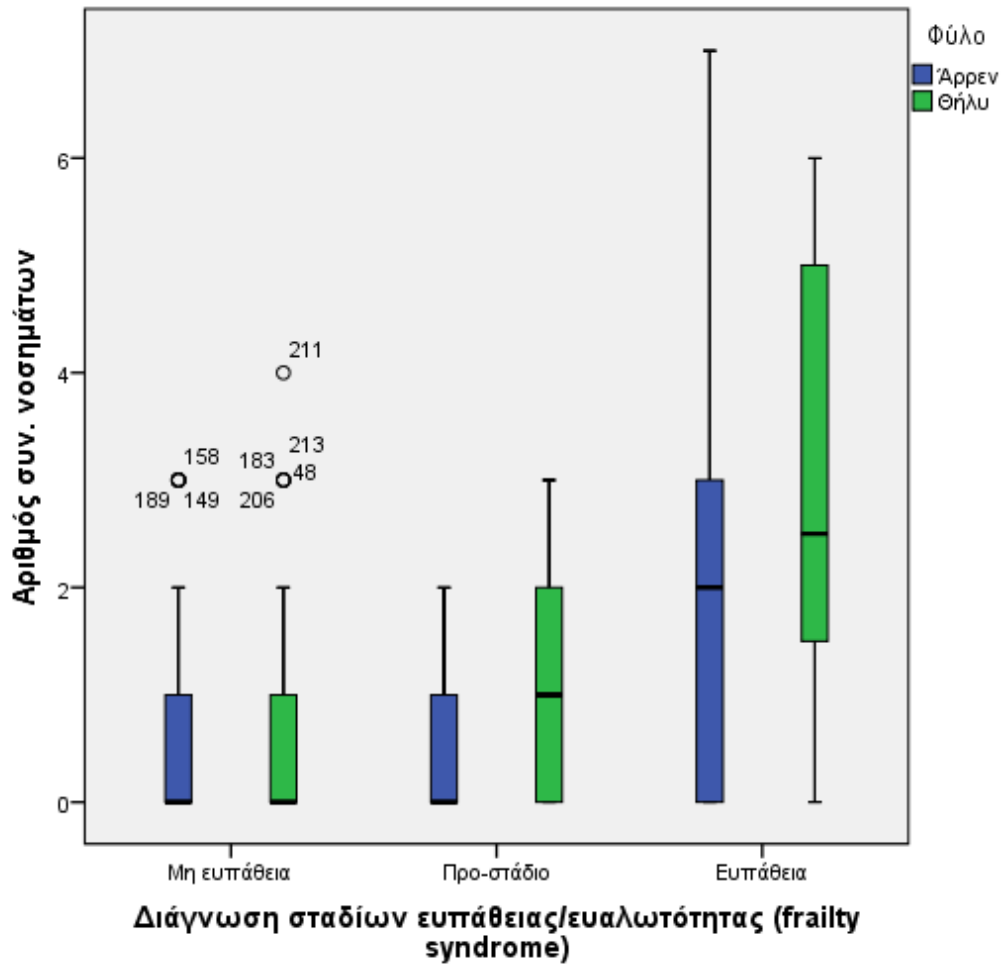
Γράφημα 3: αριθμός μελών οικογένειας ανά φύλο και διάγνωση σταδίων ευαλωτότητας.



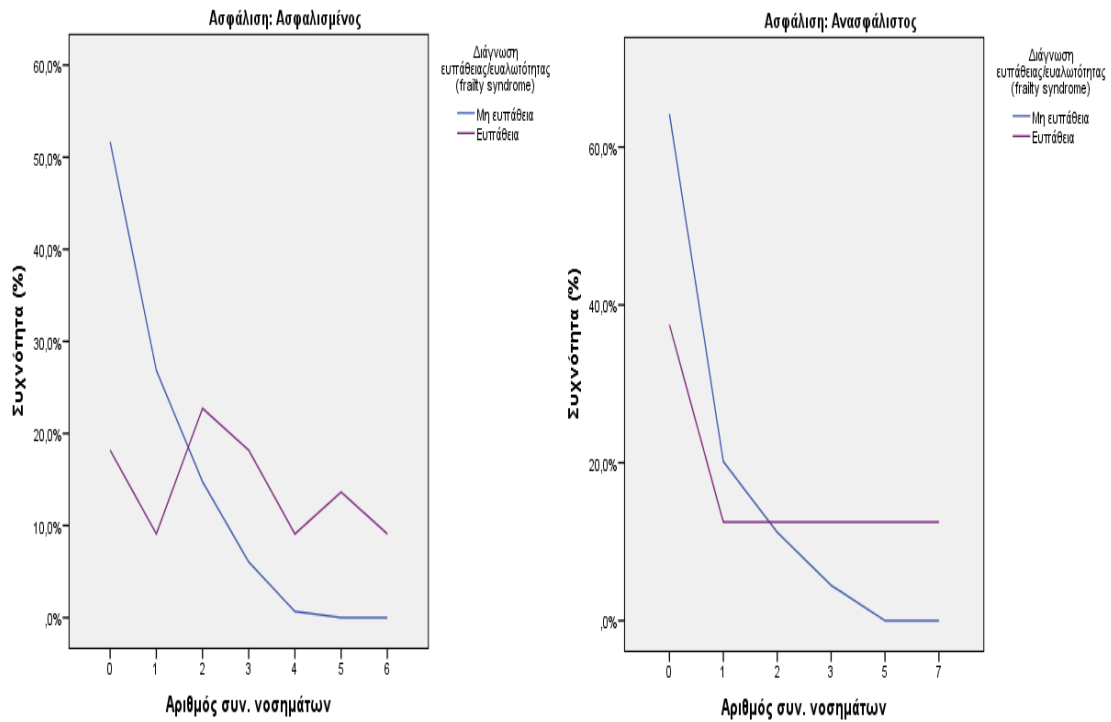
Γράφημα 4: αριθμός παιδιών ανά φύλο και διάγνωση σταδίων ευαλωτότητας.



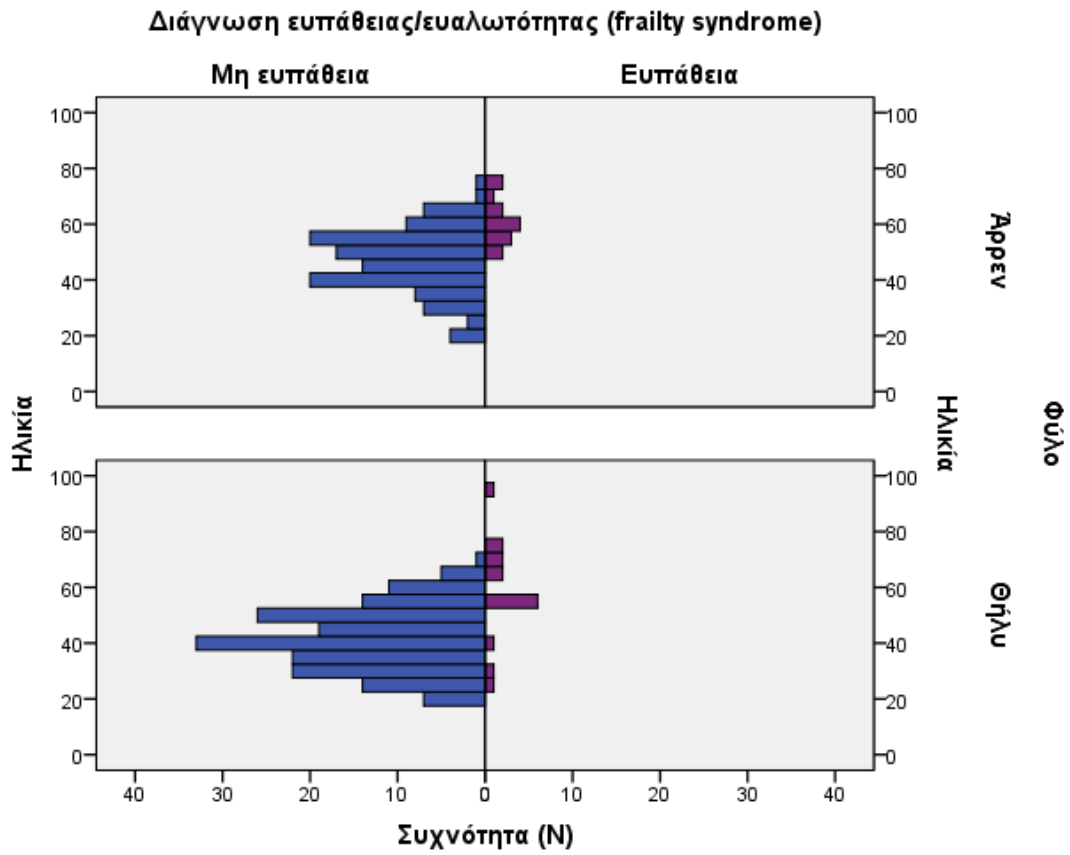
Γράφημα 5: αριθμός νοσημάτων ανά φύλο και διάγνωση σταδίων ευαλωτότητας.



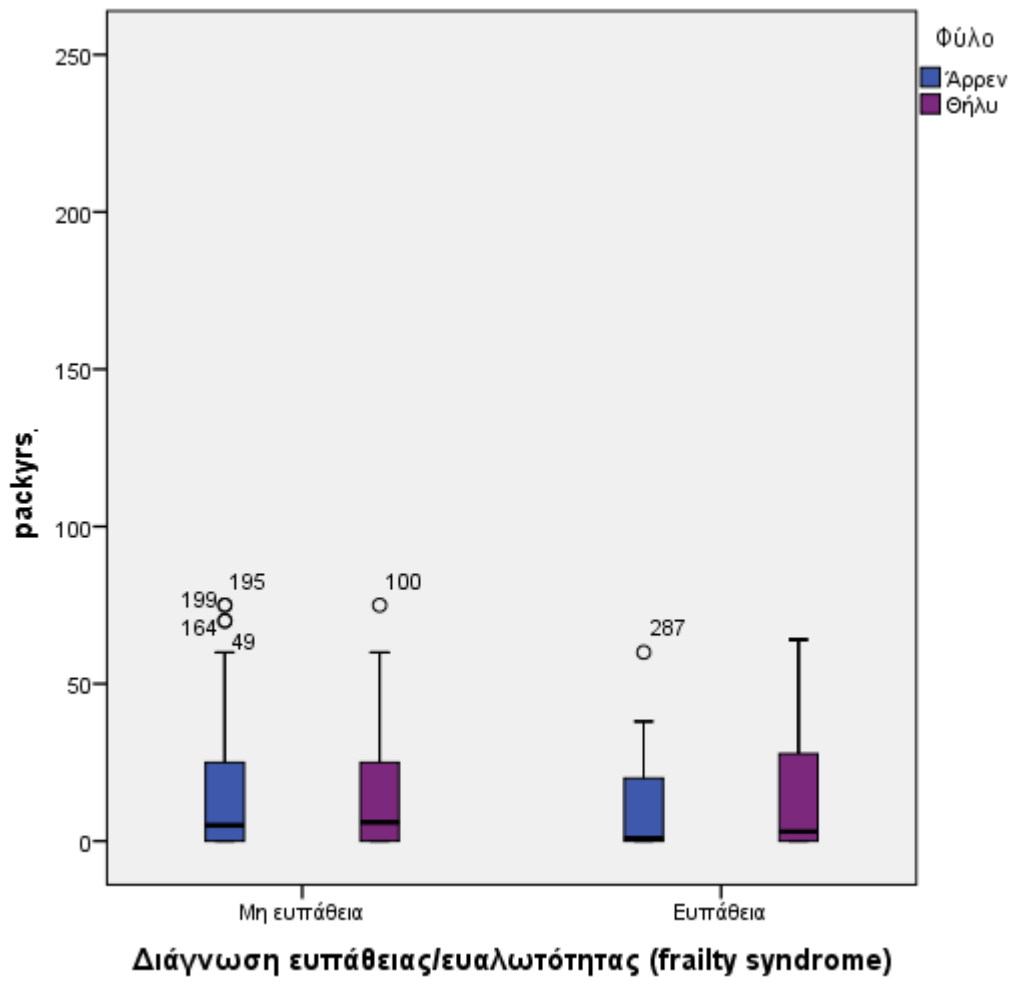
Γράφημα 6: αριθμός νοσημάτων των ασφαλισμένων και ανασφάλιστων με το σύνδρομο ευαλωτότητας και μη ευαλωτότητα.



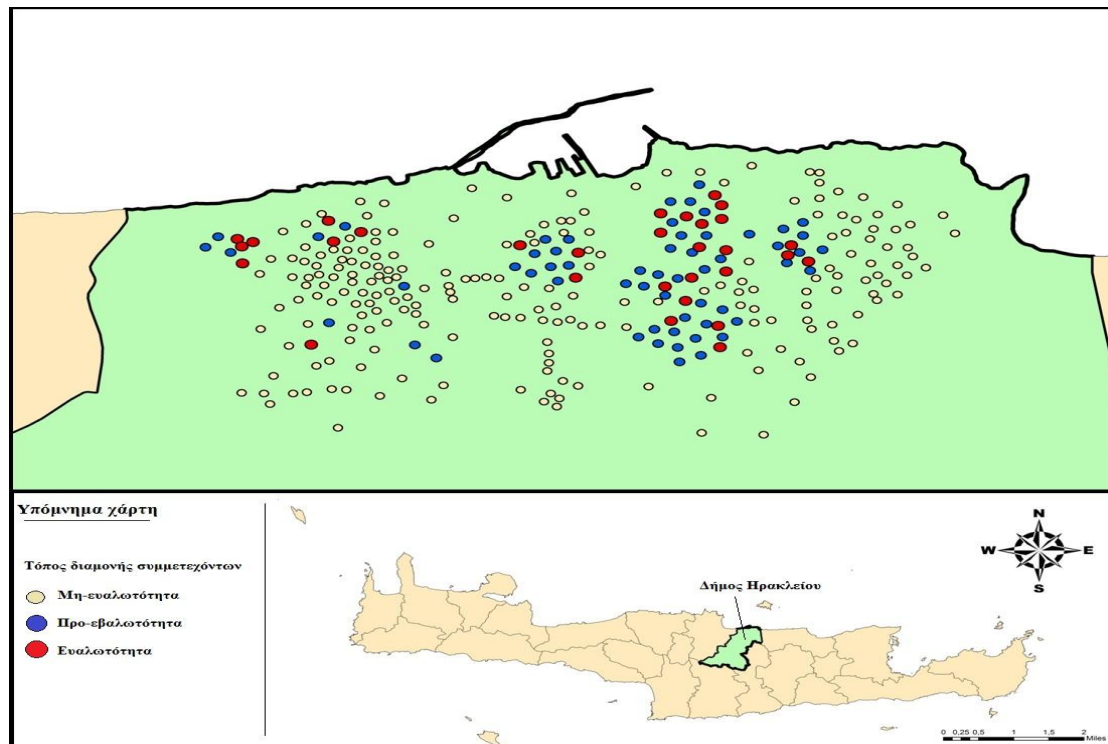
Γράφημα 7: διάγνωση ευαλωτότητας ανά ηλικία και φύλο.



Γράφημα 8: Έτη καπνίσματος ανά φύλο στους συμμετέχοντες του συνδρόμου ευαλωτότητας και της μη ευαλωτότητας.



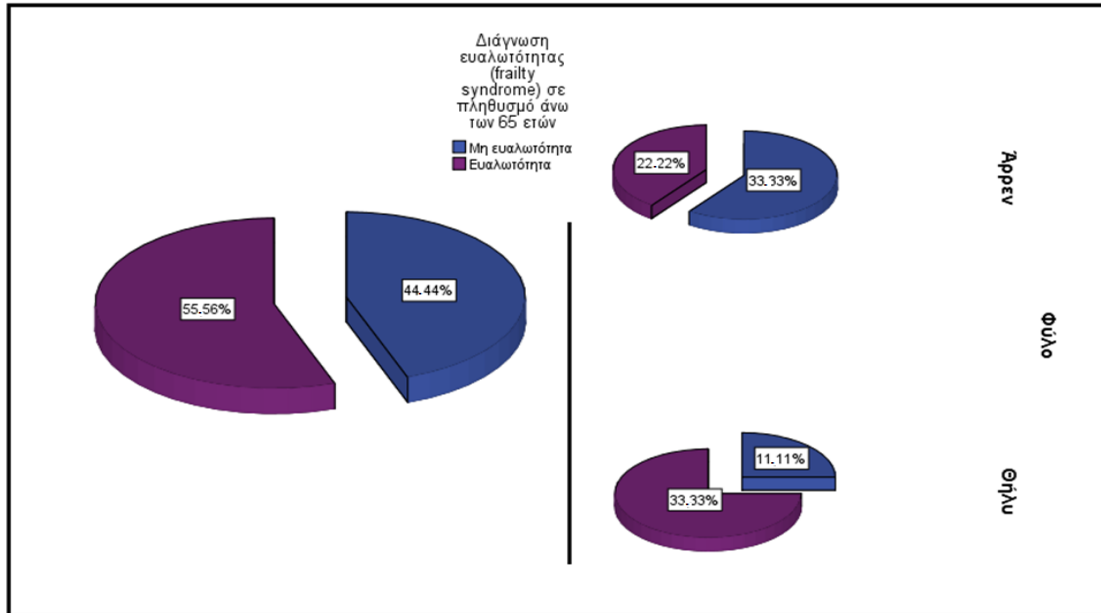
Εικόνα 1: Χάρτης του Δήμου Ηρακλείου με τον τόπο διαμονής των συμμετεχόντων ανά διάγνωση σταδίων ευαλωτότητας.



Παράρτημα 4

Επιπλέον αποτελέσματα για την ομάδα >65 ετών.

Εικόνα 1: Στάδια ευαλωτότητας ανά φύλο για τα άτομα >65 ετών



Εικόνα 2: Κλίμακα ευημερίας και κλίμακα υγείας για τα άτομα άνω των 65 ετών

