



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η σωματική και ψυχική υγεία των φροντιστών ηλικίας 50 και άνω
και η χρήση υπηρεσιών υγείας τους στην Ελλάδα.
Αποτελέσματα από τη μελέτη SHARE.**

**Τερζάκη Αικατερίνη
Νοσηλεύτρια**

**Επιβλέπων: Φιλαλήθης Αναστάσιος, Καθηγητής
Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα
Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.**

**Συμβουλευτική Επιτροπή: Βοζικάκη Μαρία, Υποψήφια διδάκτωρ
Δημόσιας Υγείας και διοίκησης
Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής,
Πανεπιστήμιο Κρήτης.**

Ηράκλειο, Μάρτιος 2014

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα κ. Α. Φιλαλήθη, Καθηγητή του Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης για την αποδοχή του στην ομάδα SHARE καθώς και για την εποπτεία και καθοδήγηση του έως την ολοκλήρωση της εργασίας.

Επίσης, ευχαριστώ θερμά για την πολύτιμη βοήθεια τους, την κ. Μ. Βοζικάκη, η οποία με τις συμβουλές και την εποικοδομητική κριτική της συνέβαλε καθοριστικά στην ολοκλήρωση της μελέτης και τον κ. Μ. Λιναρδάκη, ο οποίος υλοποίησε την στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	1
Abstract.....	3
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	5
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	6
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ.....	7
1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
2. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	11
2.1 Ορισμός της σωματικής και ψυχικής υγείας.....	11
2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας.....	13
3. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
3.1 Η έννοια της φροντίδας.....	20
3.2 Ανεπίσημη φροντίδα υγείας- ο ρόλος των Άτυπων Δικτύων Φροντίδας.....	20
3.3 Φροντιστές ηλικίας άνω των 50.....	22
3.4 Η έννοια της επιβάρυνσης.....	25
4. Η ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	28
5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	31
5.1 Αναγκαιότητα της μελέτης.....	31
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα και ερευνητική υπόθεση.....	33
6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
6.1 Σχεδιασμός της μελέτης.....	34
6.2 Πληθυσμός μελέτης- Δείγμα.....	36
6.3 Ερευνητικό εργαλείο.....	36
6.4 Συλλογή δεδομένων.....	36
6.5 Στατιστική ανάλυση.....	37
7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	40
8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	47
9. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	52
10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	53
11. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	54
12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Η σωματική και ψυχική υγεία των φροντιστών ηλικίας 50 και άνω και η χρήση υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Αποτελέσματα από τη μελέτη SHARE (Study of Health Aging and Retirement in Europe)

Της: Τερζάκη Αικατερίνης

Υπό την επίβλεψη του: Φιλαλήθη Αναστάσιου, Καθηγητή, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης.

Ημερομηνία: Μάρτιος 2014

Θεωρητικό υπόβαθρο: Με το πέρασμα των χρόνων και φθάνοντας στην ηλικία της συνταξιοδότησης, πολλά άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας και στήριξης σε εξαρτημένα μέλη της οικογένειας ή του φιλικού τους περιβάλλοντος, γεγονός το οποίο έχει βρεθεί να επιβαρύνει τη σωματική και ψυχο-συναισθηματική τους υγεία και επομένως να επηρεάζει προσφυγή τους στις υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός: Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διαπιστωθεί εάν υπάρχει συσχέτιση της σωματικής και ψυχικής υγείας των ατόμων ηλικίας 50+ με την παροχή φροντίδας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.

Μεθοδολογία: Τα δεδομένα αντλήθηκαν από τη μελέτη «Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη» (SHARE, 2004, Wave 1) σε 1932 ενήλικες από την Ελλάδα (875 άνδρες ή 45,3%) ηλικίας 50+ ετών. Η συλλογή τους έγινε με ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο (CAPI) και χρησιμοποιήθηκαν πολυμεταβλητά μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης στην εκτίμηση δεικτών Odds Ratio (OR) και 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης (95%ΔΕ) της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας, ως προς την παροχή/λήψη φροντίδας υγείας.

Αποτελέσματα: Με 2+ χρόνια νοσήματα βρέθηκε το 39,4% των φροντιστών έναντι 64,8% των ατόμων που έλαβαν φροντίδα αλλά και το 35,6% των ατόμων οι οποίοι δεν είχαν καμιά παροχή ή λήψη φροντίδας ($p < 0.05$). Οι λήπτες φροντίδας είχαν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης δύο ή και περισσότερων συμπτωμάτων ασθένειας ($OR=2,09$, $p < 0.05$), καθώς και εμφάνισης συμπτωματολογίας κατάθλιψης ($OR=1,74$, $p < 0.05$). Παρόμοια οι φροντιστές είχαν σημαντικά υψηλότερο δείκτη OR 1,45 για κατάθλιψη (95%ΔΕ:1,09-1,92), όπως και για επισκεψιμότητα 2+ φορές σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες ($OR=1,53$, 95%ΔΕ: 1,13-2,08). Ωστόσο, μη σημαντικά μικρότερη πιθανότητα κατά 55% για νοσηλεία σε νοσοκομείο είχαν οι φροντιστές (95%ΔΕ:0,13-1,54) αλλά υψηλότερη κατά 94% οι λήπτες φροντίδας ($OR=1.94$, 95%ΔΕ:0,89-4,21).

Συμπεράσματα: Η σωματική και η ψυχική υγεία των φροντιστών φαίνεται να επηρεάζεται από την παροχή φροντίδας, καθώς αρκετοί εμφανίζουν χρόνια νοσήματα και παρουσιάζουν συμπτωματολογία κατάθλιψης. Η αλληλεπίδραση της σωματικής αλλά και ψυχικής υγείας υποδηλώνει έτσι την αναγκαιότητα: α. για βοήθεια και συναισθηματική υποστήριξη των φροντιστών από άλλους φορείς όπως επίσης β. τη διασφάλιση διαδικασιών μεγιστοποίησης των ευκαιριών για καλύτερη σωματική και ψυχική υγεία ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να συνεχίσουν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία και να γηράσκουν σε υγιείς συνθήκες.

Λέξεις κλειδιά: Σωματική υγεία, ψυχική υγεία, φροντιστές, χρήση υπηρεσιών υγείας, SHARE

Abstract

Title: Physical and mental health of caregivers aged 50 and older and the use of health services in Greece. Results from the study SHARE. (Study of Health Aging and Retirement in Europe)

By: Terzaki Aikaterini

By Supervisor: Filalithis Anastasios, Professor, Department of Social Medicine, Faculty of Medicine, University of Crete, Greece.

Date: March 2014

Background: As years pass and reaching the age of retirement, many older people are more engaged in the provision of care and support to dependent family members or friends, which has been found to bear a burden on their physical and mental health and thus affect to their use of health services.

Purpose: The main purpose of this study is to determine if there is an association between the physical and mental health of caregivers aged 50+, with caregiving and health care use.

Methods: The data of this study were drawn from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE, 2004. Wave 1, Release 2.3.0) which has ensured a unique source of information on the health of individuals aged 50 and over. For the purposes of the current study, the analysis was restricted to the Greek sample of the survey which comprised 1932 participants. The research tools were the electronic CAPI questionnaire .

Results: Approximately thirty-nine percent (39,4%) of caregivers had more than two chronic diseases, versus 64.8 % of those receiving care and the 35,6 % of those who had no giving or receiving care ($p < 0.05$). The care recipients were more likely to develop two or more symptoms of physical problems (OR = 2,09, $p < 0.05$), and display symptoms of depression (OR = 1,74, $p < 0.05$). Similarly, caregivers had significantly higher OR 1,45 for depression (95% CI :1,09-1,92), as for having visited a doctor more than twice in the last 12 months (OR = 1,53, 95% CI: 1.13 to 2.08). However, a non-significantly lower probability of 55% for hospitalization was found for caregivers (95% CI :0,13-1, 54) and higher (94%) for care recipients (OR = 1.94, 95% CI: 0.89 - 4.21).

Conclusions: There was an association of physical and mental health of people aged 50+ with caregiving. Caregivers appear to be affected, since they were found to suffer from chronic diseases and show depressive symptomatology. The interaction of physical and mental health highlights the necessity to ensure opportunities for: a. help and emotional support of caregivers and b. better physical and mental health so that to enable older people to continue to participate actively in society and to age in healthy and active conditions.

Key words: physical health, mental health, caregivers, healthcare utilization, SHARE

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

- Πίνακας 7.1** Χαρακτηριστικά των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη για την «Υγεία, Γήρανση και Σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη» (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE).
- Πίνακας 7.2** Σχετικές συχνότητες και επίπεδα κατηγοριών παραμέτρων ψυχικής και σωματικής υγείας των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη.
- Πίνακας 7.3** Σχετικές συχνότητες παραμέτρων χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους 1932 Έλληνες συμμετέχοντες στη μελέτη.
- Πίνακας 7.4** Χαρακτηριστικά των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς την Παροχή/Λήψη φροντίδας υγείας.
- Πίνακας 7.5** Παροχή/Λήψη φροντίδας υγείας και δείκτες σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους 1932 Έλληνες συμμετέχοντες στη μελέτη.
- Πίνακας 7.6** Δείκτες Odds Ratio της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς την Παροχή/Λήψη φροντίδας υγείας.

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

- Σχήμα 1.1** Οι βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας και της ευημερίας.
- Σχήμα 1.2** Καθοριστικοί παράγοντες ενεργούς/ υγιούς γήρανσης και οι αλληλεπιδράσεις τους.
- Σχήμα 7.1** Δείκτες Odds Ratio και 95% ΔΕ της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας συμμετεχόντων στη μελέτη που Παρέχουν ή και Λαμβάνουν φροντίδα υγείας (n=397) σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας (n=1133).

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΩΝ

E.E	Ευρωπαϊκή Ένωση
C.A.P.I	Computer Assisted Personal Interviewing
C.I	Confidence Interval
O.R	Odds Ratio
O.O.Σ.A	Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης
Π.Ο.Υ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
S.H.A.R.E	Study of Health, Ageing and Retirement in Europe
W.H.O	World Health Organization
Η.Π.Α	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
Κ.Α.Π.Η	Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ανάγκες του εικοστού πρώτου αιώνα δημιουργούν για όλες τις ηλικιακές ομάδες την πρόκληση της διασφάλισης και προαγωγής της ποιότητας ζωής. Ιδιαίτερα για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας η ψυχοσωματική υγεία των οποίων βρίθκει σημαντικών δυσλειτουργιών και στρεβλώσεων. Η επίτευξη ενούς ικανοποιητικού επιπέδου υγείας είναι η σημαντικότερη προϋπόθεση για τη διασφάλιση υγιούς γήρανσης για τα ηλικιωμένα άτομα (Briony, 2001).

Ταυτόχρονα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας συνιστούν σημαντικούς φορείς κάλυψης σημαντικών αναγκών στα πλαίσια της οικογένειας καθώς πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών βοηθούν με διάφορους τρόπους την οικογένεια και τα παιδιά τους. Στην έρευνα των Bookman & Kimberly (2011), περισσότεροι από τους μισούς ερωτώμενους ανέφεραν ότι παρείχαν στο παρελθόν οικονομική βοήθεια στα παιδιά τους, ενώ περίπου το ένα 1/3 απάντησε ότι ασκούν σημαντικούς ρόλους φροντίδας και στήριξης προσέχοντας τα εγγόνια τους, αναλαμβάνοντας τις δουλειές του σπιτιού και κάνοντας καθημερινές διεκπεραιωτικές και άλλες εργασίες (Bookman & Kimbrel, 2011).

Ιδιαίτερα, στην ελληνική πραγματικότητα τα ηλικιωμένα άτομα στηρίζουν παραδοσιακά την ελληνική οικογένεια και συμμετέχουν ενεργά στη συνεχιζόμενη διαμόρφωση, διαπαιδαγώγηση και προστασία των μελών της οικογένειας μέσω της παροχής λειτουργικής και οικονομικής στήριξης και φροντίδας (Λαδόπουλος, 2009). Ο ρόλος του γονέα ή του παιδιού που φροντίζει υπάρχει συχνά στις οικογένειες στις οποίες απαντάται κάποιο μέλος το οποίο δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί λόγω νόσου, αναπηρίας ή περιορισμού στην άσκηση των καθημερινών δραστηριοτήτων και χρήζει καθημερινής φροντίδας και στήριξης. Το άτομο που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας και στήριξης έχει βρεθεί ότι επιβαρύνεται σωματικά, ψυχοσυναισθηματικά και οικονομικά (WHO, 2003).

Η βοήθεια, η τρυφερότητα και οι εκδηλώσεις αγάπης γίνονται προς μία κατεύθυνση και σταδιακά κατευθύνονται μόνο από τον φροντιστή προς τον ασθενή, μετατρέποντας με αυτό τον τρόπο μια σχέση αγάπης σε μία μέγιστη πηγή έντονου στρες (Καδόγλου, 2012). Η επιβάρυνση του φροντιστή εξαιτίας του ασθενή συχνά εκδηλώνεται με εκφράσεις έντονης αντίδρασης στην παροχή φροντίδας καθώς εμφανίζονται όλο και νεότερες απαιτήσεις ή αυξάνονται με πιο εντατικό βαθμό οι ήδη υπάρχουσες. Ο φροντιστής μπορεί να αντιδρά επιστρατεύοντας στρατηγικές ώστε να ανταπεξέλθει και να αντιμετωπίσει αυτές τις απαιτήσεις και να ελαττώσει την ένταση τους. Οι φροντιστές, οι οποίοι δεν μπορούν να τροποποιήσουν ή να προσαρμόσουν στρατηγικές οι οποίες θα ελαττώσουν τις απαιτήσεις της φροντίδας βιώνουν υψηλά επίπεδα επιβάρυνσης (Given & Given, 1991). Η οικογένεια είναι αναγκασμένη να επωμισθεί το βάρος της φροντίδας και της ψυχολογικής στήριξης του ασθενούς, γεγονός που πλήττει την ποιότητα της ζωής των μελών της, σε όλους τους τομείς της καθημερινότητας της, κυρίως σε ότι αφορά την κοινωνική και επαγγελματική ζωή, την υγεία, την οικονομική κατάσταση, την οικογενειακή συνοχή και τις σχέσεις μεταξύ τους (King & Dixon, 1999).

Η ψυχική επιβάρυνση της υγείας των ηλικιωμένων ατόμων έχει ενοχοποιηθεί σημαντικά για την κοινωνική τους δυσλειτουργία, την προσφυγή σε περιττές νοσηλείες και νοσηλεία στο σπίτι, καθώς και αυξημένα ποσοστά θνησιμότητας. Τα ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχουν χειρότερη έκβαση στην υγεία σε περιπτώσεις καταγμάτων του ισχίου, καρδιαγγειακών νοσημάτων και καρκίνου, ενώ στα άτομα ηλικίας 75 ετών έχει καταγραφεί το υψηλότερο ποσοστό αυτοκτονιών από κάθε άλλη ηλικιακή ομάδα (Kelly & Bunting, 1998). Ωστόσο, έχει υπάρξει σημαντική πρόοδος ως προς την κατανόηση των διαταραχών αυτών κατά την τελευταία δεκαετία με σημαντικά οφέλη για την ανάπτυξη νέων θεραπειών. Αποτελεσματικές θεραπείες είναι τώρα διαθέσιμες για τις περισσότερες από αυτές τις διαταραχές, με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ψυχοσωματικής λειτουργικότητας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής (Bartels et al., 2001).

Έχει παρατηρηθεί επίσης, ότι οι φροντιστές χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες υγείας για τις ανάγκες των ατόμων που φροντίζουν και δεν κάνουν σχεδόν καθόλου προσωπική χρήση των υπηρεσιών, αφού λόγω των υψηλών και παρατεταμένων απαιτήσεων της φροντίδας, ο φροντιστής υποχρεώνεται να παραβλέπει τις δικές του ανάγκες με αποτέλεσμα να περιορίζει τη σωματική αλλά και ψυχική του ευεξία (Αλεξιά & Λουλακίδης, 2005). Μια μακροχρόνια συμπεριφορά του φροντιστή αποτελεί η αδυναμία ελέγχου του εαυτού του και συμβαίνει κυρίως επειδή κάποιοι άνθρωποι τείνουν να φροντίζουν περισσότερο τους άλλους και λιγότερο τον εαυτό τους, γεγονός που μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία τους, όπως καθυστέρηση ή ακύρωση των δικών τους ιατρικών ραντεβού, αυξημένη χρήση φαρμάκων (ηρεμιστικά, όταν υπάρχει έντονο στρες) και αλκοόλ (Wright et al., 1999).

Αν και η Τρίτη ηλικία αποτελεί την τελευταία περίοδο στη ζωή ενός ανθρώπου μπορεί να συνεχίσει να είναι μια δημιουργική και ευτυχισμένη περίοδος αρκεί να υπάρχει ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από τον ηλικιωμένο και κυρίως από τον ηλικιωμένο που φροντίζει έναν πάσχοντα ή άλλα εξαρτημένα μέλη της οικογένειας τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, καθώς αυτός φέρει ένα μεγάλο βάρος το οποίο ενέχει σημαντικές σωματικές και ψυχολογικές προεκτάσεις για την ποιότητα ζωής του φροντιστή (Joung, Kunst, van Imhoff & Mackenbach, 2000).

2. Η ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 50 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.

2.1 Ορισμός σωματικής και ψυχικής υγείας.

Η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας. Ένα από τα θεμελιώδη δικαιώματα του κάθε ανθρώπου είναι να έχει υψηλό δυνατό επίπεδο υγείας χωρίς διάκριση φυλής, θρησκείας, πολιτικών πεποιθήσεων, οικονομικής ή κοινωνικής κατάστασης (WHO, 2006). Ο Π.Ο.Υ έχει ορίσει επίσης την ψυχική υγεία ως μια κατάσταση ευημερίας, όπου τα άτομα αναγνωρίζουν τις ικανότητες τους και είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν τα κοινωνικά άγχη της ζωής τους, δουλεύοντας παραγωγικά και αποδοτικά συνεισφέροντας έτσι στην κοινότητα τους (WHO, 2003).

Σύμφωνα με τους Chapman, Perry & Strine (2005), η ψυχική υγεία ορίζεται ως ένας μηχανισμός ο οποίος είναι πρωταρχικός και σε συνδυασμό με άλλους μηχανισμούς διαμορφώνουν και ορίζουν την σωματική υγεία (Chapman, Perry & Strine, 2005). Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί δεσμοί παρέχουν συναισθηματική υποστήριξη η οποία ενισχύει την ψυχολογική ευεξία και μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο των συμπεριφορών οι οποίες είναι επιβαρυντικές για την ψυχική υγεία και για κακή σωματική υγεία (Kiecolt-Glaser et al., 2002; Thoits, 1995).

Αντιλήψεις για την ψυχική υγεία συμπεριλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την υποκειμενική ευεξία και λειτουργικότητα, την αυτονομία, την αποτελεσματικότητα, την αλληλεξάρτηση των γενεών και την αυτοπραγμάτωση των πνευματικών και συναισθηματικών δυνατοτήτων του ατόμου. Από διαπολιτισμική άποψη, είναι σχεδόν αδύνατο να υπάρξει ένας σαφώς προσδιορισμένος και κοινά αποδεκτός ορισμός για την ψυχική υγεία. Παρά ταύτα όμως, είναι γενικά αποδεκτό ότι η ψυχική υγεία είναι κάτι ευρύτερο από την έλλειψη ψυχικών διαταραχών (Σκαπινάκης, 2001).

Μερικές ψυχικές διαταραχές όπως η σχιζοφρένεια και η διπολική διαταραχή μπορεί να κάνουν την εμφάνιση τους σε νεότερα στάδια της ζωής του ανθρώπου, ενώ κάποιες άλλες όπως η κατάθλιψη και το άγχος μπορεί να εμφανιστούν σε οποιαδήποτε

στιγμή στη ζωή και ιδιαίτερα στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας. Μάλιστα, έχει παρατηρηθεί ότι ποσοστό της τάξεως του 20 % των ενηλίκων άνω των 65 βιώνουν κάποιου είδους ψυχική διαταραχή, αλλά οι ερευνητές πιστεύουν ότι περισσότερο από το 60 % των ατόμων αυτών που χρειάζονται τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν τις χρησιμοποιούν (Bartels et al, 2001). Επιπροσθέτως, περισσότερο από το 27% των ενηλίκων Ευρωπαίων υπολογίζεται ότι θα έχει τουλάχιστον μια μορφή κακής ψυχικής υγείας κατά τη διάρκεια ενός έτους (Wittchen, 2011).

Η κακή ψυχική υγεία εκτιμάται ότι κοστίζει στην ΕΕ περίπου 3-4% του ΑΕΠ και κυρίως απώλεια παραγωγικότητας. Η πιο κοινή μορφή της ψυχικής ασθένειας στην ΕΕ είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Μέχρι το 2020, η κατάθλιψη αναμένεται να είναι η συχνότερη αιτία των ασθενειών στον ανεπτυγμένο κόσμο (WHO, 2001). Μάλιστα, οι αγχώδεις διαταραχές είναι οι πιο συχνές καταστάσεις ψυχικής υγείας και κάθε χρόνο περίπου το 10% των ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας βιώνουν μία διαγνωσμένη αγχώδη διαταραχή (Byers, Yaffe, Covinsky, Friedman & Bruce, 2010). Σύμφωνα με την έρευνα των Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters (2005), περίπου ποσοστό της τάξεως του 15% αυτών που επιβιώνουν μετά την ηλικία των 65 ετών στη διάρκεια της ζωής τους θα έχουν μία αγχώδη διαταραχή (Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters, 2005).

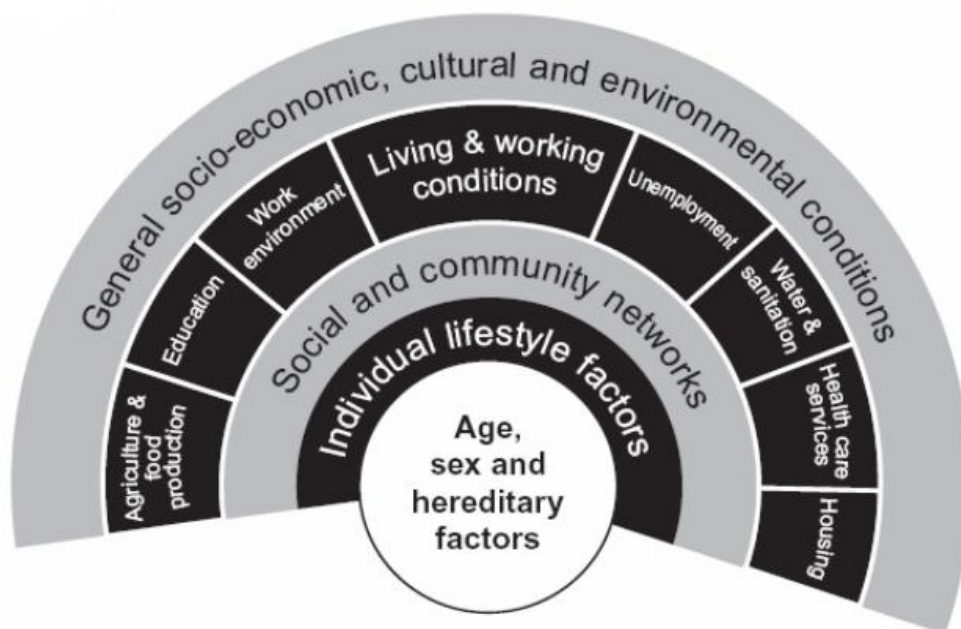
Σε γενικές γραμμές, οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με αγχώδεις διαταραχές αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες στη διαχείριση της ζωής τους από ό, τι οι μεγαλύτεροι ενήλικες με φυσιολογικές ανησυχίες. Επίσης, βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο για σωματική ασθένεια, πτώσεις, κατάθλιψη, ανικανότητα, πρόωγη θνησιμότητα, κοινωνική απομόνωση και απόσυρση σε ιδρύματα (Friedman, 2013).

2.2 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας

Η έννοια της υγείας τα τελευταία έτη έχει υπερβεί την απλή απουσία της ασθένειας και έχει αποκτήσει περαιτέρω διαστάσεις. Υπάρχουν περιβαλλοντικοί και κοινωνικοί παράγοντες οι οποίοι επιδρούν στην υγεία των ατόμων και την προσδιορίζουν (SACOSS, 2008). Μετά από έρευνα των Damian, Ruigomez, Pastor & Moreno (1999), βρέθηκε ότι οι καθοριστικοί παράγοντες οι οποίοι συνδέονται με τη σωματική υγεία είναι οι χρόνιες παθήσεις και η λειτουργική κατάσταση του ατόμου (Damian, Ruigomez, Pastor & Moreno, 1999).

Στο παρακάτω σχήμα (SACOSS, 2008) παρουσιάζονται οι καθοριστικοί παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο υγείας.

Σχήμα 1. Οι βασικοί καθοριστικοί παράγοντες της υγείας και της ευημερίας.



Πηγή: SACOSS, The Social Determinants of Health, Information Paper, Unley, South Australia, December 2008.

Σύμφωνα με το σχήμα αυτό οι παράγοντες (Hetzl, Page, Glover & Tennant, 2004), αυτοί συνυφαίνονται με :

- Τις υγιεινές συνθήκες διαβίωσης
- Το επίπεδο εκπαίδευσης
- Τη μόρφωση γύρω από θέματα υγείας
- Το άγχος
- Τα πρώτα χρόνια ζωής
- Τον κοινωνικό αποκλεισμό
- Την απασχόληση ή την ανεργία
- Παράγοντες όπως η ηλικία, το φύλο και η κληρονομικότητα
- Ο πολιτισμός ο ρατσισμός και οι διακρίσεις
- Η πρόσβαση στην πληροφόρηση και την κατάλληλη υγειονομική περίθαλψη
- Η κοινωνική στήριξη και η πρόσβαση στις μεταφορές

Η πρόσβαση σε πόσιμο καθαρό νερό και θρεπτικά τρόφιμα είναι καθοριστική για την υγεία των ανθρώπων και ευημερία, ιδίως στην πρώιμη παιδική ηλικία. Η πρόσβαση σε θρεπτική τροφή επηρεάζεται ήδη από τα επίπεδα γνώσεων για τα τρόφιμα, αλλά και από τη γεωγραφική και κοινωνικοοικονομική θέση. Μέσα σε πολλές μειονεκτικές κοινότητες, τα καταστήματα λιανικής πώλησης των φρέσκων θρεπτικών φαγητών συχνά υποεκπροσωπούνται. (Cannon, 2008). Αντίθετα, τα επεξεργασμένα τρόφιμα (fast food) των καταστημάτων συχνά είναι συγκεντρωμένα σε χαμηλότερες κοινωνικοοικονομικές περιοχές. Η έλλειψη τροφίμων και η έλλειψη ποικιλίας υγιεινών τροφίμων είναι γνωστό ότι συμβάλλουν στην ανάπτυξη των ασθενειών ανεπάρκειας και σε αυξημένη νοσηρότητα (Wilkinson & Marmot, 2003).

Η εκπαίδευση αποτελεί ένα ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της μακροπρόθεσμης υγείας και της ποιότητας ζωής. Δυσκολία όμως συναντάται στην πλήρη κατανόηση των ενεργειών που οδηγούν στην καλύτερη υγεία και στο μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής. Αυτό που είναι σαφές είναι ότι η υγεία, η ανθρώπινη ανάπτυξη και η ευημερία είναι δυναμικές διεργασίες που συνδέονται στενά με την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο (Low & Low, 2006).

Η υγεία ενός ατόμου είναι σε μεγάλο βαθμό συνδεδεμένη με την κοινωνική θέση, την επιτυχία στο σχολείο και τα χρόνια της σχολικής εκπαίδευσης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον καθορισμό της κοινωνικής και επαγγελματικής κατάστασης στην ενήλικη ζωή (Ross & Wu, 1996).

Τα άτομα με χαμηλό επίπεδο γνώσεων γύρω από θέματα υγείας αντιμετωπίζουν εμπόδια πρόσβασης στην περίθαλψη, επειδή η γραφειοκρατία που τους παρέχεται έχει δημιουργηθεί από εθνικό επίπεδο γνώσεων για την υγεία (Cutilli, 2007). Μάλιστα, μετά από έρευνα των Schillinger et al., (2003), διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τα οποία ενώ είχαν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης για την υγεία και είχαν ενημερωθεί από το γιατρό τους χρησιμοποιώντας μία διαδραστική μορφή στρατηγικής στην επικοινωνία ήταν σε θέση να διαχειριστούν καλύτερα τα συμπτώματα της ασθένειας τους, σε σχέση με τα άτομα τα οποία δεν είχαν εκπαιδευτεί (Schillinger et al., 2003).

Επιπροσθέτως, οι διάφορες κοινωνικές και ψυχολογικές καταστάσεις μπορούν να προκαλέσουν μακροχρόνιο άγχος. Αυτές οι καταστάσεις αυξάνουν τον κίνδυνο για κακή ψυχική υγεία και πρόωρο θάνατο. Το μακροχρόνιο άγχος επηρεάζει, τόσο το ανοσοποιητικό, όσο και το καρδιαγγειακό σύστημα, με αποτέλεσμα οι άνθρωποι να γίνονται πιο ευάλωτοι σε ένα ευρύ φάσμα συνθηκών συμπεριλαμβανομένων των λοιμώξεων, διαβήτη, υψηλής πίεσης, καρδιακής προσβολής, εγκεφαλικού επεισοδίου, κατάθλιψης και επιθετικότητας (Wilkinson & Marmot, 2003). Ιδιαίτερα στα πρώτα χρόνια ζωής τους οι άνθρωποι είναι περισσότερο ευάλωτοι στον κίνδυνο, όπως και στις προστατευτικές επιδράσεις. Οι εμπειρίες στην αρχή της ζωής μπορεί να αντανακλώνται στην υγεία και την ευημερία των εκβάσεων κατά τη διάρκεια της μέσης και το τέλος της ζωής. Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις της επίδρασης των εμπειριών της αρχής της ζωής στη γνωστική λειτουργία, την ανάπτυξη, τη μαθησιακή ικανότητα και τη σωματική και ψυχική υγεία στη μετέπειτα ζωή (Hetzl , Page , Glover & Tennant, 2004).

Λόγω του ότι ο κοινωνικός αποκλεισμός χαρακτηρίζεται από μικρότερα έως ελάχιστα κοινωνικά δίκτυα, λιγότερες σχέσεις και μειωμένα κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης, υπάρχει μία εξίσου σημαντική συσχέτιση μεταξύ της μειωμένης κοινωνικής συμμετοχής και των αρνητικών συνεπειών στη σωματική και ψυχική υγεία (Kawachi & Berkman, 2001). Ακόμα, όσο αφορά την εργασία, οι άνθρωποι οι οποίοι απασχολούνται είναι πιο πιθανό να έχουν τους αναγκαίους πόρους ώστε να ανταποκριθούν στις σύνθετες απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και της εργασίας απ' ότι οι άνεργοι ή εκείνοι που δεν ανήκουν στο εργατικό δυναμικό (Cannon, 2008).

Σχετικά με το φύλο, είναι γνωστό πως υπάρχουν πολλές ανισότητες όσων αφορά την ισχύ, την ελευθερία, τους πόρους και τις αξίες. Οι διαφορές αυτές μπορεί να επηρεάσουν την υγεία. Στις ανεπτυγμένες χώρες υπάρχουν συχνά διαφορές στο εισόδημα, όπως οι μισθοί των γυναικών όπου μπορεί να είναι μέχρι και 20% χαμηλότεροι από αυτούς των ανδρών (Anthony et al, 2006). Λόγω του γεγονότος ότι οι μονογονεϊκές οικογένειες αποτελούνται κατά το μεγαλύτερο ποσοστό από γυναίκες, το χαμηλότερο εισόδημα των γυναικών επηρεάζει επίσης και την υγεία των παιδιών τους (CSDH, 2008).

Τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι οι τρόποι με τους οποίους εκφράζονται τα γονίδια διαμορφώνουν τόσο τη σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου όσο και το κοινωνικό περιβάλλον. Επιπροσθέτως, η έκφραση του DNA ενδέχεται να επηρεαστεί όχι μόνο από τις κοινωνικές σχέσεις αλλά και από το περιβάλλον καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου (Hetzl, Page, Glover & Tennant, 2004).

Επίσης, ο πολιτισμός και η πνευματικότητα επιφέρουν σημαντικές επιδράσεις στον προσδιορισμό των πεποιθήσεων και των πρακτικών που σχετίζονται με την υγεία, την ευημερία και τη θεραπεία. Στην ευημερία συμπεριλαμβάνεται η γνώση γύρω από την υγεία, τις αιτίες της ασθένειας, καθώς και τους τρόπους αποφυγής τους (Yeandle, Yeandle, Glover & Tennant, 2004).

Σημαντικοί παράγοντες φαίνονται να είναι όμως και ο ρατσισμός και οι φυλετικές διακρίσεις, καθώς επηρεάζουν έμμεσα την υγεία μέσω διαφόρων εκθέσεων και ευκαιριών που σχετίζονται με άλλους προσδιοριστές της υγείας, όπως στην εκπαίδευση ή την απασχόληση, ενώ ενέχουν και άμεσες επιπτώσεις στην υγεία, κυρίως μέσω φυσιολογικής καταπόνησης του σώματος ως αντίδραση στο στρες (Hyman, 2009).

Η πρόσβαση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ζωτικής σημασίας στην παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένου του εμβολιασμού. Μάλιστα, σύμφωνα με την έκθεση για την υγεία της Αυστραλίας (2006), από το Αυστραλιανό Ινστιτούτο Υγείας και Πρόνοιας, οι άνθρωποι που ζουν σε μειονεκτικές περιοχές χωρίς πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας εξακολουθούν να συνδέονται με τη θνησιμότητα και στοιχεία νοσηρότητας (Cannon, 2008).

Η υποστήριξη από την κοινωνία, τους φίλους και την οικογένεια συνδέεται στενά με τη βελτίωση της υγείας και ευημερίας, καθώς αυτές οι πηγές στήριξης βοηθούν τους ανθρώπους ως προς τη αντιμετώπιση των δυσκολιών που προκύπτουν, τη διατήρηση της αίσθησης του ελέγχου της ζωής τους και του αισθήματος του ανήκειν στην κοινότητα (Sanson, 2002). Επίσης η έλλειψη πρόσβασης στις μεταφορές για τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί παράγοντα κινδύνου για προβλήματα υγείας και την ευημερία των ανθρώπων και των κοινοτήτων τους (Hetzl et al., 2004).

2.3 Προσδιοριστικοί παράγοντες υγείας για άτομα ηλικίας άνω των πενήντα.

Η ενεργός γήρανση επιτρέπει στους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τις δυνατότητές τους για σωματική, κοινωνική και ψυχική ευεξία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Επίσης τους ωθεί να συμμετέχουν στην κοινωνία σύμφωνα με τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις ικανότητες τους, ενώ τους δημιουργεί ένα αίσθημα ασφάλειας και προστασίας όταν το χρειαστούν (WHO, 2002).

Σχήμα 1.2 Καθοριστικοί παράγοντες ενεργούς/ υγιούς γήρανση και οι αλληλεπιδράσεις τους.



Πηγή : Healthy ageing literature review (2012): National Ageing Research Institute (NARI) & Council on the Ageing (COTA) for the Victorian Department of Health.

Στο παραπάνω σχήμα αναφέρονται ο τρόπος ζωής, αλλά και οι κοινωνικοί παράγοντες ως καθοριστικοί παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη διαδικασία της γήρανσης.

Η οικογένεια των ατόμων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, διαδραματίζει ένα πολύ σημαντικό ρόλο, αφού τους βοηθάει στο να διαχειρίζονται τα συμπτώματα των νοσημάτων στην καθημερινότητα τους (Τριανταφύλλου και συν., 2006). Αυτό αναφέρεται συνήθως ως αυτοδιαχείριση, η ικανότητα δηλαδή του ατόμου με την πάθηση, να παίρνει έναν πιο ενεργό ρόλο στην κατάσταση υγείας του σε συνεργασία με αυτούς που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη. Παράλληλα, αυτή η ικανότητα αυτοδιαχείρισης, βελτιώνει την ποιότητα ζωής και εξαρτάται από μία σειρά παραγόντων συμπεριλαμβανομένης της πρόσβασης στην υγειονομική περίθαλψη, την εκπαίδευση και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση (Lorig & Holman, 2003).

Όπως είναι γνωστό σε μελέτη για την Αγγλία- Ουαλία των Wilkinson & Marmot (2003), οι φτωχές κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες διαβίωσης φαίνεται να επηρεάζουν την υγεία καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Οι άνθρωποι που βρίσκονται στην κατώτερη κοινωνική κλίμακα εμφανίζονται να διατρέχουν δύο φορές περισσότερο κίνδυνο να νοσήσουν από σοβαρή ασθένεια και πρόωρο θάνατο σε σχέση με αυτούς που είναι κοντά στην υψηλότερη κοινωνική κλίμακα. Το ίδιο ισχύει και για τους υπαλλήλους υψηλότερης κατάταξης σε σχέση με τους υπαλλήλους χαμηλότερης κατάταξης ή ανειδίκευτους .

Σημαντικός προσδιοριστής υγείας φαίνεται να είναι τα χρόνια νοσήματα ιδιαίτερα για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στα οποία εμφανίζονται συχνότερα, αφού χαρακτηρίζονται από μονιμότητα, σπάνια θεραπεύονται και χρειάζονται μακροχρόνια φροντίδα. Μάλιστα, κάποιες χρόνιες παθήσεις έχουν συσχετιστεί με τον πόνο και την αναπηρία κάτι που μπορεί να μειώσει την ποιότητα ζωής (Christ & Diwan, 2009). Συγκεκριμένα, 25 εκατομμύρια Αμερικάνοι αναφέρουν ότι έχουν περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, ως αποτέλεσμα μίας ή περισσότερων χρόνιων ασθενειών (CDC, 2003). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η κοινωνική ένταξη ασκεί προστατευτική επίδραση στην συχνότητα εμφάνισης μη θανατηφόρου εμφράγματος του μυοκαρδίου σε άνδρες ηλικίας 50 ετών και άνω, ενώ η κοινωνική απομόνωση βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου σε μελέτη που έγινε σε άνδρες επαγγελματίες υγείας στις ΗΠΑ (Locker, 2008).

Τέλος, απαιτείται ανάληψη δράσης σχετικά με τους κοινωνικούς καθοριστικούς παράγοντες υγείας σε όλη τη διάρκεια της ζωής με ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές προσεγγίσεις και για την προστασία των μελλοντικών γενεών, καθώς επίσης και ανάληψη δράσης για την επίτευξη του περιορισμού των ανισοτήτων στην υγεία (Marmot, Allen, Bell, Bloomer & Goldblatt, 2012).

3. ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Η έννοια της Φροντίδας

Παρόλο που η έννοια της φροντίδας περιγράφεται πολύ γενικευμένα και δεν υπάρχει σαφής ορισμός για την οικογενειακή φροντίδα, είναι γενικά αποδεκτό ως η παροχή ασυνήθιστης φροντίδας η οποία ξεπερνά τα όρια του φυσιολογικού ή του συνηθισμένου στις οικογενειακές σχέσεις (Τριανταφύλλου και συν., 2006). Τυπικά η παροχή φροντίδας χρειάζεται κατανάλωση χρόνου, ενέργειας και χρημάτων για μακρά χρονική περίοδο. Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνει εργασίες οι οποίες μπορεί να είναι δύσκολες, κουραστικές, σωματικά εξαντλητικές αλλά και ψυχολογικά στρεσογόνες (Schulz & Martire, 2004).

Η λέξη "φροντίδα" έχει ποικίλες σημασίες και χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις προσωπικές και επαγγελματικές δραστηριότητες. Όμως την επαγγελματική φροντίδα έχουν εκπαιδευτεί οι νοσηλευτές να τη δίνουν είναι αρκετά διαφορετική από την προσωπική φροντίδα η οποία χαρακτηρίζεται από σχέσεις μεταξύ συζύγων, γονέων, παιδιών, μελών της οικογένειας και φίλους. Οι επαγγελματίες φροντιστές είναι ανεξάρτητοι φορείς λήψης αποφάσεων, αυτονομίας των οποίων η δράση ορίζεται νομικά, είναι υψηλού μορφωτικού επιπέδου εμπειρογνώμονες οι οποίοι ενεργούν στο σύμφωνα με ειδικές γνώσεις και τρόπους ανάλογα με τις ευθύνες τους (Fagin, 2001).

Ο γενικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει τον φροντιστή, αναφέρεται στο πρόσωπο το οποίο βοηθά ένα άτομο σε δραστηριότητες καθημερινής ζωής, την υγειονομική περίθαλψη, τα οικονομικά θέματα, την καθοδήγηση, την συντροφικότητα και την κοινωνική αλληλεπίδραση, ή αμειβόμενα είτε εθελοντικά (Potamianou, Vlachogianni, Efthymiou, Nikolaou & Sakka, 2011).

Ο ορισμός του φροντιστή που χρησιμοποιείται στη μελέτη των Glendinning et al, (2009), είναι το άτομο που παρέχει βοήθεια κυρίως μακροπρόθεσμα σε άτομα με μια χρόνια ασθένεια, αναπηρία αλλά και υποστήριξη, πέραν του θεσμικού επαγγελματικού Glendinning et al., 2009).

Μια σημαντική διαφορά των επίσημων μορφών φροντίδας σε σχέση με τις ανεπίσημες είναι οι ώρες απασχόλησης, αφού δεν μπορεί να είναι συγκρίσιμες, λόγω της καθημερινής και πολύωρης φροντίδας που συνήθως παρέχεται από άτομα δίκτυα (Picard, Wittenberg, Comas-Herrera, Davies & Darton, 2000).

Εμπειρικές μελέτες έχουν βρει μία σχέση μεταξύ του μεγέθους της φροντίδας και της βοήθειας που παρέχονται από τους στενούς συγγενείς ή γείτονες (άτυπη περίθαλψη) και του μεγέθους της φροντίδας που παρέχονται από τα θεσμοθετημένα και κοινωνικά συστήματα φροντίδας υγείας (επίσημη φροντίδα). Η υγειονομική περίθαλψη χρησιμοποιείται είτε για αποκατάσταση ή για διατήρηση της υγείας, ενώ η μακροχρόνια φροντίδα υγείας- περίθαλψη παρέχεται προκειμένου να αυξηθεί η γενική ευημερία με τη διευκόλυνση των καθημερινών δραστηριοτήτων της ζωής (Bolin, Lindgren & Lundborg, 2007).

3.2 Ανεπίσημη Φροντίδα Υγείας - Ο ρόλος των Άτυπων Δικτύων Φροντίδας

Η άτυπη μορφή φροντίδας συνήθως εκτελείται από συγγενείς και στενούς φίλους για ένα πρόσωπο που δεν είναι πλέον σε θέση για τη διαχείριση όλων των πτυχών της ημερήσιας και καθημερινής φροντίδας. Γενικά περιλαμβάνει καθημερινές δραστηριότητες που σχετίζονται με τη διαχείριση ενός νοικοκυριού ή την εκτέλεση της προσωπικής φροντίδας (Family Caregiving in the U.S, 1997).

Η ανεπίσημη φροντίδα υγείας που λαμβάνεται κυρίως από την οικογένεια και είναι η πιο σημαντική πηγή της φροντίδας ιδιαίτερα για τα ηλικιωμένα άτομα λόγω του ότι οι ηλικιωμένοι βασίζονται κυρίως στα άτυπα δίκτυα φροντίδας απ' ό,τι στα επίσημα. Τα άτυπα δίκτυα φροντίδας που αποτελούνται κυρίως από συγγενείς, φίλους, γνωστούς και γείτονες διαδραματίζουν ένα σπουδαίο ρόλο στη φροντίδα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Τα άτομα αυτά προσφέρουν τη βοήθεια τους για την εξυπηρέτηση αναγκών με διάφορους τρόπους όπως: προσωπική καθαριότητα, μετακινήσεις, οικονομική ενίσχυση, ακόμα και ψυχολογική στήριξη ή απλά παρέα (Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007). Επιπλέον, ένα χαρακτηριστικό κριτήριο του άτυπου φροντιστή, είναι συνήθως ο χρόνος που αφιερώνει κάθε εβδομάδα για τη φροντίδα του ατόμου (Glendinning et al., 2009).

Η οικογένεια είναι πολύ σημαντική για το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου, αφού η συμβολή του ή της συζύγου είναι πρωταρχική στη φροντίδα. Στη συνέχεια ακολουθεί αυτή των παιδιών, των αδερφών και των λοιπών συγγενών. Ιδιαίτερα για το ηλικιωμένο άτομο το οποίο εξαρτάται όλο και περισσότερο από την οικογένεια του με την αύξηση της ηλικίας του (Γιουβανάκης & Σαχπάζογλου, 2007).

3.3 Φροντιστές ηλικίας άνω των 50

Εκτιμάται ότι 6,4 εκατομμύρια άνθρωποι παρέχουν άμισθη φροντίδα στο Ηνωμένο Βασίλειο (Buckner & Yeandle, 2011), 960.000 άτομα ηλικίας άνω των 65 παρέχουν άμισθη φροντίδα για ένα σύντροφο, την οικογένεια ή τους άλλους, αλλά μόνο 93.000 από αυτούς λαμβάνουν κάποια ειδική υπηρεσία υποστήριξης για φροντιστές (Community Care Statistics, 2010). Σχεδόν οι μισοί από τους ενήλικες που αναλαμβάνουν το δύσκολο ρόλο του φροντιστή βρίσκονται λίγο πριν από την ηλικία της συνταξιοδότησης (Hirst, 1990).

Σύμφωνα με μελέτη στην Ελλάδα για τη φροντίδα των εξαρτημένων ατόμων ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων φροντιστών ήταν τα 51,7 χρόνια. Το 50 % των ατόμων αυτών φρόντιζαν κάποιο άτομο από την οικογένεια και λόγω της πολύωρης απασχόλησης πολλά άτομα που εργάζονταν έπρεπε να μειώσουν τις ώρες που εργαζόταν ή να διακόψουν λόγω των αυξημένων καθηκόντων της παροχής φροντίδας με αποτέλεσμα να έχουν επιπτώσεις στην εργασία τους (Τριανταφύλλου και συν., 2006). Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μια άλλη μελέτη σε έξι ευρωπαϊκές χώρες όπου η ηλικία των ατόμων φροντιστών κυμαίνονταν 55 χρόνια με το 75% των ατόμων φροντιστών να είναι γυναίκες και οι ώρες φροντίδας που αφιέρωναν την εβδομάδα έφταναν τις σαρανταέξι (Döhner, Kofahl, Lüdecke & Mnich, 2007).

Τα παραπάνω δεδομένα έρχεται να επιβεβαιώσει και μία άλλη έρευνα κατά την οποία τα άτομα αφιερώνουν αρκετές ώρες την ημέρα δίνοντας πρακτική βοήθεια σε άλλα μέλη της οικογένειας είναι ως επί το πλείστον ηλικίας μεταξύ 55-64 ετών κάτι που μπορεί να συμβαίνει επειδή αυτή η ηλικιακή ομάδα μπορεί να διαθέσει περισσότερο χρόνο (Temple, 2012).

Η κατανομή του φύλου των φροντιστών αλλάζει με την ηλικία, όπως διαπιστώνεται σε μελέτη που έγινε για τους φροντιστές σε 16 χώρες της Ε.Ε όπου τα 2/3 των άτυπων φροντιστών ήταν γυναίκες ηλικίας 50 + (OECD, 2011). Σύμφωνα τους Miller & Mc Fall 1991, οι περιορισμοί όσο αφορά την ικανότητα του φροντιστή να συμμετάσχει σε προσωπικές δραστηριότητες του ατόμου, οι οποίες απορρέουν απ' τις

ευθύνες παροχής της φροντίδας, προβλέπουν μεγαλύτερη καταπόνηση των φροντιστών ιδιαίτερα στους ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας (Miller & Mc Fall, 1991). Έχει διαπιστωθεί ότι όσο αυξάνεται η ηλικία ενός ατόμου, τόσο πιθανότερο είναι να παρουσιάσει χρόνια νοσήματα (CDC, 2003). Έρευνα των Fox, Duggan, & Purcell (2013), διαπίστωσε ότι το 75% των Αμερικανών ενηλίκων ηλικίας 65 ετών και άνω ζουν με μια χρόνια πάθηση όπως υψηλή πίεση αίματος, διαβήτης ή καρδιακή νόσο (Fox, Duggan, & Purcell, 2013). Οι φροντιστές παρουσιάζουν ακόμα υψηλότερο επιπολασμό ψυχικών προβλημάτων υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ για τις οποίες υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. Συνολικά, ο επιπολασμός των ψυχικών προβλημάτων υγείας μεταξύ των φροντιστών είναι 20% υψηλότερος απ' ότι μεταξύ των μη-φροντιστών (CDC, 2003).

Εκτός από τις επιπτώσεις της φροντίδας στην ψυχική υγεία είναι πιθανόν να παρουσιαστούν και σωματικές ενοχλήσεις. Μετά από έρευνα 1.911 φροντιστών ατόμων με διανοητική αναπηρία βρέθηκε ότι οι οικογενειακοί φροντιστές που ξοδεύουν τις περισσότερες ώρες του χρόνου τους φροντίζοντας άτομα που έχουν ανάγκη, ανέφεραν σωματικές ενοχλήσεις (physical symptoms) όπως εξάντληση, πόνο στους βραχίονες και στα πόδια, προβλήματα με την καρδιά και περισσότερα στομαχικά άλγη απ' ότι στο γενικό πληθυσμό (Döhner, Kofahl, Lüdecke & Mnich, 2007). Παρόλα τα προβλήματα όμως που μπορεί να αντιμετωπίζουν οι φροντιστές, σύμφωνα με τους Greenwald & Naiditch (2008), οι φροντιστές οι οποίοι είναι πενήντα ετών δείχνουν περισσότερο πρόθυμοι στο να βοηθήσουν με τα φάρμακα (69% έναντι του 59% των νεότερων φροντιστών) καθώς και με την οργάνωση ή την εποπτεία των εξωτερικών υπηρεσιών (47% έναντι 39%) (Greenwald, & Naiditch, 2008). Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των κύριων φροντιστών είναι ηλικίας άνω των 50 ετών, δείχνει την τεράστια συμβολή των μεσήλικων σε άτομα της τρίτης ηλικίας. (Kamiya, Murphy, Savva & Timonen, 2012).

3.4 Η έννοια της επιβάρυνσης

Ο ρόλος του φροντιστή μπορεί να είναι από τους πιο σημαντικούς ρόλους που μπορεί να αναλάβει κανείς κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής του, ένας ρόλος που συνήθως δεν είναι εύκολος και για τον οποίο κανείς από εμάς δεν είναι προετοιμασμένος εάν δεν είναι επιλογή του (ως επάγγελμα). Συχνά έχει βρεθεί να σχετίζεται με χρηματοοικονομική, σωματική και συναισθηματική επιβάρυνση (Greenwald & Naiditch, 2008; Hirst, 2002).

Η εμπειρία που μπορεί να έχει κάποιος από τη φροντίδα μπορεί να είναι ένα πολυσύνθετο φαινόμενο το οποίο μπορεί να έχει επίδραση σε όλες τις πτυχές της ζωής του φροντιστή συμπεριλαμβανομένων της σωματικής, της συναισθηματικής και ψυχικής του υγείας (Di Novi, Jacobs & Migheli, 2013).

Η φροντίδα που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη σωματική, ψυχολογική, κοινωνικοοικονομική κατάσταση των φροντιστών και η επιβάρυνσή τους συνήθως περιγράφεται με τον όρο «φορτίο των φροντιστών» (Andren & Elmstahl, 2007). Άλλος ένας ορισμός της επιβάρυνσης είναι η παρουσία των προβλημάτων, των δυσκολιών ή ανεπιθύμητων ενεργειών, τα οποία επηρεάζουν τη ζωή των ατόμων που φροντίζουν (Angold et al., 1998).

Οι πιο σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες του φορτίου των φροντιστών είναι οι εξής: η υπερβολική επιβάρυνση του φροντιστή, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η αίσθηση αιχμαλωσίας στο ρόλο αυτό, η αυτοπεποίθησή, τα στοιχεία της προσωπικότητας, ανεπιθύμητα γεγονότα ζωής, η ποιότητα της σχέσης και ο βαθμός συγγένειας με τον ασθενή, η ηλικία και το φύλο του φροντιστή (Βλαχογιάννη και συν., 2011). Συμπληρωματικά, παράγοντες που σχετίζονται με την επιβάρυνση των φροντιστών συμπεριλαμβάνουν την κοινωνικό-δημογραφική κατάσταση του φροντιστή και του αποδέκτη φροντίδας, τη φύση της νόσου του αποδέκτη φροντίδας και το αντιληπτό στρες που προκύπτει από τη φροντίδα (Kim, Chang, Rose & Kim, 2012).

Επομένως η πράξη του να δίνει κανείς φροντίδα μπορεί να έχει ένα τεράστιο τίμημα για την υγεία και την ευημερία των φροντιστών και αντιπροσωπεύει σημαντικό κόστος για τις οικογένειες, καθώς και την κοινωνία. Η οικογενειακή φροντίδα έχει συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, καθώς και με αυξημένη χρήση ψυχοδραστικών φαρμάκων, φτωχότερη αυτοαναφερόμενη υγεία, επιβαρυσμένη ανοσοποιητική λειτουργία και αυξημένη θνησιμότητα (Kiecolt-Glaser & Glaser, 2001; Light & Martin, 1996; Schulz, Brien, Bookwala & Fleissner, 1995; Schulz & Beach, 1999).

Ακόμη, έχει βρεθεί ότι οι στενοί συγγενείς άτομου το οποίο πάσχει από κάποια ασθένεια μπορεί να βιώνουν φτωχότερη ψυχολογική ευεξία, μειωμένη ποιότητα σχέσεων με τον ασθενή, την επιβάρυνση της φροντίδας και μειωμένη σωματική υγεία (Martire, Lustig, Schulz, Helgeson & Miller, 2004). Μάλιστα τα τελευταία χρόνια η πράξη του να δίνει κανείς φροντίδα έχει χαρακτηριστεί ως ένα χρόνια στρεσογόνο παράγοντα που πλαισιώνει τους φροντιστές και τους θέτει σε κίνδυνο γύρω από σωματικά και συναισθηματικά προβλήματα (Di Novi, Jacobs & Migheli, 2013).

Ενώ οι άμισθοι φροντιστές παρέχουν μια πολύτιμη υπηρεσία για την κοινωνία, τα μέλη της οικογένειας ή τους φίλους, υπάρχει μεγάλη ανησυχία σχετικά με την αυξημένη ψυχολογική επιδείνωση της υγείας, την αγωνία και τη συνολική ένταση όπου υφίστανται οι οικογενειακοί φροντιστές. Η απομόνωση και η έλλειψη υποστήριξης μπορεί να αποδειχθεί μια μεγάλη επιβάρυνση και να οδηγήσει σε δυσφορία ή ψυχικά προβλήματα υγείας (OECD, 2011). Δύο συχνές επιπτώσεις που βιώνουν οι φροντιστές, εξαιτίας του ρόλου τους, είναι η κατάθλιψη και το άγχος. Επίσης, είναι πιθανό να νιώθουν αισθήματα ντροπής και απογοήτευσης όταν το άτομο το οποίο φροντίζουν δεν βελτιώνεται στη υγεία του, αλλά και έντονη ανησυχία μήπως δεν παρέχουν ικανοποιητικά τις υπηρεσίες τους. Αυτό το αίσθημα είναι ιδιαίτερα έντονο όταν ο φροντιστής είναι σύζυγος ή σύντροφος (Βλαχογιάννη και συν., 2011).

Ο τρόπος με τον οποίο αισθάνεται την επιβάρυνση ο φροντιστής καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό από την ένταση και την πολυπλοκότητα της φροντίδας. Οικογενειακοί φροντιστές που παρείχαν περίθαλψη εξαιτίας της έλλειψης εναλλακτικών επιλογών ή επειδή ήθελαν να αποτρέψουν την εισαγωγή του ηλικιωμένου γονέα σε έναν οίκο ευγηρίας, ήταν ιδιαίτερα πιθανό να βιώσουν την παροχή φροντίδας ως «επιβάρυνση» (Glendinning et al, 2009).

Επίσης, η διάρκεια, το μέγεθος και η ένταση των καθηκόντων της φροντίδας σχετίζονται με αναφερόμενες πιέσεις και επιβαρύνσεις. Παράλληλα, υπάρχει αντίκτυπος και στον προσωπικό χρόνο, όσο αφορά τους φροντιστές των ατόμων με άνοια, αφού χρειάζεται να εγκαταλείψουν ευχάριστες δραστηριότητες και να μειώσουν το χρόνο που περνούν με τα μέλη της οικογένειας (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999). Στην Ολλανδία, το 2001, μόλις 8% των φροντιστών επιβαρύνονται, σύμφωνα με τα Ολλανδικά κριτήρια). Οι φροντιστές ανέφεραν ότι υπήρχε επιβάρυνση στη σωματική και ψυχική τους υγεία, λόγω των καθηκόντων τους απέναντι στο εξαρτημένο άτομο. Το αίσθημα της επιβάρυνσης αυξήθηκε περισσότερο, όταν οι φροντιστές έπρεπε μακροχρόνια, να αφιερώνουν περισσότερο χρόνο από τον προβλεπόμενο και όταν ο φροντιστής ήταν το μόνο πρόσωπο που εμπλεκόταν στην φροντίδα του εξαρτημένου ατόμου. (Glendinning et al., 2009).

4. Η ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Είναι σαφές ότι η ηλικία εξακολουθεί να αποτελεί σημαντικό παράγοντα της χρήσης υπηρεσιών υγείας. Γενικά οι άνθρωποι που βρίσκονται στην ηλικία των 60 ετών και συνήθως ζουν σε δικά τους σπίτια χρησιμοποιούν παρόμοια πρότυπα χρήσης υπηρεσιών με εκείνους που είναι 50 ετών (McNamara, Normand & Whelan, 2013).

Έχει βρεθεί ότι οι φροντιστές είναι λιγότερο πιθανό να ακολουθήσουν προληπτικούς ελέγχους για την υγεία τους από εκείνους που δεν παρέχουν φροντίδα (Patterson & Grant, 2003). Ο πιο συχνός λόγος ο οποίος επηρεάζει τους φροντιστές να κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι η ανάγκη των αποδεκτών για περισσότερη προσοχή από αυτήν που μπορεί ή οφείλει να δώσει η οικογένεια (Percy & Blitzer, 1999). Ιδιαίτερα τα άτομα τα οποία φροντίζουν ασθενείς με άνοια παρουσιάζουν μειωμένη ικανότητα αυτοφροντίδας, παραμέληση του εαυτού τους με συνέπεια να επισκέπτονται τους γιατρούς κατά 50% περισσότερο, να παίρνουν περισσότερα φάρμακα παρά τα άτομα της ίδιας ηλικίας που δεν φροντίζουν ασθενείς, έχουν αισθήματα αδυναμίας, ανημποριάς, ενοχής και κοινωνικής απομόνωσης (Donaldson, Tarrier & Burns, 1998). Το ίδιο υποστήριξε και ο Houde (1998), μετά από έρευνα κατέληξε στο συμπέρασμα ότι όταν οι φροντιστές δεν έχουν τον επαρκή χρόνο για τον εαυτό τους, λόγω της πολύωρης παρεχόμενης φροντίδας, είναι πιο πιθανόν να προσφύγουν σε υπηρεσίες υγείας (Houde, 1998).

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται επίσης και από τα χαρακτηριστικά υγείας του κάθε φροντιστή. Η σωματική υγεία των φροντιστών πιθανόν σχετίζεται με τη χρήση υπηρεσιών υγείας αφού σύμφωνα με τις Gill, Hinrichsen & DiGuiseppe, (1998), οι φροντιστές που έχουν περισσότερα προβλήματα υγείας είναι πιο πιθανό να κάνουν χρήση των υπηρεσιών κατ' οίκον για προσωπική φροντίδα και συνεχή επίβλεψη από εκείνους που δεν είχαν προβλήματα υγείας (Gill, Hinrichsen & DiGuiseppe, 1998; Bookwalla et al., 2004).

Ο ρόλος της συναισθηματικής κατάστασης μπορεί να είναι βασικό στοιχείο στην επιρροή χρήσης των υπηρεσιών αυτών. Γενικά οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας με κατάθλιψη, κάνουν πιο εκτεταμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας από αυτούς χωρίς κατάθλιψη που έχουν την ίδια φυσική κατάσταση (Callahan, Hui, Nienaber, Musick & Tierney, 1994). Το επίπεδο συμπτωμάτων της κατάθλιψης του φροντιστή, σχετίζεται άμεσα με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αφού η πνευματική υγεία του φροντιστή μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για χρήση των υπηρεσιών (Bookwala et al., 2004).

Η κατ' οίκον εντατική φροντίδα λόγω της πολύωρης ενασχόλησης που απαιτεί, έχει συνήθως ως αποτέλεσμα, οι φροντιστές που την ασκούν να έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναζητήσουν ομάδες εξωτερικής υποστήριξης (Scharlach, Chun-Chung Chow & Lehning, 2008). Η ψυχική υγεία του φροντιστή μπορεί να είναι ένας σημαντικός παράγοντας κινδύνου για την αυξημένη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης για τη χρήση υπηρεσιών υγείας από τους φροντιστές των Bookwala et al., (2004), έδειξαν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα του φροντιστή συμβάλλουν σημαντικά στη διακύμανση της επίσημης χρήσης των υπηρεσιών υγείας, οι ασθενείς δηλαδή με μεγαλύτερη συμπτωματολογία κατάθλιψης συνδέθηκαν με τη χρήση περισσότερων υπηρεσιών (Bookwala et al, 2004).

Η χρήση των υπηρεσιών υγείας μεταξύ των φροντιστών μπορεί να διαφέρει σε συχνότητα, δηλαδή κατά πόσο χρησιμοποιούνται από τον κάθε φροντιστή, καθώς και στα είδη υπηρεσιών υγείας που χρησιμοποιεί ο φροντιστής. Οι ηλικιωμένοι στη Ιρλανδία τείνουν να χρησιμοποιούν περισσότερο τις κοινοτικές νοσηλευτικές υπηρεσίες, ιδιαίτερα εκείνοι οι οποίοι είναι 80 ετών και άνω. Η κατάσταση διαβίωσης μπορεί να επηρεάσει τη χρήση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (McNamara, Normand & Whelan, 2013). Επιπλέον, με βάση το μεγαλύτερο βάρος της φροντίδας, εκείνοι που φροντίζουν άτομα με άνοια, χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες επίσημης φροντίδας υγείας απ' ό,τι εκείνοι οι οποίοι φροντίζουν άτομα χωρίς αυτή τη διαταραχή (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt, & Schulz, 1999).

Πολλοί φροντιστές των Βετεράνων δεν χρησιμοποιούν προληπτικές υπηρεσίες υγείας αφού τα δύο τρίτα αυτών ξοδεύουν λιγότερο χρόνο για άσκηση και το 58 % αυτών καθυστερούν ή παραλείπουν το ραντεβού με τον παθολόγο τους ή τον οδοντίατρο (Greenwald & Naiditch, 2010). Επίσης, αποτελέσματα της έρευνας των Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt & Schulz (1999), έδειξαν ότι οι φροντιστές των ανοϊκών ασθενών είναι πιο πιθανόν να επηρεάζονται από τη φροντίδα και να χρησιμοποιούν περισσότερες επίσημες υπηρεσίες υγείας (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt & Schulz, 1999).

5. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

5.1 ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Έπειτα από ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας γίνεται φανερό πως οι φροντιστές επηρεάζονται σωματικά και ψυχο-συναισθηματικά από το βάρος της φροντίδας (Winter et al., 2005; Angold et al, 1998; Schlulz & Martire, 2004; Fagin, 2001; Golgberg & Rickler, 2011). Επιπλέον, ο ρόλος του φροντιστή είναι πιθανό να επηρεάσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας αυτού για διάφορους λόγους που μπορεί να σχετίζονται με τη φροντίδα και αυτό να έχει αρνητικές επιπτώσεις στην υγεία του (Piercy & Bliezner, 1999; Houde, 1998; Gill, Hiourichsen & DiGuseppe, 1998; Greenwald & Naidich, 2010). Η παρούσα έρευνα έρχεται να προσθέσει μια νέα διάσταση εκτιμώντας τα συμπτώματα που έχουν εμφανίσει τα άτομα φροντιστές ηλικίας άνω των πενήντα, που ζουν στην Ελλάδα, στη διάρκεια των τελευταίων δώδεκα μηνών από τα οποία είναι πιθανόν να έχει επηρεαστεί η σωματική αλλά και η ψυχική τους υγεία. Επίσης γίνεται εκτίμηση και για τη χρήση των υπηρεσιών υγείας των ατόμων αυτών, αφού οι έρευνες που αφορούν φροντιστές στην Ελλάδα είναι περιορισμένες (Βλαχογιάννη et al, 2011; Triantafillou et al, 2006).

Από τα παραπάνω εμφανίζεται η αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης ώστε να αναδειχθεί το πώς επηρεάζεται η ψυχική, η σωματική υγεία και η χρήση των υπηρεσιών υγείας των φροντιστών μεγαλύτερης ηλικίας στην Ελλάδα.

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί να συνεισφέρει :

- Στην κατανόηση της σχέσης της σωματικής και ψυχικής κατάστασης υγείας των ατόμων ηλικίας 50 και άνω με την παροχή φροντίδας και τη χρήση υπηρεσιών υγείας.
- Στην ανάδειξη των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και ψυχική υγεία των ατόμων που λαμβάνουν και παρέχουν φροντίδα στην Ελλάδα.
- Στον εμπλουτισμό της περιορισμένης ελληνικής επιστημονικής βιβλιογραφίας για τη σχέση ανάμεσα στην Παροχή / Λήψη Φροντίδας υγείας , τη σωματική/ ψυχική υγεία αλλά και τη χρήση υπηρεσιών υγείας από άτομα που φροντίζουν.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να διαπιστωθεί η σχέση της σωματικής/ ψυχικής υγείας με την παροχή φροντίδας από τα άτομα ηλικίας 50 και άνω, καθώς και η χρήση υπηρεσιών υγείας.

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΥΠΟΘΕΣΗ

- A. Ποιά είναι τα δημογραφικά στοιχεία των ατόμων που φροντίζουν στην Ελλάδα
- B. Ποιά είναι η κατάσταση σωματικής υγείας των φροντιστών 50 + στην Ελλάδα
- Γ. Ποιά είναι η κατάσταση ψυχικής υγείας των φροντιστών 50 + στην Ελλάδα
- Δ. Ποιά είναι η χρήση υπηρεσιών υγείας των φροντιστών
- E. Σχετίζεται η σωματική και ψυχική κατάσταση υγείας των ατόμων φροντιστών με τη φροντίδα που παρέχουν
- ΣΤ. Σχετίζεται η παροχή φροντίδας με τη χρήση υπηρεσιών υγείας των φροντιστών

Η ερευνητική υπόθεση που προέκυψε από την παραπάνω ανάλυση αφορά ότι η παροχή φροντίδας επηρεάζει τη σωματική αλλά και την ψυχική υγεία των ατόμων ηλικίας πενήντα και άνω καθώς επίσης και την χρήση υπηρεσιών υγείας από τους ίδιους.

6. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

6.1 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Το SHARE (Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση, και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη), είναι μία διεπιστημονική, διακρατική/διαπολιτισμική μελέτη με συγκέντρωση δεδομένων για την υγεία, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση και τα οικογενειακά δίκτυα, η οποία παρέχει μοναδική πηγή πληροφόρησης για την υγεία περίπου 30.000 Ευρωπαίων ηλικίας 50+ ετών (Borsch-Supan & Brugiavini, 2005; Borsch-Supan et al. 2005). Αποτελεί πηγή άντλησης των δεδομένων της παρούσας εργασίας καθώς επιλέχθηκε από αυτή το ελληνικό δείγμα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε έντεκα χώρες, οι οποίες περιλαμβάνουν τη Σκανδιναβία (Σουηδία και Δανία) τη Δυτική και Κεντρική Ευρώπη (Γαλλία, Βέλγιο, Ολλανδία, Γερμανία, Ελβετία, Αυστρία) και τη Μεσόγειο (Ισπανία, Ιταλία, Ελλάδα), κατά το πρώτο κύμα συλλογής δεδομένων Share 2004 (Wave 1- Release 2.3.0).

Στη συνέχεια προστέθηκαν δεδομένα και από το Ισραήλ κατά το διάστημα 2005-6.

Δύο «νέα» μέλη από την ΕΕ η Τσεχία και η Πολωνία, όπως και η Ιρλανδία εισήλθαν στη SHARE το 2006 και συμμετείχαν στο δεύτερο κύμα συλλογής δεδομένων 2006-07. Η SHARELIFE, το τρίτο κύμα της έρευνας SHARE, συλλέγει λεπτομερή δεδομένα και πληροφορίες σχετικά με τις “διαδρομές ζωής” σε δεκατέσσερις χώρες το 2008-2009.

Η έρευνα SHARE έχει προγραμματιστεί να συμπεριλάβει όλα τα Κράτη-Μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η Φιλανδία, Ουγγαρία, Πορτογαλία και Σλοβενία συμμετέχουν στο τέταρτο κύμα της έρευνας (2010-2011). Η SHARE έχει εναρμονιστεί με αντίστοιχες μελέτες, οι οποίες λαμβάνουν χώρα στην Αγγλία (η Αγγλική Μακροσκοπική Μελέτη της Γήρανσης-ELSA) και τις Ηνωμένες Πολιτείες (η Έρευνα για την Υγεία και τη Συνταξιοδότηση). Έρευνες στην Ιαπωνία, την Κορέα, την Κίνα και την Ινδία ακολουθούν το πρότυπο της έρευνας SHARE.

Η επιστημονική ισχύς της SHARE βασίζεται στον σχεδιασμό της ο οποίος, διαμέσου της συμμετοχής στην έρευνα του επιλεγμένου δείγματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα, είναι σε θέση να συλλάβει το δυναμικό χαρακτήρα της διαδικασίας της γήρανσης. Η διεπιστημονική προσέγγιση της SHARE μπορεί και αποδίδει την πλήρη εικόνα της διαδικασίας της γήρανσης.

Η τήρηση αυστηρών διαδικαστικών οδηγιών και προγραμμάτων διασφαλίζουν την εναρμόνιση του σχεδιασμού της έρευνας σε κάθε χώρα με αποτέλεσμα την πλήρη συγκρισιμότητα των στοιχείων ήδη από τη διάρκεια της διεξαγωγής της (Ελληνική Ερευνητική Ομάδα SHARE).

Ο συντονισμός της SHARE γίνεται κεντρικά στο Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), όπου σημαντικές κεντρικές αρμοδιότητες λαμβάνουν χώρα στην Ιταλία και είναι δε εναρμονισμένη με παράλληλες ερευνητικές δράσεις όπως η Έρευνα για την Υγεία και τη Συνταξιοδότηση στις ΗΠΑ, U.S. Health and Retirement Study (HRS), και η Αγγλική Μακροσκοπική Έρευνα της Γήρανσης, English Longitudinal Study of Ageing (ELSA).

Η επιστημονική ισχύς της SHARE βασίζεται στον πάνελ σχεδιασμό της ο οποίος, διαμέσου της συμμετοχής στην έρευνα του επιλεγμένου δείγματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα, είναι σε θέση να συλλάβει το δυναμικό χαρακτήρα της διαδικασίας της γήρανσης. Η διεπιστημονική προσέγγιση της SHARE μπορεί και αποδίδει την πλήρη εικόνα της διαδικασίας της γήρανσης. Η τήρηση αυστηρών διαδικαστικών οδηγιών και προγραμμάτων διασφαλίζουν την ex-ante εναρμόνιση του σχεδιασμού της έρευνας σε κάθε χώρα με αποτέλεσμα την πλήρη συγκρισιμότητα των στοιχείων ήδη από τη διάρκεια της διεξαγωγής της.

Συγκεκριμένα, για την εργασία αυτή χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία της μελέτης Share 2004, Wave 1, Release 2.3.0.

6.2 Πληθυσμός Μελέτης - Δείγμα

Για το σκοπό της παρούσας εργασίας πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 50 τα οποία ζουν στην Ελλάδα. Το συνολικό δείγμα της Ελλάδας στη μελέτη για άτομα 50 + ετών είναι 2669. Από άτομα αυτά, δεδομένα για $n= 1932$ χρησιμοποιούνται για την παρούσα εργασία καθώς ο συνδυασμός των ερωτήσεων / απαντήσεων του CAPI περιορίζει το αρχικό μέγεθος του δείγματος.

6.3 Ερευνητικό Εργαλείο

Το κύριο ερευνητικό εργαλείο στο οποίο βασίστηκε η Έρευνα για την Υγεία, τη Γήρανση και την Συνταξιοδότηση (SHARE) στην Ευρώπη, ήταν το ερωτηματολόγιο (CAPI) που διαμορφώθηκε σε ηλεκτρονική μορφή προκειμένου να επιτρέπει την εφαρμογή προσωπικών συνεντεύξεων, με καθένα από τα άτομα του δείγματος που έχουν επιλεγεί.

6.4 Συλλογή Δεδομένων

Η κύρια συλλογή δεδομένων πραγματοποιήθηκε είτε βάσει τυχαίας επιλογής από το μητρώο ατόμων, είτε βάσει τυχαίας επιλογής των νοικοκυριών από τους διαθέσιμους τηλεφωνικούς καταλόγους, με σκοπό να είναι εφικτή η άντληση αντιπροσωπευτικών δειγμάτων στις χώρες –μέλη. Για τον ελληνικό πληθυσμό την συλλογή δεδομένων πραγματοποίησε η εταιρεία Kappa Research.

Τα στοιχεία της έρευνας προέρχονται από το γενικό ερωτηματολόγιο CAPI το οποίο αφορά αρκετές ενότητες κάποιες από τις οποίες σχετίζονται με τη σωματική και ψυχική υγεία και τη χρήση υπηρεσιών υγείας καθώς επίσης και τις ερωτήσεις για τη συμπτωματολογία της κατάθλιψης σύμφωνα με την κλίμακα Euro-D. Σε συγκεκριμένες ενότητες υπήρχαν κάρτες αναφοράς οι οποίες παρουσιάζονταν στους ερωτώμενους για την ενίσχυση της εγκυρότητας της διαδικασίας. Τα missing values της παρούσας έρευνας είναι μικρότερα του 5%.

6.5 ΜΕΤΑΒΛΗΤΕΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Στα δημογραφικά χαρακτηριστικά συμπεριλήφθησαν οι τιμές: φύλο (άνδρες και γυναίκες), ηλικία η οποία χωρίστηκε σε τέσσερις κατηγορίες ανά δεκαετία (50-59, 60-69, 70-79, 80+), καθώς και ο αριθμός παιδιών σε τρεις κατηγορίες (κανένα, 1-2, 3+). Η εκπαίδευση χωρισμένη σε τέσσερις βαθμίδες σύμφωνα με τα χρόνια εκπαίδευσης (χωρίς εκπαίδευση, 1-7, 8-12, 13+) και η διαβίωση (μόνος/η, με σύζυγο/ σύντροφο) προσδιόριζε το κοινωνικό επίπεδο των ατόμων ηλικίας 50+.

Σωματική Υγεία

Για την εκτίμηση της σωματικής υγείας συμπεριλήφθησαν οι εξής μεταβλητές:

- α) αριθμός χρόνιων νοσημάτων σε βαθμίδες (κανένα, 1, 2 +)
- β) αριθμός συμπτωμάτων σε βαθμίδες (κανένα, 1, 2 +)
- γ) δείκτης Katz δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής ο οποίος προσδιόριζε τη λειτουργικότητα των ατόμων (πλήρης λειτουργικότητα, μέτρια, σοβαρή δυσλειτουργικότητα)
- δ) αυτοαναφερόμενη υγεία, υποκειμενική αντίληψη της υγείας σύμφωνα με την κλίμακα ΠΟΥ (καλή ή πολύ καλή, μέτρια, κακή η πολύ κακή).

Πιο συγκεκριμένα τα χρόνια νοσήματα περιλαμβάνουν τις εξής κατηγορίες:

1. Έμφραγμα : Καρδιακή προσβολή, Θρόμβωση στεφανιαίων ή άλλη καρδιακή νόσος, όπως Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια
2. Υψηλή (αρτηριακή) πίεση αίματος ή Υπέρταση
3. Υψηλά επίπεδα χοληστερόλης αίματος
4. Εγκεφαλικό επεισόδιο ή άλλη νόσος των αγγείων του εγκεφάλου
5. Σακχαρώδης διαβήτης
6. Χρόνια πνευμονική νόσος, χρόνια βρογχίτιδα, ή εμφύσημα
7. Άσθμα
8. Αρθρίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της οστεοαρθρίτιδας) ή «ρευματικά»
9. Οστεοπόρωση

10. Καρκίνος ή νεόπλασμα, συμπεριλαμβανομένης της λευχαιμίας και του λεμφώματος αλλά εξαιρώντας «μικρά» νεοπλασμάτα δέρματος
11. Έλκος στομάχου ή δωδεκαδακτύλου ή πεπτικό έλκος
12. Νόσος του Πάρκινσον
13. Καταρράκτης
14. Κάταγμα ισχίου ή μηρού.
96. Καμία
97. Άλλη ή άλλες ασθένειες που δεν αναφέρθηκαν

Τα συμπτώματα υγείας αφορούν στα εξής:

1. Πόνος στην πλάτη, τα γόνατα, τα ισχία ή σε οποιαδήποτε άλλη άρθρωση
2. Καρδιακό πρόβλημα ή στηθάγχη, πόνος στο στήθος κατά τη διάρκεια της άσκησης
3. Δύσπνοια, δυσκολία στην αναπνοή
4. Επίμονος βήχας
5. Πρησμένα πόδια
6. Προβλήματα ύπνου
7. Πτώσεις ή πεσίματα
8. Φόβος για πτώσεις
9. Ζάλη, αδυναμία ή σκοτοδίνη
10. Προβλήματα στομάχου ή εντέρου, συμπεριλαμβανομένων της δυσκοιλιότητας, του μετεωρισμού και της διάρροιας
11. Ακράτεια ούρων ή ακούσια απώλεια ούρων
96. Κανένα
97. Άλλα συμπτώματα που δεν έχουν ακόμη αναφερθεί.

Δείκτης Katz

Ο δείκτης Katz χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της λειτουργικής κατάστασης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με ερωτήσεις που αφορούν τη δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Συγκεκριμένα εκτιμάται η επάρκεια της απόδοσης τους σε έξι λειτουργίες όπως: μπάνιο, ντύσιμο, τουαλέτα, εγκράτεια και σίτιση (Wallace & Shelkey, 2008).

Βαθμολογούνται σύμφωνα με την εξάρτηση ή μη εξάρτηση τους σε συγκεκριμένα θέματα καθημερινής φροντίδας και ο δείκτης αυτός θεωρείται ότι έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία για ανθρώπους που πάσχουν από νοσήματα (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001).

Αυτοαναφερόμενη Υγεία

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να βαθμολογήσουν την υγεία τους σύμφωνα με την έκδοση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή, ή πολύ κακή) για την αυτοαναφερόμενη υγεία (Jurges, Avendano, & Machenbach, 2008).

Ψυχική Υγεία

Η ψυχική υγεία των φροντιστών εκτιμήθηκε με την κλίμακα συμπτωματολογίας κατάθλιψης Euro-D, η οποία χωρίζεται σε δύο βαθμίδες: 1) 0-3 και 2) 4 + αναφορά συμπτωμάτων. Η κλίμακα αυτή έχει αναπτυχθεί και συντονιστεί από το Συντονισμένο Πρόγραμμα Δράσης EURODEP (Gurland, Copeland, Sharpe & Kelleher, 1976).

Η κλίμακα περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις (Όχι / Ναι) που αφορούν την καταθλιπτική διάθεση, την απαισιοδοξία, την επιθυμία θανάτου (αυτοκτονικότητα), την ενοχή, τον ύπνο, το ενδιαφέρον, την ευερεθιστότητα, την όρεξη, την κόπωση, τη συγκέντρωση, την απόλαυση, και την ευσυγκινησία (Prince et al, 1999). Η ύπαρξη θετικών απαντήσεων υποδηλώνει την παρουσία συμπτώματος.

Η βαθμολόγηση της κλίμακας Euro-D ορίζεται από την απουσία (τιμή 0) και την παρουσία (τιμή 1) των συμπτωμάτων προσδίδοντας έτσι τη συνολική βαθμολόγηση 0 έως 12. Βαθμολογία ≥ 4 θεωρείται ως έντονη καταθλιπτική συμπτωματολογία (Ploubidis & Grundy, 2009).

6.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η ανάλυση των δεδομένων της μελέτης έγινε με το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0. Αρχικά έγινε υπολογισμός κατανομών συχνοτήτων των χαρακτηριστικών των 1932 συμμετεχόντων στη μελέτη ηλικίας 50+ ετών. Οι εκτιμήσεις κατανομών συχνοτήτων ή μέσω των επιπέδων μετρήσεων όπως της κλίμακας Euro D σε παραμέτρους της σωματικής/ψυχικής υγείας έγιναν με σταθμίσεις (weights) από την επιλογή συμμετεχόντων μέσω σύνθετων δειγμάτων (complex samples) και οι οποίες αντιστοιχούν το επιλεγμένο δείγμα σε πληθυσμό 2.717.809 ατόμων ηλικίας 50+ ετών. Επιπλέον, για τα χαρακτηριστικά και τις παραμέτρους σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας έγιναν οι εκτιμήσεις ως προς τις τρεις ομάδες φροντίδας των σχετικών συχνοτήτων και των 95% διαστημάτων εμπιστοσύνης μέσω της τεχνικής bootstrap.

Μέσω της ανάλυσης πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης υπολογίστηκαν οι δείκτες συμπληρωματικών πιθανοτήτων Odds Ratio, των ατόμων που έλαβαν φροντίδα και εκείνων που παρείχαν ή/και έλαβαν φροντίδα, σε σχέση με εκείνα τα άτομα που δεν είχαν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας υγείας, στα διάφορα επίπεδα των παραμέτρων σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας. Ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το επίπεδο διαβίωσης και ο αριθμός παιδιών.

Με την ίδια ανάλυση, για τα άτομα που παρείχαν ή/και έλαβαν φροντίδα σε σχέση με εκείνα τα άτομα που δεν είχαν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας υγείας, έγινε εκτίμηση των Odds Ratio (OR) για την εμφάνιση σε οποιοδήποτε βαθμό παραμέτρων σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας, έναντι ατόμων που δεν εμφανίζουν. Η εμφάνιση αφορούσε άτομα με τουλάχιστον ένα νόσημα, σύμπτωμα, μέτρια ή σοβαρή δυσλειτουργία, συμπτωματολογία κατάθλιψης, μέτρια ή κακή υγεία, επίσκεψη τουλάχιστον μία φορά σε γιατρό ή νοσηλεία σε νοσοκομείο, έναντι των υπολοίπων που δεν εμφάνισαν.

7. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά.

Το μέγεθος του δείγματος της μελέτης ανέρχεται στα 1932 άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω τα οποία διαμένουν στην Ελλάδα. Όπως παρατηρείται στον **πίνακα 7.1** όσον αφορά το φύλο το 45,3% των συμμετεχόντων είναι άνδρες και το 54,7% είναι γυναίκες. Ως προς την ηλικία παρατηρείται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) ανήκει στην μικρότερη ηλικιακή δηλαδή 50- 59 ετών, ενώ το μικρότερο ποσοστό (13%) ανήκει στην μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα (80 + ετών).

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των περισσότερων συμμετεχόντων διαφαίνεται χαμηλό, συγκεκριμένα ποσοστό 42,7% με απολυτήριο δημοτικού. Απόφοιτοι γυμνασίου-λυκείου σε ποσοστό 30,8%, ενώ το 16% με ανώτατη εκπαίδευση. Επίσης, ένα ποσοστό 10,4% δεν έχει καμία εκπαίδευση.

Αναφορικά με την διαβίωση, το 55,2% ζουν μαζί με σύζυγο/σύντροφο. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (65,9%) έχει 1- 2 παιδιά, ποσοστό 20,2% έχουν είναι τρίτεκνοι ή πολύτεκνοι και ένα σημαντικό ποσοστό 13,8 % είναι άτεκνοι.

Σωματική και Ψυχική Υγεία.

Για την εκτίμηση της σωματικής υγείας των 1932 συμμετεχόντων ηλικίας 50 και άνω, οι δείκτες υγείας που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ο αριθμός των χρόνιων νοσημάτων, ο αριθμός των συμπτωμάτων υγείας, οι περιορισμοί της λειτουργικότητας σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (δείκτης katz), και η υποκειμενική αντίληψη υγείας (αυτοαναφερόμενη υγεία). Για την εκτίμηση της ψυχικής υγείας όπως προαναφέρθηκε, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα καταθλιπτικών συμπτωμάτων Euro- D (**Πίνακας 7.2.**).

Ένα μεγάλο ποσοστό των συμμετεχόντων (43,3%) αναφέρουν την ύπαρξη δύο ή και περισσότερων χρόνιων νοσημάτων, το 30 % αναφέρει την ύπαρξη ενός χρόνιου νοσήματος, ενώ το 33,2% δεν αναφέρει κανένα χρόνιο νόσημα. Σε ό,τι αφορά τα συμπτώματα υγείας, το 30,6% εμφάνισε ένα σύμπτωμα υγείας, ένα υψηλό ποσοστό (36,2%), εμφάνισε 2 ή και περισσότερα συμπτώματα υγείας και ένα εξίσου υψηλό ποσοστό (33,2) δεν εμφάνισε κανένα σύμπτωμα.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος δεν εμφάνισε κανένα περιορισμό στη λειτουργικότητα των καθημερινών δραστηριοτήτων (94 %), ένα ποσοστό της τάξεως του 4% δήλωσε μέτρια λειτουργικότητα, ενώ μόνο το 2 % ανέφεραν σοβαρή δυσλειτουργικότητα. Σχετικά με την υποκειμενική αντίληψη υγείας το υψηλότερο ποσοστό των συμμετεχόντων (60,4%) χαρακτήρισε την υγεία του ως καλή ή πολύ καλή, ως μέτρια δήλωσε το 31 %, χαμηλότερο είναι το ποσοστό εκείνων που δήλωσαν κακή ή πολύ κακή την υγεία τους (8,6 %).

Ως προς τη συμπτωματολογία κατάθλιψης, όπως φαίνεται στον πίνακα αυξημένη συμπτωματολογία της κατάθλιψης παρουσιάζει το 26,4% με 4 ή και περισσότερα συμπτώματα, ενώ το 73,6 % ανέφερε 0 -3 συμπτώματα.

Συχνότητα χρήσης υπηρεσιών υγείας

Στον **πίνακα 7.3** αρκετά υψηλή φαίνεται να είναι η επισκεψιμότητα σε γιατρό του ποσοστού του δείγματος του πληθυσμού μελέτης τους τελευταίους δώδεκα μήνες με 2 ή και περισσότερες επισκέψεις (70,8 %), από μία επίσκεψη ανέφερε το 8,6 % και ποσοστό 20 % δεν επισκέφθηκε καμία φορά το γιατρό τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Η πλειοψηφία του δείγματος (91,4%), δεν είχε καμία νοσηλεία στο νοσοκομείο τους τελευταίους δώδεκα μήνες, το 6,5% νοσηλεύθηκε μία φορά και μόνο το 2,1 % από δύο ή και παραπάνω φορές.

Φροντίδα υγείας και χαρακτηριστικά των φροντιστών της μελέτης

Από το συνολικό αριθμό του δείγματος της μελέτης (1932 άτομα), το 59,1% δεν παρείχε ή δεν έλαβε καμία φροντίδα υγείας, 20,1% μόνο έλαβε και το 20,8% παρείχε ή/ και έλαβε φροντίδα υγείας (**πίνακας 7.4**).

Ως προς το φύλο, οι γυναίκες έλαβαν ή/ και παρείχαν φροντίδα σε ποσοστό 22,2% σε σχέση με το ποσοστό των ανδρών 19% ($p>0,05$), ενώ δεν είχε καμία παροχή ή λήψη μεγάλο ποσοστό των ανδρών (66,5%). Η πλειοψηφία των ατόμων από αυτούς που πήραν ή έδωσαν φροντίδα ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα 50 – 59 με ποσοστό 29,8 %, ωστόσο το 60 % των ατόμων που αποκλειστικά έλαβαν φροντίδα ανήκε στην ηλικιακή ομάδα των υπερήλικων 80 ετών και άνω.

Όπως παρατηρείται από τον **πίνακα 7.4** οι περισσότεροι ηλικίας 50 και άνω είναι απόφοιτοι δημοτικού με ποσοστό 42,7% έναντι του 10,4% οι οποίοι είναι ανεκπαιδευτοι. Ακόμη ποσοστό της εξίσου σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 30,8% είναι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και μόνο το 16% είναι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Από τους συμμετέχοντες οι οποίοι διαβιώνουν μόνοι το 46,7% δεν είχαν λήψη ή παροχή φροντίδας, το 34,3% μόνο έλαβαν φροντίδα υγείας, ποσοστό 69,3% ατόμων οι οποίοι ζουν με σύζυγο ή σύντροφο δεν έκαναν καμία χρήση φροντίδας υγείας και το 22% των ατόμων αυτών παρείχαν φροντίδα υγείας. Όπως επίσης διαφαίνεται στον **πίνακα 7.4**, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 25,5% εκείνων με 3+ παιδιά παρείχαν φροντίδα έναντι 13,6% εκείνων με κανένα παιδί ($p<0,05$).

Συσχέτιση Παροχής/ Λήψης Φροντίδας με δείκτες σωματικής/ ψυχικής υγείας και χρήση υπηρεσιών υγείας

Η εκτίμηση των ποσοστών αφορά την Παροχή/Λήψη Φροντίδας, και ως προς αυτή κατανέμονται νοσήματα, συμπτώματα, δείκτης λειτουργικότητας, κλίμακα αυτοαναφερόμενης καθώς επίσης και οι δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας του τελευταίους δώδεκα μήνες (**πίνακας 7.5**).

Σημαντικά μικρότερο φαίνεται να είναι το ποσοστό των ατόμων με 2+ χρόνια νοσήματα και παρείχαν φροντίδα έναντι των ατόμων που είχαν μόνο λήψη φροντίδας (39,4% έναντι 64,8%, $p<0,05$).

Σε ότι αφορά τον αριθμό των συμπτωμάτων που παρουσίασαν τους τελευταίους δώδεκα μήνες όσοι παρείχαν φροντίδα σε κάποιον, ήταν ένα σε ποσοστό 34,2% , από δύο συμπτώματα και άνω είχαν σε ποσοστό 32,2%. Πλήρης λειτουργικότητα σύμφωνα με τον δείκτη Katz έχουν όσοι παρέχουν ή λαμβάνουν φροντίδα σε ποσοστό 97,7% έναντι εκείνων με Λήψη οι οποίοι είχαν μέτρια λειτουργικότητα δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής σε ποσοστό 9 %. Ενώ οι περισσότεροι από αυτούς οι οποίοι παρέχουν ή λαμβάνουν φροντίδα έχουν από κανένα έως τρία συμπτώματα κατάθλιψης (71,9 %), σημαντικό είναι το ποσοστό των ίδιων ατόμων οι οποίοι έχουν από 4 ή και περισσότερα συμπτώματα κατάθλιψης (28,1%). Ακόμη παραπάνω συμπτώματα κατάθλιψης εμφανίζουν οι λήπτες φροντίδας σε ποσοστό 41,9 %.

Υψηλό είναι το ποσοστό (69,9 %) των ατόμων που κρίνουν την υγεία τους ως «καλή» ή «πολύ καλή» ενώ έχουν δώσει ή λάβει φροντίδα τους τελευταίους δώδεκα μήνες. Όσον αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας υψηλότερο είναι το ποσοστό (71,2 %) των ατόμων φροντιστών που έχουν επισκεφθεί γιατρό τον τελευταίο χρόνο από δύο ή και περισσότερες φορές.

Επίπεδα δεικτών σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης Υπηρεσιών Υγείας των φροντιστών της μελέτης.

Στον **πίνακα 7.6** παρουσιάζονται οι δείκτες odds ratio της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας των 1932 συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς την Παροχή/ Λήψη Φροντίδας υγείας. Στην ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης, ως αναφορά κατηγορίας ορίστηκε η κατηγορία των ατόμων με καμία «Παροχή ή Λήψη» και ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το επίπεδο διαβίωσης και ο αριθμός παιδιών.

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι είχαν περισσότερα από δύο χρόνια νοσήματα ήταν περισσότερο πιθανό να έλαβαν φροντίδα υγείας σε σχέση με όσους παρείχαν με odds ratio 2,09 έναντι 1,76 (95% ΔΕ). Οι λήπτες φροντίδας είχαν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης δύο ή και περισσότερων συμπτωμάτων ασθένειας (OR=2,09, $p<0.05$), καθώς και εμφάνισης συμπτωματολογίας κατάθλιψης (OR=1,74, $p<0.05$).

Σχετικά με τα συμπτώματα γίνεται φανερό ότι όσοι έχουν περισσότερα από δύο συμπτώματα υγείας είναι πιο πιθανό να έλαβαν φροντίδα (OR=2,35, 95%ΔΕ:1,64-3,38). Οι συμμετέχοντες οι οποίοι έκαναν μόνο λήψη φροντίδας είχαν στατιστικά περισσότερες πιθανότητες με OR 7,15 να είχαν σοβαρή δυσλειτουργικότητα σύμφωνα με τον δείκτη Katz (95% ΔΕ: 2,60-19,63).

Ακόμα οι φροντιστές είχαν σημαντικά υψηλότερο δείκτη OR 1,45 για κατάθλιψη (95%ΔΕ:1,09-1,92), όπως και για επισκεψιμότητα 2+ φορές σε γιατρό τους τελευταίους 12 μήνες (OR=1,53, 95%ΔΕ: 1,13-2,08). Ωστόσο, μη σημαντικά μικρότερη πιθανότητα κατά 55% για νοσηλεία σε νοσοκομείο είχαν οι φροντιστές (95%ΔΕ:0,13-1,54) αλλά υψηλότερη κατά 94% οι λήπτες φροντίδας (OR=1.94, 95%ΔΕ:0,89-4,21).

Στην ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης φαίνεται ότι οι φροντιστές με περισσότερα από δύο χρόνια νοσήματα είχαν πολλές πιθανότητες να έλαβαν φροντίδα, εξίσου σημαντικά όμως ήταν τα αποτελέσματα και για τους φροντιστές οι οποίοι είχαν μεγάλη πιθανότητα να ήταν ασθενείς δύο ή περισσότερων νοσημάτων και ταυτόχρονα να παρείχαν φροντίδα υγείας. Το ίδιο ισχύει και για τα συμπτώματα με λίγη διαφορά των ληπτών φροντίδας έναντι των φροντιστών (OR 2,35, 95%ΔΕ: 1,64-3,38 έναντι OR 1,54, 95% ΔΕ:1,13- 2,09).

Όπως είναι αναμενόμενο αυτοί οι οποίοι έχουν σοβαρή δυσλειτουργικότητα έχουν OR 7,15 ($p<0.05$) συνεπώς είναι πολύ πιθανόν να έλαβαν μόνο φροντίδα υγείας καθώς επίσης να χαρακτήρισαν την υγεία τους κακή ή πολύ κακή σε σχέση με τους φροντιστές (OR=2,67 έναντι OR=0,88, $p<0.05$).

Σχήμα 7.1: Δείκτες Odds Ratio και 95% ΔΕ της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας συμμετεχόντων στη μελέτη που Παρέχουν ή και Λαμβάνουν φροντίδα υγείας (n=397) σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας (n=1133).

Έπειτα από ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης και αφού ορίστηκαν οι παράμετροι σωματικής και ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας που αφορούν την εμφάνιση τους σε οποιοδήποτε βαθμό έναντι εκείνων που δεν εμφανίζουν παρατηρήθηκαν τα εξής σημαντικά αποτελέσματα:

Οι συμμετέχοντες οι οποίοι παρείχαν φροντίδα είναι κατά 47 % περισσότερες φορές πιθανό να είχαν χρόνια νοσήματα και 42 % περισσότερες φορές πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας (O.R= 1,47;95% ΔΕ:1,12-1,93 και 1,42;95% ΔΕ:1,10-1,83)

Οι φροντιστές βρέθηκε να είναι 44% περισσότερες φορές πιθανό να έχουν συμπτωματολογία κατάθλιψης σε σχέση με τους συμμετέχοντες οι οποίοι δεν είχαν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας (O.R= 1,44;95% ΔΕ: 1,09-1,91,).

Σε ότι αφορά την επισκεψιμότητα σε γιατρό τους τελευταίους δώδεκα μήνες οι φροντιστές είχαν O.R 1,50 να επισκεφθούν το γιατρό σε σχέση με αυτούς οι οποίοι δεν είχαν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας.

8. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια προσπάθεια εκτίμησης της ψυχικής - σωματικής υγείας των φροντιστών ηλικίας 50 και άνω, της χρήσης υπηρεσιών υγείας τους καθώς και τη συσχέτιση μεταξύ των δύο παραμέτρων αυτών. Σκοπός της μελέτης ήταν να διαπιστωθεί η κατάσταση της σωματική και ψυχικής υγείας των φροντιστών σε σχέση με την φροντίδα και την χρήση υπηρεσιών υγείας τους τελευταίους 12 μήνες. Παρακάτω αναφέρονται τα κυριότερα ευρήματα. Το προφίλ των φροντιστών αφορούσε γυναίκες ηλικίας 59-59 ετών, ένα ποσοστό της τάξεως του 25% οι οποίοι δεν είχαν παιδιά παρείχαν φροντίδα. Ένα μεγάλο ποσοστό των φροντιστών είχαν περισσότερα από δύο χρόνια νοσήματα (39,4%) αλλά και συμπτώματα ασθένειας (32,2%). Το 28 % των φροντιστών είχε 4 + συμπτώματα κατάθλιψης ενώ το 70% αυτών χαρακτήρισαν την υγεία τους ως «καλή ή πολύ καλή». Η χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους φροντιστές ήταν μεγάλη αφού επισκέφθηκαν 2 ή και περισσότερες φορές το γιατρό το διάστημα των τελευταίων 12 μηνών.

Σύμφωνα με τα γενικά χαρακτηριστικά των Ελλήνων συμμετεχόντων τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (37%) βρίσκονται στην ηλικιακή ομάδα 50-59 ετών. Παρόμοια αποτελέσματα έδειξε και μελέτη στην Αμερική όπου οι ενήλικες ηλικίας 45 έως 54 ετών ήταν πιο πιθανόν να είναι φροντιστές (15% έναντι 8%) από αυτούς που ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 18-34 (Seniors and Caregivers Survey, 2012). Αναφορικά με το φύλο το 54,7% είναι γυναίκες και το μεγαλύτερο ποσοστό έχει απολυτήριο δημοτικού σχολείου και το 65,9% έχει έως δύο παιδιά .

Ένα ποσοστό της τάξεως του 55,2% ζουν μαζί με σύζυγο/ σύντροφο, ενώ ένα εξίσου μεγάλο ποσοστό (44,8%) ζουν μόνοι, πιθανότατα λόγω απεβίωσης το/ της συντρόφου/συζύγου. Πολλοί από τους 1932 συμμετέχοντες έχουν περισσότερα από δύο χρόνια νοσήματα (43,3%) κάτι που συνάδει με άλλες επιστημονικές έρευνες καθώς έχει βρεθεί ότι όσο μεγαλώνει ηλικιακά ο πληθυσμός, τόσο αυξάνονται τα χρόνια νοσήματα (Nolte & Mc Kee, 2008; Watson & Hall, 2001).

Εκτός από τα χρόνια νοσήματα αυξημένο είναι και το ποσοστό της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αφού το 26,4% του δείγματος παρουσιάζει αυξημένη συμπτωματολογία κατάθλιψης στην Ελλάδα, δηλαδή περίπου ένας στους τέσσερις εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Σε άλλη μελέτη με δεδομένα από την έρευνα SHARE, αφού χρησιμοποιήθηκε ο ίδιος δείκτης για την μέτρηση της κατάθλιψης Euro- D, βρέθηκε ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα, ήταν υψηλότερα στις χώρες της Μεσογείου (Ελλάδα, Ιταλία και Ισπανία), χαμηλότερα στις Βόρεια Ευρωπαϊκές χώρες (Σουηδία και Δανία), καθώς και του μέσου επιπέδου στις χώρες της Δυτικής Ευρώπης (Kok, Avendano, Bagod' Uva & Mackenbach, 2012). Όσο αφορά την αυτοαναφερόμενη υγεία το 60,4 % αξιολογεί την υγεία του ως «καλή ή πολύ καλή».

Πιο συγκεκριμένα σχετικά με τη φροντίδα υγείας και τα χαρακτηριστικά των φροντιστών της μελέτης οι γυναίκες καταλαμβάνουν το 22,2 % του πληθυσμού οι οποίες παρείχαν φροντίδα, κάτι που συνηθίζεται και σε μεγαλύτερα ποσοστά σε άλλες χώρες αφού είναι γενικά αποδεκτό ότι η γυναίκα λόγω του ρόλου της ως μητέρα προσφέρει φροντίδα σε όλα τα μέλη της οικογένειας και ιδιαίτερα στα εξαρτημένα μέλη μεγαλύτερης ηλικίας (Marks & Lambert, 1997).

Η ηλικιακή η οποία παρείχε φροντίδα με το μεγαλύτερο ποσοστό σχεδόν 30 % ήταν 50-59 ετών. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με αρκετές έρευνες διεθνούς επιστημονικής κοινότητας όπου υποστηρίζεται ότι ο μέσος όρος της ηλικιακής ομάδας των φροντιστών βρίσκεται λίγο πριν τα έτη της συνταξιοδότησης (Hirst, 1990; Döhner, Kofahl, Lüdecke & Mnich, 2007; Τριανταφύλλου και συν., 2006 ; Temple, 2012).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι το 33,3 % των ατόμων που παρείχαν φροντίδα υγείας είχαν ανώτατη εκπαίδευση κάτι που μπορεί να σημαίνει ότι εκτός από πρόσωπα φιλικού περιβάλλοντος που παρείχαν φροντίδα ίσως να ήταν και επαγγελματίες υγείας ή γνώστες σε ό, τι αφορά θέματα υγείας. Σε αντίθεση οι λήπτες φροντίδας είχαν μόνο 7,8 % ανώτατη εκπαίδευση.

Από εκείνους που παρείχαν φροντίδα , εκείνοι που δεν έχουν παιδιά είναι σημαντικά περισσότεροι από εκείνους που έχουν τρία ή και περισσότερα παιδιά (25,5% έναντι 13,6%, $p=0,05$). Αυτό είναι πιθανόν να δικαιολογηθεί λόγω λιγότερων υποχρεώσεων και κατά συνέπεια περισσότερου ελεύθερου χρόνου για προσφορά φροντίδας.

Εκτιμώντας τους δείκτες σωματικής/ψυχικής υγείας και της χρήσης υπηρεσιών υγείας ως προς την παροχή και τη λήψη φροντίδας, μεγάλο είναι το ποσοστό των συμμετεχόντων οι οποίοι είχαν δύο ή περισσότερα χρόνια νοσήματα και έλαβαν φροντίδα (64,8%) όπως επίσης και αυτών που παρείχαν φροντίδα οι οποίοι είχαν δύο ή περισσότερα χρόνια νοσήματα σε ποσοστό 39,4%. Μία άλλη έρευνα επιβεβαιώνει το γεγονός ότι ενώ οι φροντιστές μπορεί να πάσχουν από χρόνια νοσήματα και να ταλαιπωρούνται με την υγεία τους συνεχίζουν να παρέχουν εντατική φροντίδα (Waliser et al., 2002).

Παρατηρείται ότι τα άτομα με αυξημένη τη συμπτωματολογία κατάθλιψης, λαμβάνουν φροντίδα σε υψηλότερη συχνότητα από ότι τα άτομα με λιγότερα συμπτώματα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη έχει βρεθεί να σχετίζεται στενά με την κακή σωματική υγεία, μάλιστα πολλά προβλήματα υγείας είχαν αποδειχθεί ότι είναι ένα προγνωστικός δείκτης τόσο για την έναρξη όσο και για την επιμονή της ψυχικής νόσου (Buber & Engelhardt, 2008).

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι οι φροντιστές επισκέφθηκαν το γιατρό τους τελευταίους δώδεκα μήνες για περισσότερο από δύο φορές με ποσοστό 71,2%. Αυτό σημαίνει ότι έκαναν χρήση των υπηρεσιών υγείας και είναι πολύ πιθανόν να χρησιμοποίησαν υπηρεσίες πρόληψης κάτι που δεν συνάδει με άλλες έρευνες που υποστηρίζουν ότι οι φροντιστές είναι λιγότερο πιθανό να ακολουθήσουν προληπτικούς ελέγχους για την υγεία τους από εκείνους που δεν παρέχουν φροντίδα (Patterson & Grant , 2003; Greenwald & Naiditch, 2010).

Στην ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης φαίνεται ότι οι φροντιστές με περισσότερα από δύο χρόνια νοσήματα είχαν πολλές πιθανότητες να έλαβαν φροντίδα, εξίσου σημαντικά όμως ήταν τα αποτελέσματα και για τους φροντιστές οι οποίοι είχαν μεγάλη πιθανότητα να ήταν ασθενείς δύο ή περισσότερων νοσημάτων και ταυτόχρονα να παρείχαν φροντίδα υγείας.

Είναι ξεκάθαρο ότι αυτοί οι οποίοι έχουν σοβαρή δυσλειτουργικότητα είναι πολύ πιθανόν να έλαβαν μόνο φροντίδα υγείας λόγω των προβλημάτων υγείας καθώς επίσης να χαρακτήρισαν την υγεία τους «κακή ή πολύ κακή» σε σχέση με τους φροντιστές οι οποίοι είχαν. Μάλιστα ένα ποσοστό των φροντιστών σε πρόσφατη μελέτη (67%) χαρακτήρισε την υγεία του «καλή», οι μισοί από τους οποίους είπαν πως είναι «πολύ καλή» και κανένας από αυτούς δεν χαρακτήρισε την υγεία του ως «κακή» (Seniors and Caregivers, 2012). Το γεγονός ότι οι φροντιστές χαρακτήρισαν την υγεία τους «καλή ή πολύ καλή» στη συγκεκριμένη μελέτη όπως καθώς επίσης και στις υπόλοιπες δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχουν «καλή ή πολύ καλή» υγεία αλλά ότι μπορεί να αντλούν δύναμη και ικανοποίηση από την προσφορά τους αφού η πράξη το να δίνει κανείς φροντίδα δίνει ένα αίσθημα δυναμικότητας.

Αναφορικά με τη χρήση υπηρεσιών υγείας, παρόλο που οι φροντιστές είχαν πολύ μικρή πιθανότητα να είχαν νοσηλευθεί σε νοσοκομείο τους τελευταίους 12 μήνες (συγκριτικά με τους λήπτες φροντίδας) είχαν όμως εξίσου σημαντικά πολλές πιθανότητες για επίσκεψη σε γιατρό. Το ίδιο εύρημα επιβεβαιώνει και άλλη μελέτη η οποία αναφέρεται στην χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους φροντιστές. Τα αποτελέσματα της οποίας έδειξαν ότι : το 23,5% των φροντιστών δεν επισκέφτηκε κάποιον ιατρό τον τελευταίο χρόνο, οι περισσότεροι (47,1%) τον επισκέφτηκαν μία με δύο φορές (όχι για συνταγογράφηση), ενώ ένα ποσοστό 29,4% επισκέφτηκε ένα ιατρό πάνω από 3 φορές, εκ των οποίων 11,8% πάνω από 5 φορές (Κουτσαμπασόπουλος, 2007).

Επίσης, σύμφωνα με τους Schofield et al., (1999) κατά την οποία οι φροντιστές ηλικιωμένων σε σχέση με τους μη φροντιστές λαμβάνουν σε σύγκριση με μη φροντιστές, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση της υγείας τους, χρησιμοποιούν πιο συχνά υπηρεσίες υγείας και λαμβάνουν αυξημένη συνταγογράφηση φαρμακευτικών σκευασμάτων (Schofield et al., 1999).

Σημαντικό σημείο αναφοράς κρίνεται ότι τα ευρήματα της παρούσας έρευνας αναφέρονται στο 2004 την περίοδο προ κρίσης και πριν την οικονομική ύφεση του 2008, συνεπώς υπάρχει αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης υψηλότερων ποσοστών σήμερα και σε ότι αφορά τα συμπτώματα ασθένειας και κατάθλιψης αλλά και χρήσης υπηρεσιών υγείας.

Είναι απαραίτητο να γίνουν κάποιες ενέργειες για τη βελτίωση του έργου που προσφέρει ο φροντιστής αφού ένας στους τρεις φροντιστές στην Ελλάδα δεν λαμβάνει ποτέ βοήθεια από κοινωνικές ή υπηρεσίες υγείας, ενώ μόνο το 10% των Ελλήνων φροντιστών λαμβάνει συστηματικά αυτή την βοήθεια (Mestheneos, Triantafillou & Kontouka, 2004).

Συνοψίζοντας, παρ' όλες τις αρνητικές επιπτώσεις που μπορεί να έχει η παροχή φροντίδας στη σωματική και ψυχική υγεία των φροντιστών, υπάρχουν σημαντικά οφέλη από την διαδικασία της προσφοράς φροντίδας. Μερικά από αυτά μπορεί να είναι η άντληση δύναμης αλλά και το αίσθημα της ικανοποίησης από την προσφορά (Kramer, 1997), καθώς επίσης η βελτίωση και ανοικοδόμηση των οικογενειακών σχέσεων, όταν πρόκειται για φροντίδα συγγενικού προσώπου. Το σπουδαιότερο όλων όμως είναι η πληρότητα της εκπλήρωσης του καθήκοντος που νιώθει ο φροντιστής Cohen, Colantonio & Vernich, 2002).

9. ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όλα τα στοιχεία της παρούσας έρευνας προέρχονται από την Ευρωπαϊκή Μελέτη για την Υγεία, τη Συνταξιοδότηση και τη Γήρανση του πρώτου κύματος (SHARE , 2004). Ο σχεδιασμός της μελέτης και η αντιπροσωπευτικότητα των δεδομένων επαυξάνουν την αξιοπιστία και εγκυρότητα της μελέτης καθώς συλλέχθηκαν και αξιοποιήθηκαν έπειτα από πολύχρονες διαδικασίες και στάδια. Το μέγεθος και η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος αποτελούν σημαντικό πλεονέκτημα καθώς επιτρέπουν τη γενίκευση των αποτελεσμάτων στον ελληνικό πληθυσμό των ατόμων ηλικίας 50 ετών και άνω.

Στην συγκεκριμένη μελέτη αποτελεί μειονέκτημα η ερώτηση αναφοράς για συμπτώματα ασθένειας τα οποία έχει ανακοινώσει ο γιατρός (αντικειμενική νοσηρότητα), καθώς το κάθε νόσημα έχει διαφορετικά συμπτώματα και επομένως διαφορετική επιβάρυνση στην υγεία του κάθε ατόμου. Επίσης, οι αναφορές για την επισκεψιμότητα σε γιατρό είναι συνήθως υποκειμενικές καθώς δεν μπορούν να αποδοθούν με πλήρη αξιοπιστία λόγω ανάκλησης μνήμης. Ο δείκτης συμπτωματολογίας της κατάθλιψης Euro- D δεν καθορίζει την ύπαρξη κατάθλιψης ως νόσημα αλλά είναι απλή συμπτωματολογία.

Επιπλέον, όλα τα στοιχεία της έρευνας αναφέρονται σε ένα χρονικό ορίζοντα δώδεκα μηνών το πολύ μέχρι την πραγματοποίηση της μελέτης και αφού είναι συγχρονική μελέτη δεν επιτρέπει τη διατύπωση σχέσεων αιτιότητας. Παρόλα αυτά όμως, τα στοιχεία της μελέτης αυτής αφορούν το 2004, είναι προ- κρίσης , άρα δεν υπάρχει κάποιος συστηματικός παράγοντας που να τα επηρεάζει και έτσι αποτελούν δεδομένα αναφοράς για τα επόμενα δέκα χρόνια και δίνουν το έναυσμα για προοπτικές μελέτες και συγκρίσεις .

10. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αφού εκτιμήθηκαν τα χαρακτηριστικά των ατόμων ηλικίας 50 και άνω και οι δείκτες σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας καταλήγουμε στα παρακάτω συμπεράσματα.

Όσο αυξάνονται οι ηλικιακές ομάδες τόσο μειώνεται η πιθανότητα να είναι κάποιος φροντιστής. Οι περισσότεροι φροντιστές είναι γυναίκες, με ανώτερη εκπαίδευση και ένα μεγάλο ποσοστό των φροντιστών δεν έχει παιδιά (περίπου ένας στους τέσσερις). Μεγάλο ποσοστό ενηλίκων μεγαλύτερης ηλικίας παρουσιάζονται να έχουν 2 ή και περισσότερα χρόνια νοσήματα και ιδιαίτερα για τους φροντιστές είναι ιδιαίτερα επιβαρυντικά λόγω του ρόλου τους. Είναι προφανές ότι οι λήπτες φροντίδας ήταν κυρίως άτομα με σοβαρή δυσλειτουργικότητα και είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης (με score ≥ 4).

Αυτοί οι οποίοι ζουν μόνοι φαίνεται να έχουν μεγαλύτερη ανάγκη από φροντίδα από αυτούς που ζουν με κάποιο σύζυγο ή σύντροφο και η λήψη φροντίδας φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από τον αριθμό παιδιών. Οι φροντιστές βρέθηκαν ότι είχαν πολλές πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα ασθένειας τους τελευταίους δώδεκα μήνες, όπως επίσης και συμπτώματα κατάθλιψης παρόλα αυτά όμως χαρακτήρισαν την υγεία τους σε μεγάλο ποσοστό ως «καλή ή πολύ καλή». Όσο αφορά τη χρήση υπηρεσιών υγείας και οι δύο ομάδες έκαναν εξίσου συχνή χρήση με μικρή σημαντική διαφορά, άρα διαπιστώνεται ότι οι φροντιστές χρησιμοποιούν το ίδιο συχνά υπηρεσίες υγείας για τον εαυτό τους και όχι μόνο για τα άτομα που φροντίζουν. Η συχνή χρήση δεν σημαίνει απαραίτητα πρόληψη, μπορεί και να γίνεται για αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας που πιθανόν έχουν όμως παρουσιάζονται μειωμένες πιθανότητες νοσηλείας για τους φροντιστές σε σχέση με τους λήπτες φροντίδας.

Οι φροντιστές είναι πολύ σημαντικοί για τα εξαρτημένα άτομα της οικογένειας τους και η ποιότητα της καθημερινής φροντίδας που προσφέρεται από αυτούς μπορεί να πληγεί από την έλλειψη κρατικής υποστήριξης και εξίσου σημαντικό είναι το γεγονός ότι υπάρχουν μακροπρόθεσμες αρνητικές συνέπειες για πολλά άτομα που φροντίζουν κάποιο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος και τα οποία χάνουν εισόδημα, παίρνουν ανεπαρκείς συντάξεις και βιώνουν την ανέχεια όταν φτάσουν σε μεγάλη ηλικία καθώς επίσης και το γεγονός ότι όσο μεγαλώνει η ηλικία τους παρατηρούνται αρνητικές επιδράσεις στη σωματική και ψυχική τους υγεία.

Σημαντική κρίνεται μια προοπτική μελλοντική έρευνα στον ελληνικό χώρο η οποία θα εξετάσει την αλληλεπίδραση της σχέσης μεταξύ σωματικής και ψυχικής και της επιβάρυνσης από τη φροντίδα.

11. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Στην Ελλάδα δεν υπάρχουν διαμορφωμένα σχέδια δράσης για μακροχρόνια φροντίδα υγείας και καθόλου στρατηγικές για τη στήριξη των άτυπων φροντιστών. Οι πολιτικές υγείας για τους ανθρώπους μεγαλύτερης ηλικίας βασίζονται στα Κ.Α.Π.Η. τα οποία είναι πρωταρχικά τόσο στην υποστήριξη των ατόμων της ηλικίας αυτής όσο και την ενεργό συμμετοχή τους ως πολίτες στο περιβάλλον του σπιτιού τους όσο το δυνατόν περισσότερο.

Δεδομένης της έλλειψης υποστήριξης φροντιστών από το κράτος καθώς και των εξαρτημένων ατόμων, είναι αναγκαίο να δημιουργηθούν περισσότερες υπηρεσίες και μορφές στήριξης οι οποίες θα ανταποκρίνονται πολύ καλύτερα στις ανάγκες των εξαρτημένων ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας καθώς επίσης και του οικογενειακού περιβάλλοντος που φροντίζει αυτά. Πιο συγκεκριμένα υπάρχει ανάγκη για συναισθηματική, ψυχολογική και κοινωνική υποστήριξη.

Ακόμη είναι αναγκαίο να υπάρχει συνεπής και μακροπρόθεσμη πληροφόρηση σχετικά με τη διαθεσιμότητα και τις παροχές μίας υπηρεσίας. Οι ιδέες όσον αφορά τη θέση των γυναικών ως ατόμων που φροντίζουν κάποιο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος, την οικογενειακή ζωή, την οικογενειακή φροντίδα και την

υποστήριξη μεταξύ ατόμων διαφορετικής γενιάς, έρχονται σε αντίθεση με τις απαιτήσεις της σύγχρονης απασχόλησης των ατόμων, τις σύγχρονες προσδοκίες σχετικά με τις επιλογές ζωής και το υψηλό ποσοστό μακροζωίας.

Επίσης η εκπαίδευση είναι υψίστης σημασίας και για το προσωπικό των διαφόρων υπηρεσιών και για τα άτομα που φροντίζουν κάποιο άτομο του οικογενειακού τους περιβάλλοντος έτσι ώστε να μπορέσουν να εργαστούν με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του εξαρτώμενου ατόμου καθώς επίσης και του ατόμου του οικογενειακού του περιβάλλοντος που το φροντίζει. Θα πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι κάλυψη της ανάγκης των εξαρτημένων ατόμων θα γίνεται σε εικοσιτετράωρη βάση.

Οι παρεμβάσεις σχετικά με την υγειονομική εκπαίδευση θα μπορούσαν να γίνονται από κέντρα αποκατάστασης αλλά και στο σπίτι από επισκέπτες υγείας και νοσηλευτές της κοινότητας για τη βελτίωση της φροντίδας του ασθενούς και την άμβλυνση της επιβάρυνσης των άτυπων φροντιστών. Επιπλέον προγράμματα στήριξης της οικογένειας θα πρέπει να είναι έτσι δομημένα ώστε να έχουν πιο επιτυχημένα αποτελέσματα στη διαχείριση ασθενών.

Απαραίτητες κρίνονται, λοιπόν, οι πολιτικές που παρέχουν νομική προστασία καθώς και προγράμματα που να υποστηρίζουν τις ανάγκες των φροντιστών τώρα και στο μέλλον.

12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Διεθνής Βιβλιογραφία

Andren, S., & Elmstahl, S., (2007), The Relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. *Journal for clinical nursing*, 17 (6), 790-799.

Angold, A., Messer, S., Stangl, D., Farmer, E., Costello, E. & Burns, B. (1998). Perceived Parental Burden and Service Use for Child and Adolescent Psychiatric Disorders. *American Journal of Public Health*, 88 (1), 75- 76.

Anthony, D.(eds). (2006). Women and Children: The Double Dividend of Gender Equality. *The State of the World's Children 2007*, Unicef, 2-48.

Bartels, S., Bretz, J., Leonard, M., Ringelstein, T., Seifert, B., Stiles, J. & Tefft C. (2001). Mental Health, Mental Illness, Healthy Aging: A New Hampshire Guidebook for Older Adults and Caregivers, Concord, New Hampshire, NAMI NH, 27-30.

Bookman, A. & Kimbrel, D. (2011). Families and Elder Care in the Twenty-First Century. *Work and Family*, 21(2), 121-122.

Bookwala, J., Zdaniuk B., Burton, L., Lind, B., Jackson, S. & Schulz, R. (2004). Concurrent and Long-Term Predictors of Older Adults' Use of Community-Based Long-Term Care Services: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of aging and health*, 16 (1), 92 – 95.

Bolin, K., Lindgren, B. & Lundborg, P. (2007). Informal And Formal Care Among Single-Living Elderly In Europe. *Tinbergen Institute Discussion Paper*, 2-3.

Borsch-Supan, A., Brugiavini, A., (eds), 2005. The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – methodology. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, Mannheim

Borsch-Supan, A., Brugiavini, A., Jorges, H., Mackenbach, J., Siegrist, J., Weber, G., 2005. Health, Ageing and Retirement in Europe: First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing, Mannheim

Briony, T. (2001). *Manual of Dietetic Practice*. UK: Blackwell Publishing.

Buber, I. & Engelhardt, H. (2008). The relation between depressive symptoms and age among older Europeans Findings from SHARE, *Vienna Institute of Demography, Working Papers*, 9-10.

Buckner, L. & Yeandle, S. (2011). Valuing Carers- Calculating the value of carer's support. *Carers UK*, 4- 8.

Byers, A. L., Yaffe, K., Covinsky, K. E., Friedman, M. B., & Bruce, M. L. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults. *Archives of General Psychiatry*, 67 (5), 489-496.

Callahan, C.M., Hui, S.L., Nienaber, N.A., Musick, B.S., & Tierney, W.M. (1994). Longitudinal study of depression and health services use among elderly primary care patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 833-838.

Cannon, R. (2008). The Social Determinants of Health. *SACOSS Information Paper*, 8-13.

CDC. (2003). Chronic Disease, Notes and Reports. *Centers for Disease Control and Prevention*, 16, 2-35.

Chapman, D.P., Perry, G.S. & Strine. T.W. (2005). The Vital Link between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Preventive Chronic Disease* , 2, 1-10.

Christ, G. & Diwan, S. (2009). Chronic Illness And Aging. The demographics of aging & chronic diseases, Section 1. *Council on Social Work Education*, 2-11.

Cohen, C., Colantonio A. & Vernich, L.(2002). Positive aspects of Caregiving: rounding out the Caregiving experience. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 184-188.

Community Care Statistics. (2010). Social Services Activity Report, England. *NHS*,63-65.

CSDH. (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva. *World Health Organization*, 145-153.

Cutilli, C.C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic nursing , National Association of Orthopedic Nurses*, 26 (1), 43-48.

Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V. & Moreno, J. (1999). Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 412-416.

Di Novi, C., Jacobs, R. & Migheli, M. (2013). The quality of life of female informal caregivers: from Scandinavia to the Mediterranean Sea. The University of York, *Centre For Health Economics Research Paper*, 84, 2-18.

Döhner , H., Kofahl, C., Lüdecke, D. & Mnich, E. (2007). Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. *The National Survey Report for Germany, Eurofarmcare*, 18, 53.

Donaldson C., TARRIER N., Burns A. (1998). Determinants of care'r stressing Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 248-256.

Fagin, C.M. (2001). When care becomes a burden. Diminishing Access to Adequate Nursing. *Milbank Memorial fund*, 6-7.

Family Caregiving in the U.S. (1997). *Findings from a National Survey, Final Report* 5- 8.

Friedman, M., Furst, L., Gellis, Z. & Kimberly W. (2013). Anxiety Disorders in Older Adults. *Social Work Today*, 13 (4) , 10.

Fox, S., Duggan, M., & Purcell, K. (2013). Family Caregivers are Wired for Health. *Pew Research Center*, 2-23.

Gill, C.E., Hinrichsen, G.A. & DiGuseppe, R.(1998). Factors associated with formal service use by family members of patients with dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 17, 38-52.

Given, B. & Given, C. (1991). Family caregiving for the elderly. *Annual Review Nursing Research*, 9, 77-101.

Glendinning, C., Jagens, F., Arksey, H., Morée, M., Moran, N. & Nies, H.(2009).Care Provision within Families and its Socio-Economic Impact on Care Providers Report for the European Commission DG EMPL. *Working Paper No. EU 2342*,13-40.

Greenwald, M. & Naiditch, L. (2010). Caregivers of Veterans – Serving on the Home front. *Report of Study Findings*, 42-43.

Greenwald, M. & Naiditch, L. (2008). Hispanic Family Caregiving in the U.S.*Findings From a National Study*, 34-37.

Gurland, B. Copeland, J. Sharpe, L. & Kelleher, M. (1976). Geriatric mental status interview (GMS). *International Journal of Aging & Human Development*, 7, 303–311.

Hetzel, D., Page, A., Glover, J., Tennant, S. (2004). Inequality in South Australia: Key determinations of wellbeing. *The Evidence*, 1, 10-14.

Hirst. (2002). Transitions to informal care in Great Britain during the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 579-587.

Houde, S.C.(1998). Predictors of elders' and family caregivers' use of formal home services. *Research in Nursing and Health*, 21, 533-543.

Hyman, I. (2009). Racism as a determinant of immigrant health, 8-10.

Joung, I., Kunst, A., van Imhoff, E. & Mackenbach, J. (2000). Education, ageing and health: to what extent can the rise in educational level relieve the future health (care) burden associated with population ageing in the Netherlands? *Journal of Clinical Epidemiology*, 53, 955-963.

Jurges, H., Avendano, M. & Machenbach J. (2008). Are different measures of self rated health comparable? An assessment in five European Countries. *European Journal of Epidemiology*, 23, 773-781.

Kamiya, Y., Murphy, C., Savva, G. & Timonen, V. (2012). Profile of Community-Dwelling Older People with Disability and their Caregivers in Ireland. *The Irish Longitudinal Study on Ageing*, 18- 25.

Kawachi, I. & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health, *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78 (3), 458-467.

Kelly, S. & Bunting, J. (1998) Trends in Suicide in England and Wales 1982-1996. *Population Trends*, 92, 29-41.

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Replication Survey. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.

Kiecolt-Glaser, J. K. & Glaser, R. (2001). Stress and immunity: Age enhances the risks. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 18-21.

Kiecolt -Glaser, J.K. McGuire, L. Robles, T.F. & Glaser, R. (2002). Emotions, Morbidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.

Kim, H., Chang, M., Rose, K. & Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (4), 846.

King, S. & Dixon, M.J. (1999). Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 252, 377-386.

Kok, R., Avendano, M., Bagod’Uva , T. & Mackenbach, J. (2012). Can Reporting Heterogeneity Explain Differences in Depressive Symptoms Across Europe? *Social Indicators Research*, 105, 191-192.

Kramer, J., (1997). Gain in the caregiving experience :Where are we? What next? *Gerontologist*, 37, 218-232.

Light, J. K. & Martin, R. E. (1996). American Indian Families. *Journal of American Indian Education*, 26.

Locker, D. (2008). Social determinants of health and disease. *Sociology as Applied to Medicine*. Sixth edition, Edinburgh , New York : Saunders/Elsevier, 25-27.

Lorig, K.R. & Holman, H. (2003). Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

Low, B. & Low, D. (2006). Education and education policy as social determinants of health: Policy forum, Virtual Mentor *American Medical Association Journal of Ethics*, 8 (11), 756-761.

Marks, F. & Lambert, M. (1997). Family Caregiving: Contemporary Trends and Issues. Center for Demography and Ecology, University of Wisconsin-Madison, 78, 5-10.

Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, R. & Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The lancet*, 380, 1028.

Martire, L, Lustig, A., Schulz, R., Helgeson, V. & Miller, G. (2004). Is It Beneficial to Involve a Family Member? A Meta-Analysis of Psychosocial Interventions for Chronic Illness. *Health Psychology*, 23(6), 601-603.

Mestheneos, E., Triantafyllou, J. & Kontouka S. (2004). Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage. National Background Report for Greece. Sextant Research Group, Department of Health Services Management, *National School for Public Health*, 27-28.

McNamara, A., Normand, C. & Whelan, B. (2013). Patterns and Determinants Of Health Care Utilization in Ireland. *The Irish Longitudinal Study on Ageing*, 5-10.

Nolte, E. & McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions. A health System Perspective. *Open University Press*, 1-14.

Notara, V., Vagka, E. & Kotroni, A. (2012). Health-related Quality of Life in caregivers of patients with spinal cord injury (SCI). A Greek review, Original Paper, *International Journal of Caring Science*, 5 (3), 348-352.

OECD. (2011). The Impact of Caring on Family Carers. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, 3, 85- 90.

Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., Tennstedt, S. & Schulz, R. (1999). Prevalence and Impact of Caregiving: A Detailed Comparison Between Dementia and Non dementia Caregivers. *The Gerontologist*, 39 (2), 180-185.

Patterson, T.L. & Grant, I. (2003). Intervention for caregiving in dementia: physical outcomes, *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 629-633.

Picard, L., Wittenberg, R., Comas-Herrera, A., Davies, B. & Darton, R. (2000). Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Aging and Society*, Cambridge University Press, 20, 745-772.

Piercy, K.W. & Blieszner, R. (1999). Balancing family life: How adult children link elder responsibility to service utilization. *Journal of Applied Gerontology*, 18, 440-459.

Ploubidis, G.B. & Grundy, E. (2009) Later-life mental health in Europe: a country-level comparison. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64 (5), 666–676.

Potamianou, Vlachogianni, Efthymiou, Nikolaou & Sakka. (2011). A Report on Greek Former Carers, Athens Association of Alzheimer's Disease and Related Disorders, *Life After Care*, 5-19.

Prince, M.J. (eds) (1999). Development of the EURO-D scale: A European Union initiative to compare symptoms of depression in 14 European centers. *British Journal of Psychiatry*, 174, 30–338.

Renehan, E., Dow, B., Lin, X., Blackberry, I., Haapala, I., Gaffy, E., Cyarto, E., Brasher, K. & Hendy, S. (2012). *Healthy ageing literature review*, 5.

Ross, C.E & Wu, C.L. (1996). Education, age, and the cumulative advantage in health. *Journal of Health and Social Behaviors*, 37, 104-120.

Sanson, A. (2002). Children's Health and Development: new research directions for Australia. *Canberra: Australian Institute of Family Studies*, 8, 14-30.

Schillinger, D. (eds). (2003). Closing the loop: physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83-90.

Schofield HL, Bloch S, Nankervis J, Murphy B, Singth BS, Herrman HE. (1999). Health and well-being of women family carers: a comparative study with a generic focus. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 23, 585-589.

Schulz, R. & Beach, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. *Journal of American Medical Association*, 282, 2215-2219.

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J., & Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*, 35, 771-791.

Schulz, R. & Martire, L. (2004). Family care giving of persons with dementia. Prevalence, Health effects and support strategies. *The advanced Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (3), 240-249.

Seniors and Caregivers Survey, (2012). Online Survey, Executive Summary. *American Academy Of Family Physicians*, 2-4.

Temple, J. (2012). It's Not Just About Money: Intergenerational Transfers of Time and Money To and From Mature Age Australians. *National Seniors Productive Ageing Centre*, 8-10.

Thoits, P. (1995) Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 53–79.

Triantafyllou, J., Mestheneos, E., Prouskas, C., Goltsi, V., Kontouka, S. & Loukissis A. (2006). Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage The National Survey Report for Greece. *Eurofarmcare*, 18, 12- 120.

Waliser, M., Feldman, P.H., Gould, D.A., Levine, C.L., Kuerbis, A.N. & Donelan, K. (2002). "When the caregiver needs care: The plight of vulnerable caregivers." *American Journal of Public Health*, 92(3), 409-413.

Wallace, M. & Shelkey, M. (2008). Katz Index of independence in Activities of Daily Living. *Assisted Living Consult*, 21-22.

Watson, C. & Hall, S. (2001). Older people and the social determinants of health. *Australasian Journal on Ageing*, 20(3), 23-24.

Wilkinson, R & Marmot, M. (2003). The Solid Facts. *Social Determinants of Health*. Second Edition. Denmark. Publications WHO Regional Office for Europe, 10-28.

Wittchen, H.U.(eds). (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 656-657.

World Health Organization. (2003). *Investing in mental health*. Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: World Health Organization, 4-25.

World Health Organization. (2001). World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope ,Geneva, Switzerland.

World Health Organization. (2006). Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement.

Wright, K.L., Hickey, V.J., Buckwalter, C.K., Hendrix, A.S. & Kelechi, T. (1999). Emotional and physical health of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease and stroke. *Journal of Advanced Nursing*, 30 (3), 552-563.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξιά, Κ. & Λουλακίδης, Π. (2005). Καταγραφή και εκτίμηση των αναγκών των οικογενειακών φροντιστών των ηλικιωμένων, σε αναφορά με τις υπάρχουσες υπηρεσίες υγείας και φροντίδας, 48-54.

Αποστολοπούλου, Δ., & Παπαματθαϊάκη, Π. (2009). *Το μέγεθος της ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών- συγγενών αυτών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*. Πτυχιακή Εργασία - Α.Τ.Ε.Ι ΚΡΗΤΗΣ, 45- 47.

Βλαχογιάννη, Α., Ποταμιάνου, Δ., Ζώη, Π., Παναγιώτου, Μ., Ανδριανάκη Α., Ευθυμίου, Α., Νικολάου, Κ., Ο'Sullivan, L., Starr, M., Boccaletti, L., Leonardi, B. & Σακκά, Π. (2011). Η ζωή μετά τη φροντίδα. Εγχειρίδιο υποστήριξης για τον πρώην φροντιστή, 5-10.

Γιουβανάκης, Γ. & Σαχπάζογλου, Α. (2007). *Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των Κ.Α.Π.Η του δήμου Ηρακλείου*. Πτυχιακή εργασία τμήματος κοινωνικής εργασίας – Α.Τ.Ε.Ι Κρήτης, 55-56.

Σκαπινάκης, Π. (2001). Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη- Νέα Ελπίδα, Έκθεση για την ψυχική υγεία. *Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2001*, 5-6.

Καδόγλου, Μ. (2012). Η επιβάρυνση της οικογένειας και των φροντιστών ατόμων με σοβαρή ψυχική διαταραχή, *ηλεκτρονικό περιοδικό, ψυχογραφήματα.com*. Διαθέσιμο από :<http://psychografimata.com/9497/i-epivarinsi-tis-ikogenias-os-frontistis-tou-melous-tis-me-sovari-psichiki-diatarachi/>»[Προσπελάστηκε 6/6/13].

Κουτσαμπασόπουλος, Κ. (2007). Εκτίμηση αναγκών υγείας των ατόμων που φροντίζουν ηλικιωμένους στο σπίτι, ΠΜΣ «*Ιατρική Ερευνητική Μεθοδολογία*», 27-28.
Λαδόπουλος, Χ.(2009). *Οι ηλικιωμένοι στην ελληνική οικογένεια*. Διαθέσιμο από :
«<http://neoskosmos.com/news/el/node/3979?page=show>». [Προσπελάστηκε 10/05/13.]

Τριανταφύλλου, Τ., Μεσθαινέου, Ε., Προύσκας, Κ., Γκόλτση, Π., Κοντούκα, Σ. & Λουκίτσης, Α. (2006). Η οικογένεια που φροντίζει εξαρτημένα ηλικιωμένα άτομα. Πανελλαδική Έρευνα. *EUROFARMCARE*, 39-84.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 7.1 Χαρακτηριστικά των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη για την «Υγεία, Γήρανση και Σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη» (*Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – SHARE*).

		v	%	Μεση τιμη (T.A.)
Φυλο	<i>άνδρες</i>	875	45,3	
	<i>γυναίκες</i>	1057	54,7	
Ηλικία, χρόνια	<i>50-59</i>	714	37,0	65,2 (8,6)
	<i>60-69</i>	553	28,6	
	<i>70-79</i>	413	21,4	
	<i>80+</i>	252	13,0	
Εκπαίδευση, χρόνια	<i>Χωρίς εκπαίδευση</i>	201	10,4	11,1 (4,8)
	<i>1-7</i>	822	42,7	
	<i>8-12</i>	593	30,8	
	<i>13+</i>	309	16,1	
Διαβίωση	<i>μονος/η</i>	861	44,8	
	<i>με συζυγο/συντροφο</i>	1062	55,2	
Αριθμός παιδιών	<i>κανένα</i>	267	13,8	1,9 (1,1)
	<i>1-2</i>	1273	65,9	
	<i>3+</i>	391	20,2	

T.A.: Τυπική Απόκλιση.

Πίνακας 7.2. Σχετικές συχνότητες και επίπεδα κατηγοριών παραμέτρων ψυχικής και σωματικής υγείας των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη.

		n	Σταθμισμένες εκτιμήσεις ^a	
			%	μέση τιμή±ΤΑ (ελαχ-μεγ)
Χρόνια νοσήματα	<i>κανένα</i>	507	25,0	1,6±1,4 (0-8)
	<i>1</i>	609	31,7	
	<i>2+</i>	816	43,3	
Συμπτώματα	<i>κανένα</i>	661	33,2	1,5±1,7 (0-11)
	<i>1</i>	589	30,6	
	<i>2+</i>	682	36,2	
Δείκτης Katz δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής	<i>πλήρης λειτουργικότητα</i>	1815	94,0	5,7±0,8 (0-6)
	<i>μέτρια</i>	77	4,0	
	<i>σοβαρή δυσλειτουργικότητα</i>	40	2,0	
Συμπτωματολογία κατάθλιψης, βαθμολογία Euro D	<i>0-3</i>	1355	73,6	2,3±2,2 (0-11)
	<i>4+</i>	496	26,4	
Αυτοαναφερόμενη υγεία, κλίμακα ΠΟΥ ^β	<i>καλη ή πολύ καλή</i>	1192	60,4	2,3±0,9 (1-5)
	<i>μέτρια</i>	573	31,0	
	<i>κακη ή πολύ κακή</i>	167	8,6	

T.A.: Τυπική Απόκλιση. ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

^a Οι εκτιμήσεις έγιναν με σταθμίσεις από την επιλογή συμμετεχόντων μέσω σύνθετων δειγμάτων (complex samples) και αντιστοιχούν σε πληθυσμό αναφοράς 2.717.809 ηλικίας 50+ ετών.

^β Κλίμακα με πέντε κατηγορίες αναφοράς υγείας: καλή, πολύ καλή, μέτρια, κακή, πολύ κακή.

Πίνακας 7.3. Σχετικές συχνότητες παραμέτρων χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους 1932 Έλληνες συμμετέχοντες στη μελέτη.

		Σταθμισμένες εκτιμήσεις ^α		
		n	%	μέση τιμή±ΤΑ (ελαχ-μεγ)
Επισκεψιμότητα σε γιατρό (τους τελευταίους 12 μήνες)	<i>καμία φορά</i>	386	19,9	2,1±1,2 (0-98)
	<i>1</i>	175	8,6	
	<i>2+</i>	1357	70,8	
Νοσηλεία σε νοσοκομείο (τους τελευταίους 12 μήνες)	<i>καμία φορά</i>	1771	91,4	0,1±0,4 (0-10)
	<i>1</i>	121	6,5	
	<i>2+</i>	40	2,1	

Τ.Α.: Τυπική Απόκλιση.

^α Οι εκτιμήσεις έγιναν με σταθμίσεις από την επιλογή συμμετεχόντων μέσω σύνθετων δειγμάτων (complex samples) και αντιστοιχούν σε πληθυσμό αναφοράς 2.717.809 ηλικίας 50+ ετών.

Πίνακας 7.4. Χαρακτηριστικά των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς την Παροχή/Λήψη φροντίδας υγείας.

		Παροχή και Λήψη φροντίδας υγείας		
		καμία Παροχή ή Λήψη	μόνο Λήψη	Παροχή ή/και Λήψη
		n (%)		
Πλήθος		1142 (59,1)	389 (20,1)	401 (20,8)
		Ποσοστό (95%ΔΕ)		
Φύλο	<i>άνδρες</i>	66,5 (63,2-69,5)	14,5 (12,2-16,8)	19,0 (16,5-21,7)
	<i>γυναίκες</i>	53,0 (50,0-56,1)	24,8 (22,2-27,3)	22,2 (19,6-24,8)
Ηλικία, χρόνια	<i>50-59</i>	65,4 (62,0-68,9)	4,8 (3,2-6,3)	29,8 (26,5-33,2)
	<i>60-69</i>	64,2 (60,0-68,4)	13,6 (10,7-16,6)	22,2 (18,8-26,2)
	<i>70-79</i>	55,4 (50,6-60,3)	31,2 (26,9-35,8)	13,3 (10,2-16,7)
	<i>80+</i>	36,1 (30,2-41,7)	59,9 (54,4-65,9)	4,0 (1,6-6,3)
Εκπαίδευση χρόνια	<i>χωρίς εκπαίδευση</i>	43,3 (36,8-50,7)	46,8 (39,8-53,2)	10,0 (6,0-14,4)
	<i>1-7</i>	58,6 (55,0-61,8)	24,3 (21,4-27,3)	17,0 (14,5-19,7)
	<i>8-12</i>	65,1 (61,2-68,8)	11,8 (9,3-14,3)	23,1 (19,9-26,6)
	<i>13+</i>	58,9 (53,4-64,4)	7,8 (4,9-11,0)	33,3 (28,2-38,8)
Διαβίωση	<i>μόνος/η</i>	46,7 (43,2-50,1)	34,3 (31,0-37,7)	19,0 (16,5-21,8)
	<i>με σύζυγο/σύντροφο</i>	69,3 (66,4-72,1)	8,6 (6,9-10,4)	22,1 (19,6-24,8)
Αριθμός παιδιών	<i>κανένα</i>	57,7 (51,3-63,3)	16,9 (12,7-21,3)	25,5 (20,6-30,3)
	<i>1-2</i>	58,7 (56,1-61,4)	19,4 (17,1-21,4)	21,9 (19,7-24,0)
	<i>3+</i>	61,6 (56,5-66,2)	24,8 (20,5-29,4)	13,6 (10,5-16,9)

Πίνακας 7.5. Παροχή/Λήψη φροντίδας υγείας και δείκτες σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας από τους 1932 Έλληνες συμμετέχοντες στη μελέτη.

		Παροχή και Λήψη φροντίδας υγείας		
		καμία Παροχή ή Λήψη	μόνο Λήψη	Παροχή ή/και Λήψη
		Ποσοστό (95%ΔΕ)		
Δείκτες σωματικής/ψυχικής υγείας				
Χρόνια νοσήματα	κανένα	31,2 (28,5-33,8)	9,8 (6,9-12,9)	28,2 (23,7-32,4)
	1	33,3 (30,5-35,9)	25,4 (21,3-29,8)	32,4 (27,9-36,9)
	2+	35,6 (32,9-38,5)	64,8 (59,9-69,4)	39,4 (34,7-44,1)
Συμπτώματα	κανένα	40,7 (37,7-43,7)	15,7 (12,1-19,3)	33,7 (29,2-37,9)
	1	30,0 (27,5-32,7)	28,0 (23,4-32,9)	34,2 (29,4-38,6)
	2+	29,2 (26,4-32,0)	56,3 (51,2-61,4)	32,2 (27,9-36,9)
Δείκτης Katz δραστηρ/των καθημερινής ζωής	πλήρης λειτουργικότητα	98,0 (97,2-98,7)	86,2 (82,6-89,5)	97,7 (96,2-99,0)
	μέτρια σοβαρή δυσλειτουργικότητα	1,8 (1,1-2,6)	9,0 (6,0-12,0)	1,8 (0,5-3,3)
		0,2 (0,1-0,4)	4,8 (2,7-7,2)	0,5 (0,1-1,3)
Συμπτωματολογία κατάθλιψης, βαθμολογία Euro D	0-3	78,5 (76,0-80,9)	58,1 (53,0-63,8)	71,9 (67,3-76,3)
	4+	21,5 (19,1-24,0)	41,9 (36,2-47,0)	28,1 (23,7-32,7)
Αυτο-αναφερόμενη υγεία, κλίμακα ΠΟΥ	καλή ή πολύ καλή	68,6 (66,0-71,2)	39,5 (34,4-44,9)	69,9 (65,1-74,7)
	μέτρια	26,1 (23,3-28,5)	43,1 (37,7-48,5)	26,8 (22,2-31,1)
	κακή ή πολύ κακή	5,4 (4,1-6,8)	17,4 (13,2-21,6)	3,3 (1,5-5,1)
Δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας				
Επισκεψιμότητα σε γιατρό (τους τελευταίους 12 μήνες)	καμία φορά	23,8 (21,4-26,4)	11,1 (7,8-14,7)	17,9 (14,3-21,7)
	1	9,9 (8,2-11,6)	5,4 (3,3-8,1)	11,0 (8,2-14,0)
	2+	66,3 (63,4-69,0)	83,5 (79,9-87,4)	71,2 (66,6-75,5)
Νοσηλεία σε νοσοκομείο (τους τελευταίους 12 μήνες)	καμία φορά	93,9 (92,5-95,4)	86,5 (82,3-90,4)	93,1 (90,6-95,4)
	1	4,3 (3,1-5,5)	9,9 (6,6-13,5)	6,4 (4,1-8,9)
	2+	1,8 (1,1-2,6)	3,6 (1,5-6,0)	0,5 (0,1-1,3)

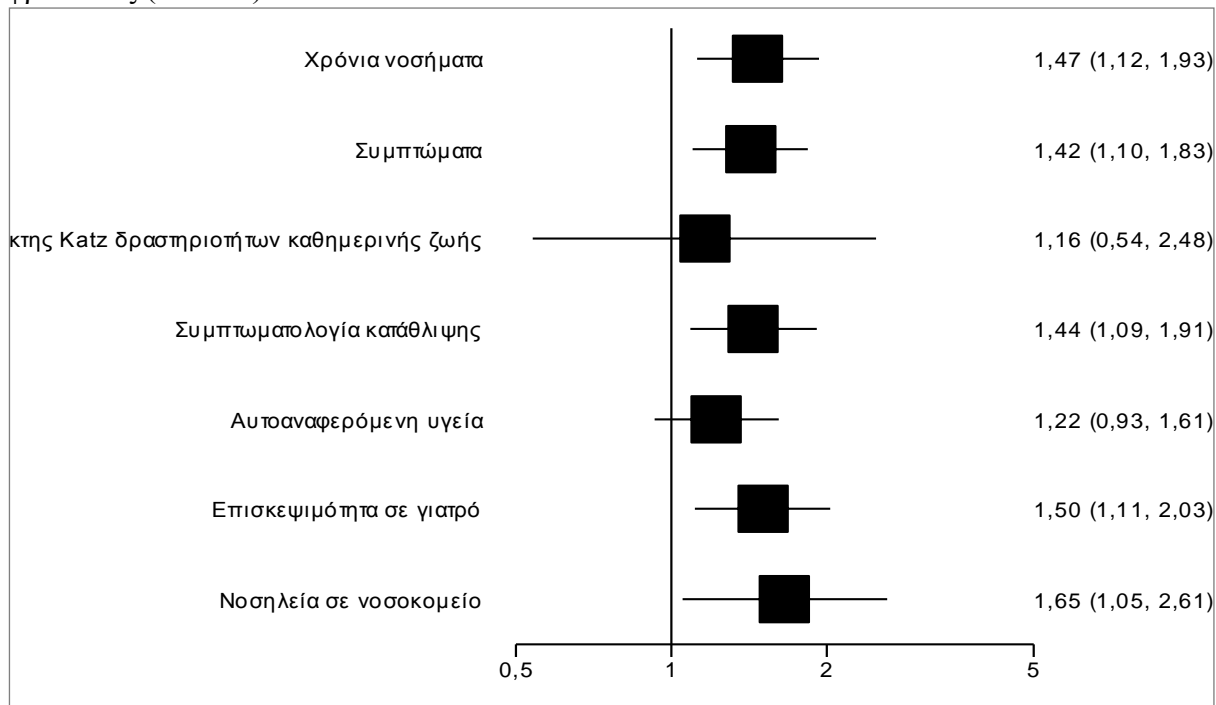
95%ΔΕ: 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης (η εκτίμηση τους έγινε μέσω τεχνικής bootstrap).

Πίνακας 7.6. Δείκτες Odds Ratio της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας των 1932 Ελλήνων συμμετεχόντων στη μελέτη ως προς την Παροχή/Λήψη φροντίδας υγείας.

	Παροχή και Λήψη φροντίδας υγείας		
	μόνο λήψη	Παροχή/και Λήψη	
	Odds ratio (95%ΔΕ)		
Δείκτες σωματικής/ψυχικής υγείας			
Χρόνια νοσήματα	1	1,60 (1,03-2,49)	1,26 (0,93-1,72)
	2+	2,09 (1,34-3,29)	1,76 (1,27-2,44)
Συμπτώματα	1	1,77 (1,22-2,57)	1,37 (1,03-1,82)
	2+	2,35 (1,64-3,38)	1,54 (1,13-2,09)
Δείκτης Katz δραστηρ/των καθημερινής ζωής	<i>μέτρια</i>	2,83 (1,60-5,00)	0,98 (0,41-2,34)
	<i>σοβαρή δυσλειτουργικότητα</i>	7,15 (2,60-19,63)	1,99 (0,46-8,54)
Συμπτωματολογία κατάθλιψης, βαθμολογία Euro D	4+	1,74 (2,96-2,34)	1,45 (1,09-1,92)
Αυτόαναφερομενη υγεία, κλίμακα Π.Ο.Υ	<i>μέτρια</i>	1,56 (1,15-2,12)	1,26 (0,95-1,66)
	<i>κακή ή πολύ κακή</i>	2,67 (1,73-4,13)	0,88 (0,48-1,62)
Δείκτες χρήσης υπηρεσιών υγείας			
Επισκεψιμότητα σε γιατρό (τους τελευταίους 12 μήνες)	1	0,99 (0,52-1,91)	1,56 (0,99-2,46)
	2+	1,86 (1,26-2,73)	1,53 (1,13-2,08)
Νοσηλεία σε νοσοκομείο (τους τελευταίους 12 μήνες)	1	2,20 (1,34-3,61)	1,97 (1,21-3,22)
	2+	1,94 (0,89-4,21)	0,45 (0,13-1,54)

Ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης: ως κατηγορία αναφορά ορίστηκε η κατηγορία ατόμων με «καμία Παροχή ή Λήψη» (ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το επίπεδο διαβίωσης και ο αριθμός παιδιών).

Σχήμα 7.1. Δείκτες Odds Ratio και 95%ΔΕ της σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας συμμετεχόντων στη μελέτη που Παρέχουν ή και Λαμβάνουν φροντίδα υγείας (n=397) σε σχέση με εκείνους που δεν έχουν καμία παροχή ή λήψη φροντίδας (n=1133).



Οι παράμετροι σωματικής/ψυχικής υγείας και χρήσης υπηρεσιών υγείας αφορούν την εμφάνισή τους σε οποιοδήποτε βαθμό έναντι εκείνων που δεν εμφανίζουν, π.χ. άτομα με τουλάχιστον ένα νόσημα, σύμπτωμα, μέτρια ή σοβαρή δυσλειτουργία, συμπτωματολογία κατάθλιψης, μέτρια ή κακή υγεία, επίσκεψη τουλάχιστον μία φορά σε γιατρό ή νοσηλεία σε νοσοκομείο, έναντι των υπολοίπων.

Ανάλυση πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης: ως κατηγορία αναφορά ορίστηκε η κατηγορία ατόμων με «καμία Παροχή ή Λήψη» (ως συμμεταβλητές ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια εκπαίδευσης, το επίπεδο διαβίωσης και ο αριθμός παιδιών).