



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα
Ζωής σε Ηλικιωμένους ενοίκους γηροκομείου στο
Ηράκλειο.

Σμυρνιωτάκη Αρετή
Κοινωνική Λειτουργός

- Επιβλέποντες:
1. Φιλαλήθης Αναστάσιος
Καθηγητής, Τομέα Κοινωνικής
Ιατρικής, Παν. Κρήτης
 2. Βλασιάδης Κων/νος
Δρ Ιατρικής Παν. Κρήτης

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω θερμές ευχαριστίες, στους επιβλέποντες της εργασίας μου κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη καθηγητή του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης και κ. Κων/νο Βλασιάδη Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, για την αμέριστη συμπαράσταση, το χρόνο που μου διαθέσανε και την εποικοδομητική καθοδήγηση τους, στην προσπάθεια μου να ολοκληρώσω αυτή τη μελέτη. Παράλληλα ευχαριστώ και την εταιρεία Galen Research, για την παραχώρηση της άδειας χρήσης του N.H.P. ερωτηματολογίου, καθώς επίσης και τους κ. Μ. Συγγελάκη και Α. Βιβάλη, για τις πληροφορίες που μου έδωσαν σχετικά με την χρήση της ελληνικής έκδοσης του ερωτηματολογίου. Θα ήθελα ακόμα να ευχαριστήσω τον Α. Αναλυτή για την βοήθεια του στη στατιστική ανάλυση της μελέτης. Επίσης θα ήθελα να εκφράσω ευχαριστίες στον διευθυντή του Γηροκομείου – Πτωχοκομείου Ηρακλείου, κ. Α. Καλλέργη, το προσωπικό του ιδρύματος, καθώς επίσης και τους συμμετέχοντες στην έρευνα, για την συνεργασία και την υποστήριξη τους στην διαδικασία συλλογής δεδομένων. Τέλος θέλω να ευχαριστήσω θερμά την οικογένεια μου για την ενθάρρυνση τους, την κατανόηση, καθώς επίσης και την υποστήριξη τους, σε ότι μπορούσαν να με διευκολύνουν από την πλευρά τους.

Κατάλογος Περιεχομένων

<i>Ευχαριστίες</i>	I
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ	IV
Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας	1
Abstract	3
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ	6
1.1. Ορισμός Γήρατος.	6
1.2. Εξέλιξη της θεώρησης των ηλικιωμένων μέχρι σήμερα.	7
1.3 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης ως ζήτημα Δημόσιας Υγείας.	10
1.4 Προγράμματα Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα για την φροντίδα των ηλικιωμένων.....	13
1.5 Η αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων.....	15
1.6 Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Σχετιζόμενης με τη Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων.	16
1.6.1 Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας, κοινωνικο-δημογραφικοί παράμετροι και άλλοι δείκτες αξιολόγησης της Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων.	18
1.6.2 Άνοια – Alzheimer και επίδραση τους στην Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων.....	19
1.6.3 Η επίδραση του ιδρυματισμού στην Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων.	23
2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	26
2.1 Η ανάδειξη της αναγκαιότητας της μελέτης.....	26
2.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης.	27
2.3 Ερευνητικά ερωτήματα – ερευνητική υπόθεση.....	27
3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ	29
3.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.....	29
3.2 Πληθυσμός αναφοράς - πληθυσμός δείγματος και Κριτήρια επιλογής δείγματος - τρόπος δειγματοληψίας.....	30
3.3 Μέθοδοι σχεδιασμού μελέτης και Τύπος έρευνας.....	31
3.4. Τα Εργαλεία Συλλογής δεδομένων και η συμπλήρωσή τους.....	31
3.4.1. Το ερωτηματολόγιο N.H.P. και η ελληνική έκδοσή του.	31
3.4.2 Το Minimental test M.M.S.E.	33
3.5. Διερευνώμενες Μεταβλητές Συσχέτισης με τομείς της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.....	33
3.6 Τήρηση κανόνων βιοηθικής.....	34

3.7 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης δεδομένων ερευνητικής διαδικασίας.	35
4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	37
4.1. Περιγραφική Στατιστική: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος - επίπεδο Έκπτωσης Γνωστικών Λειτουργιών - Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας - Τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ.	37
4.2. Συσχετίσεις Διερευνώμενων Μεταβλητών με τομείς της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος.	44
5. ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	47
5.1. Περιορισμοί της μελέτης	47
5.2. Κύρια Ευρήματα και Συμπεράσματα.....	47
5.3 Προτάσεις προς τη διοίκηση του Πτωχοκομείου – Γηροκομείου Ηρακλείου Κρήτης	54
5.4. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.	55
6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	56
7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	65
Παράρτημα I: Πίνακες-Διαγράμματα Στατιστικής Ανάλυσης	65
Παράρτημα II: έντυπα έγκρισης της μελέτης	88

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΥΝΤΜΗΣΕΩΝ

(Α.Μ.Ε.Α.) Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες

(Ε.Ε.). Ευρωπαϊκή Ένωση

(Ε.Ο.Π.Υ.Υ). Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

(Κ.Α.Π.Η.) Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων

(Κ.Ε.Δ.Κ.Ε.) Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος

(ΚΕ.ΚΟΙ.Φ/Α.Π.Η) Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας και Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων)

(Κ.Η.Φ.Η.) Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων

(Μ.Μ.Σ.Ε) Mini Mental State Examination

(NHP) Nottingham Health Profile

(Ν.Π.Ι.Δ.) Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου

(Ο.Γ.Α.) Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων

(Π.Ο.Υ). Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

(Σ.Υ.Π.Ζ.) Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

(QALYs) Quality Adjusted Life Years.

(WHO) World Health Organization

Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας: Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής σε ηλικιωμένους ενοίκους γηροκομείου στο Ηράκλειο.

Της: Αρετής Σμυρνιωτάκη Κοινωνικής Λειτουργού

Υπό τη επίβλεψη των: 1. Φιλαλήθη Α.

Καθηγητή, Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής,
Πανεπιστημίου Κρήτης

2. Βλασιάδης Κων/νου

Δρ. Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης

Ημερομηνία: 10/3/2014

Καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης επεκτείνεται, παράλληλα αυξάνεται και ο πληθυσμός των ηλικιωμένων. Σήμερα το 10% των Ευρωπαίων ηλικιωμένων ζει σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης και έχει αυξημένες ανάγκες φροντίδας. Η διερεύνηση λοιπόν της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα, παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για τη δημόσια Υγεία..

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. των τροφίμων του γηροκομείου-πτωχοκομείου, Ηρακλείου Κρήτης, ως προς τους τομείς: κινητικότητα, πόνου, ύπνου, ενεργητικότητας, συναισθηματικών αντιδράσεων και κοινωνικής απομόνωσης, ώστε να γίνει κατανοητό σε ποιους από τους παραπάνω τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ., θα ήταν ωφέλιμο για τους ηλικιωμένους να γίνουν παρεμβάσεις βελτίωσης.

Η μελέτη έλαβε χώρα από 3/2013 έως 3/2014 και πραγματοποιήθηκε στο Πτωχοκομείο – Γηροκομείο Ηρακλείου Κρήτης. Οι ένοικοι του ιδρύματος είναι 116 άτομα, τα οποία προσεγγίστηκαν στο σύνολο τους για το σκοπό της μελέτης και τελικά συναίνεσαν να συμμετέχουν 92 άτομα. Αποτελεί μελέτη περίπτωσης στην οποία ακολουθείται μεθοδολογία συγχρονικής μελέτης. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το N.H.P. (Nottingham Health Profile) ένα διεθνώς αποδεκτό, ερωτηματολόγιο το οποίο έχει κριθεί κατάλληλο για την χρήση του σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους.

Από τα αποτελέσματα της μελέτης τα προβλήματα υγείας έδειξαν να επιβαρύνουν τους επιμέρους τομείς. Συγκεκριμένα τα άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα έχουν στατιστικώς σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στους τομείς της ενέργειας και του πόνου. Τα άτομα με έκπτωση κινητικότητας έχουν επίσης στατιστικώς σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στους τομείς της ενέργειας, του πόνου, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και βεβαίως της κινητικότητας. Τα άτομα με έκπτωση ακοής και όρασης έχουν στατιστικώς σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στους τομείς της κινητικότητας και της ενέργειας αντίστοιχα. Συνολικά τα άτομα με ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας έχουν στατιστικά σημαντικά χειρότερη ποιότητα ζωής στα πεδία της ενέργειας του πόνου και της κινητικότητας. Τέλος, στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και των πεδίων ενέργειας και κινητικότητας και μεταξύ των ετών διαμονής στο ίδρυμα και των πεδίων του πόνου και του ύπνου, των οποίων τα σκορ αυξανόμενα δείχνουν χαμηλότερο επίπεδο Σ.Υ.Π.Ζ. βάση του N.H.P., στους αντίστοιχους τομείς.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας της Σ.Υ.Π.Ζ. αντιστοιχούν στον τομέα της ενέργειας, ενώ ακολουθούν η κινητικότητα και οι συναισθηματικές αντιδράσεις. Παρατηρείται ότι ο ύπνος, η κοινωνική απομόνωση και τέλος ο πόνος παρουσιάζουν τα χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας.

Η μελέτη αυτή δίνει μια χρήσιμη εκτίμηση της Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος, και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Συμβάλει επίσης στην αποσαφήνιση των κατευθύνσεων στις οποίες ενδείκνυται να γίνουν στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης της Σ.Υ.Π.Ζ. των ενοίκων, ενώ παράλληλα αποτελεί ένα ακόμα οδηγό σημείο για συναφείς μελέτες στον Ελλαδικό χώρο και συγκρίσεις με δεδομένα του εξωτερικού.

Λέξεις κλειδιά: Ηλικιωμένοι, Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.), Γηροκομείο, Ελλάδα.

Abstract

Title: Assessment of Health Related Quality of Life in elderly nursing home residents in Heraklion.

By:

Supervisors: 1. Philalithis Anastasios
Professor, Department of social Medicine, Medical University of Crete

2. Vlasidis Konstantinos
Dr. Medicine University of Crete

Date: 10/3/2014

While the life expectancy is increased, the population of the elderly people is also increased. Nowadays, the 10% of the European elderly people have increased care requirements and institutional care is being provided to them. Thus, the investigation of the Health Related Quality of Life (H.R.Q.L.) of the institutionalized elderly is of great interest in terms of Social Care.

The aim of the current study is the evaluation of the H.R.Q.L. of the institutionalized elderly people living in the almshouse of Heraklion. The study focused in the field of the mobility, pain, sleep, activity, emotional reactions and social isolation, in order to be better understood the potential improvement of the elderly's life upon interventions of the referred circumstances of H.R.Q.L.

The study was carried out in the almshouse-nursing home of Heraklion of Crete (March 2013-March 2014). For the purpose of the study all the residents (116) of the Institution, were asked to participate in the study and 92 of them gave their consent. A cross-sectional analysis was used for the purposes of the current case study. For the collection of the data, the Nottingham Health Profile (NHP) questionnaire was used. NHP questionnaire is an internationally recognized quality of life questionnaire for its appropriateness to be used to institutionalized elderly.

According to the results of this study, health related problems affect negatively the issues studied that were mentioned above. In particular, people with cardiovascular diseases have statistically worse quality of life in terms of activity and feeling of pain, than people who do not have cardiovascular diseases. The individuals with mobility problems not only have decreased H.R.Q.L. in terms of mobility, activity and feeling of pain, but also in terms of emotional reactions. On the other hand, the individuals with hearing or vision problems have decreased quality of life in terms of mobility and activity, respectively. It was also concluded, that individuals with one or more health related problems have decreased H.R.Q.L in terms of activity, feeling of pain and mobility. Last but not least, it was also statistically implied a positive correlation between the age of the elderly and the fields of activity, feeling of pain, sleep and time of residence in the institution. When these parameters were increased, according to the results derived from the use of the NHP, a decreased level of H.R.Q.L. was observed.

As a conclusion, it can be said, that the highest H.R.Q.L. levels were observed in the people with activity problems followed by individuals with mobility and emotional reaction problems. It was also observed, that sleep, social isolation and feeling of pain contribute to a lesser extent to the discomfort of the elderly.

The current study is a useful tool for the evaluation of the H.R.Q.L. of the residents participated in the study and also of the factors influence the H.R.Q.L. This study also contributes to a better understanding of the fields of improvement that can have beneficial effects to the H.R.Q.L. of the elderly. In addition, the current study can be a useful tool for future relevant studies in Greece or abroad.

Key words: Elderly, Health Related Quality of Life (H.R.Q.L.), Nursing Home, Greece ,

Αντί Προλόγου

“Add life to years, not just more years to life”

Πρόσθεσε ζωή στα χρόνια σου, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή σου.

Γεροντολογικός Σύλλογος των Η.Π.Α. 1995.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1. ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ

1.1. Ορισμός Γήρατος.

Με μια ματιά στο μέσο όρο ζωής των ανθρώπων στο παρελθόν, διαπιστώνεται ότι υπήρχαν εποχές με χαμηλό μέσο όρο ζωής, όπως για παράδειγμα στους Ρωμαϊκούς χρόνους. Αυτό οφειλόταν κυρίως στην πολύ υψηλή βρεφική και νηπιακή θνησιμότητα, στις συνθήκες διαβίωσης, αλλά και σε κοινωνικά φαινόμενα π.χ. πολεμικές περιόδους κ.α. Μετά το 1940 ο μέσος όρος ζωής άρχισε να κυμαίνεται γύρω στα 74 έτη.

Ανάλογα λοιπόν με την μέση διάρκεια ζωής που επικρατεί σε κάθε χρονική περίοδο, οριοθετείτε και η ηλικία πάνω από την οποία ένα άτομο θεωρείτε ηλικιωμένο. Ορισμοί όπως: «ηλικιωμένος», «γήρας», «τρίτη ηλικία», παραμένουν ασαφείς, καθώς δεν υπάρχει αυστηρώς συγκεκριμένο βιολογικό όριο γήρανσης. Είναι κοινά αποδεκτό, ότι οι παραπάνω όροι, έχουν αμφισβητηθεί από πολλούς επιστήμονες μιας και πρόκειται για όρους κοινωνικά κατασκευασμένους. Όπως αποδεικνύεται, το γήρας δεν είναι μόνο βιολογικό θέμα αλλά είναι επίσης θέμα αντίληψης των ίδιων των ανθρώπων (Estes,2001).

Έτσι σήμερα ο ορισμός του «ηλικιωμένου» ατόμου οφείλεται στο γεγονός ότι το 1884 στη Γερμανία, ορίστηκε ως μεταίχμιο γήρανσης η ηλικία άνω των 65 ετών, καθαρά για λόγους διαχείρισης κοινωνικοπολιτικών προγραμμάτων συνταξιοδότησης. Έκτοτε πολλές άλλες χώρες υιοθέτησαν αυτό τον ορισμό κατατάσσοντας άτομα άνω των 65 ετών στην τρίτη ηλικία.

Πιο σπάνια γίνεται διάκριση σε ενδιάμεσες ηλικιακές κατατάξεις των ηλικιωμένων. Συγκεκριμένα ο WHO (World Health Organization) στο συνέδριο του Κιέβου το 1964 όρισε τα άτομα ηλικίας 60-74 ετών σαν ηλικιωμένα άτομα τρίτης ηλικίας (elderly), αντίστοιχα άτομα 75-89 ετών ως γέροντες τέταρτης ηλικίας (aged), και εκείνα με ηλικία άνω των 90 ετών σαν μεγάλους γέροντες, υπερήλικες, πέμπτης ηλικίας (gerontins) (Χανιώτης, 1998).

Η ώριμη ηλικία άνω των 65 πριν από τα βαθιά γεράματα, δεν διαφοροποιείται σημαντικά σε επίπεδο λειτουργικότητας από τις προηγούμενες φάσεις του κύκλου ζωής του ανθρώπου. Έχουν κάνει βέβαια την εμφάνιση τους παθολογικές καταστάσεις σχετιζόμενες με την ηλικία όπως π.χ. η στεφανιαία ανεπάρκεια κ.α. αλλά στις μέρες μας αντιμετωπίζονται σχετικά καλά ώστε να μην

επηρεάζουν σημαντικά την ζωή του ατόμου. Ωστόσο σε επίπεδο ψυχικής υγείας τα πράγματα είναι καλύτερα. Σύμφωνα με τον Erikson (1980), η ώριμη ηλικία χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ικανότητα του ατόμου να μοιράζεται εμπειρίες με τους άλλους και να ανήκει σε μια κοινωνική ομάδα, χωρίς να απειλείτε ή να αλλοτριώνεται, η αντίληψη της προσωπικής ταυτότητας του ατόμου. Ο Erikson διακρίνει έξι λειτουργίες της προσωπικότητας των ηλικιωμένων που τους διακρίνουν από άλλες ηλικίες:

1. Αναβάλλουν την δράση ως ότου σχηματίσουν πλήρη εσωτερική αναπαράσταση της εκτέλεσης της εν λόγω δράσης και των συνεπειών της.
2. Διαμορφώνουν πλήρη και πιο σταθερή προσωπικότητα.
3. Στα φυσιολογικά γηρατειά υπάρχει σαφής και πληρέστερη αντίληψη της πραγματικότητας.
4. Υπάρχει μεγαλύτερη αντοχή στην ένταση των αρνητικών συναισθημάτων.
5. Έχουν μεγαλύτερη ικανότητα συνειδητού ελέγχου της φαντασίας.
6. Συσχετίζουν περισσότερο το σεξ με συναισθήματα αγάπης.

Επιπρόσθετα οι ηλικιωμένοι σκέπτονται εντονότερα τον μελλοντικό τους θάνατο και εν όψη αυτού έχουν την τάση απολογισμού ή απογραφής της ζωής τους.

Ωστόσο από την τέταρτη ηλικία ως το θάνατο, τα βαθειά γεράματα, χαρακτηρίζονται έντονα πια από προοδευτική έκπτωση των λειτουργιών του ανθρώπου και η ανάγκη προσαρμογής στους περιορισμούς που αυτό συνεπάγεται επηρεάζει άμεσα την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (Μάνος, 1997).

1.2 Εξέλιξη της θεώρησης των ηλικιωμένων μέχρι σήμερα.

Πολλοί επιστήμονες, αποπειράθηκαν να προσδιορίσουν και να ερμηνεύσουν το γήρας. Παλαιότερα υπερίσχυε η βιοϊατρική θεωρεία, η οποία ερμηνεύει το γήρας ως συνώνυμο της αδυναμίας, της ανικανότητας για δραστηριοποίηση, της απώλειας κινητικότητας, και της αυξημένης πιθανότητας για εμφάνιση νόσων. Η βιοϊατρική άποψη λοιπόν, πρεσβεύει ότι η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου και τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και βιολογικών συστημάτων του ανθρώπινου οργανισμού (Χανιώτης 1998). Η γηριατρική επιστήμη εστίαζε στην πρόληψη των βιολογικών συμπτωμάτων της γήρανσης και την θεραπεία των παρελκόμενων νόσων.

Αργότερα εμφανίστηκαν τρεις βασικές κοινωνιολογικές θεωρίες για το γήρας που προέκυψαν σε μια προσπάθεια πολυδιάστατης διεπιστημονικής προσέγγισης του γήρατος: Η «disengagement theory», «activity theory», και η «continuity theory» (Goldsmith, 2006).

Η πρώτη θεωρία εμφανίστηκε το 1960 και εστιάζει περισσότερο σε ατομικούς παρά κοινωνικούς παράγοντες γήρανσης. Έτσι το γήρας ερμηνεύτηκε ως μεταβατική διαδικασία απόσυρσης από την κοινωνική ζωή, καθώς η ίδια η κοινωνία θεωρείται ότι δεν παρέχει χρήσιμους ρόλους στους ηλικιωμένους αλλά σταδιακά μεταβιβάζει αυτούς τους ρόλους στην επόμενη γενιά (Cumming, 1963). Με βάση τη φιλοσοφία αυτής της θεωρίας ιδρύθηκαν τα πρώτα γηροκομεία στην Ελλάδα όπου αποσύρονταν από την ενεργό κοινωνική ζωή οι ηλικιωμένοι.

Σε αντιπαράθεση με την παραπάνω θεωρία αναπτύχθηκε η «activity theory» η οποία πρεσβεύει ότι ένα άτομο βρίσκει ικανοποιητικούς ρόλους όσο η κοινωνία του παρέχει ευκαιρίες. Άρα η θεωρία αυτή υποστηρίζει ότι όσο οι ηλικιωμένοι έχουν την ευκαιρία να είναι δραστήρια και ενεργά μέλη της κοινωνίας τόσο τα γεράματα τους θα είναι πιο υγιή και επιτυχημένα. Έτσι η θεωρία αυτή προτείνει νέους ρόλους και δραστηριότητες σε αντικατάσταση των συνηθειών της νεότερης ζωής των ηλικιωμένων (Litwin, 2006). Στα πλαίσια της θεωρίας αυτής λειτούργησαν τα πρώτα Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Προστασία Ηλικιωμένων) στην Ελλάδα. Έτσι προτεινόταν στους ηλικιωμένους να απασχολούνται με νέες δραστηριότητες κατάλληλες για την ηλικία τους π.χ. με χειροτεχνίες και άλλες δράσεις προσαρμοσμένες στην τρίτη ηλικία.

Σήμερα ζούμε στην εποχή της ενεργούς γήρανσης που ακολουθεί στοιχεία της «continuity theory» δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην υποστήριξη της προσαρμογής του ατόμου στην διαδικασία γήρανσης. Η τελευταία νοείται ως μεταβατική διαδικασία συνεχιζόμενων αλλαγών καθ' όλη τη διάρκεια του κύκλου ζωής του ανθρώπου (Agahi, 2006). Σύμφωνα με την Atchley (1989:67), «οι άνθρωποι δεν αλλάζουν όσο μεγαλώνουν, απλώς γίνονται πιο πολύ από αυτό που ήταν». Έτσι η θεωρία αυτή δεν προτείνει νέες ενασχολήσεις κατάλληλες για ηλικιωμένους όπως η activity theory, αλλά υποδεικνύει τη συνέχιση των παλαιότερων δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων προσαρμοσμένη στην εξέλιξη των ρυθμών και της αντοχής τους.

Αντίστοιχα υπάρχει σήμερα στην Ελλάδα η τάση να μετασχηματίζονται οι υπηρεσίες των Κ.Α.Π.Η. (Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων) σε ΚΕ.ΚΟΙ.Φ/Α.Π.Η (Κέντρα Κοινωνικής Φροντίδας / Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων). Τα τελευταία δεν ξεχωρίζουν ως ηλικιακή ομάδα τους ηλικιωμένους,

αλλά ενσωματώνουν τις ανάγκες των ηλικιωμένων στην συνεχή Κοινωνική Φροντίδα. Παράλληλα ενισχύονται οι υπηρεσίες «Βοήθεια στο Σπίτι» με σκοπό να υποστηριχθεί και να διατηρηθεί όσο είναι εφικτό η συνέχιση του ίδιου τρόπου ζωής που έχει επιλέξει το κάθε άτομο, ακόμα και μέσα από τη διαδικασία γήρανσης χωρίς να απομακρυνθεί από το οικείο περιβάλλον του.

Ο Π.Ο.Υ. (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας) το 1998 αναφέρει στο 5^ο άρθρο της έκθεσης της πολιτικής του «Υγεία για όλους τον 21^ο αιώνα» την έννοια της Ενεργούς Γήρανσης η οποία περιλαμβάνει:

- τη δια βίου μάθηση,
- την παραμονή στην εργασία για περισσότερο χρόνο,
- την πιο σταδιακή συνταξιοδότηση π.χ. με μια μεταβατική περίοδο ημιαπασχόλησης,
- την δυνατότητα διατήρησης της δραστηριότητας μετά την συνταξιοδότηση κατ' επιλογή,
- την δημιουργική απασχόληση με δραστηριότητες που αυξάνουν τις δυνατότητες του ατόμου και διατηρούν την υγεία του.

Η Ενεργός Γήρανση ενισχύεται στο Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε. (Ευρωπαϊκής Ένωσης) με το Άρθρο 21 παράγραφο 1 περί απαγόρευσης διακρίσεων συμπεριλαμβανομένων της αναπηρίας και της ηλικίας και επίσης με το άρθρο 25 περί δικαιωμάτων των ηλικιωμένων για αξιοπρεπή ζωή με συμμετοχή στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο.

Το 2003, το Εθνικό Ινστιτούτο Δημόσια Υγείας της Σουηδίας, με την υποστήριξη της Ευρωπαϊκής Επιτροπής και 12 εταίρων, συμπεριλαμβανομένων: του Ευρωπαϊκού Δικτύου Φορέων για την Προαγωγή της Υγείας (Euro-Health Net), του Π.Ο.Υ., της Ευρωπαϊκής Πλατφόρμας για τους Ηλικιωμένους (AGE), και άλλων συντελεστών, δημιούργησαν το Σχέδιο «Υγιής Γήρανση» στα πλαίσια του προγράμματος Δημόσιας Υγείας της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Το Σχέδιο αυτό λαμβάνοντας υπ' όψιν και το περιβάλλον του ατόμου, υποδεικνύει ως σημείο εκκίνησης για την επίτευξη της υγιούς γήρανσης, τη διασφάλιση της ισορροπίας μεταξύ των ικανοτήτων του ατόμου και των στόχων του. Ορίζει παράλληλα την Υγιή Γήρανση ως «τη διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μια ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή» (Marianne, 2007).

Το συμβούλιο της Ευρωπαϊκής Επιτροπής καθιέρωσε το 2012 ως Ευρωπαϊκό έτος Ενεργούς Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των Γενεών. Ορίζει δε την Ενεργό Γήρανση ως την διαδικασία υποστήριξης των ηλικιωμένων ώστε να διατηρήσουν όσο το δυνατόν περισσότερο τον έλεγχο της ζωής τους και να συμμετέχουν στην οικονομική και κοινωνική ζωή του τόπου τους (<http://ec.europa.eu/social>).

1.3 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης ως ζήτημα Δημόσιας Υγείας.

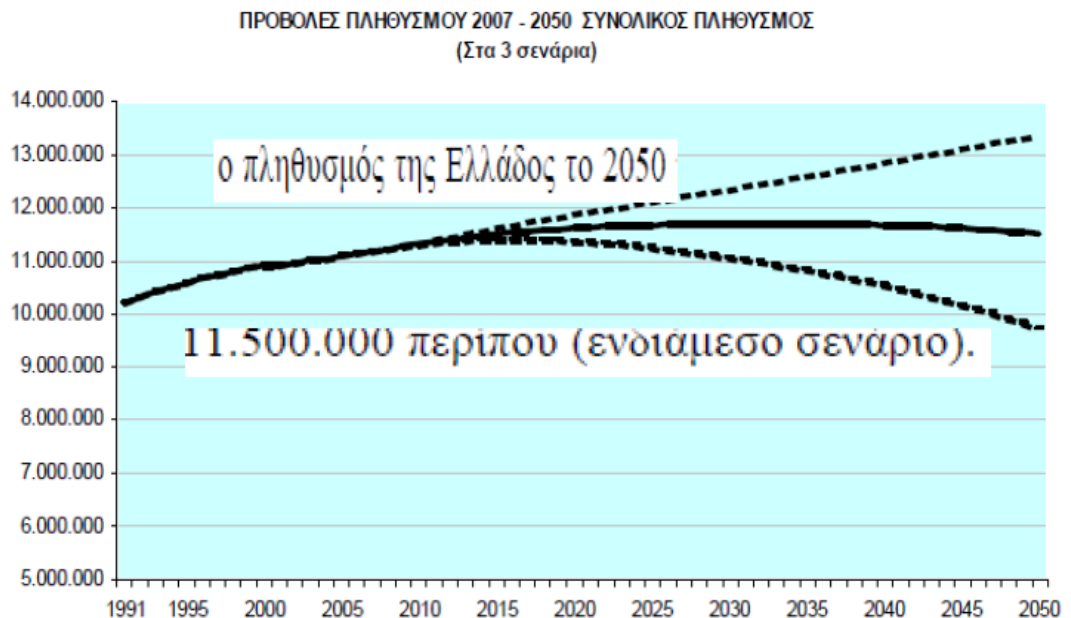
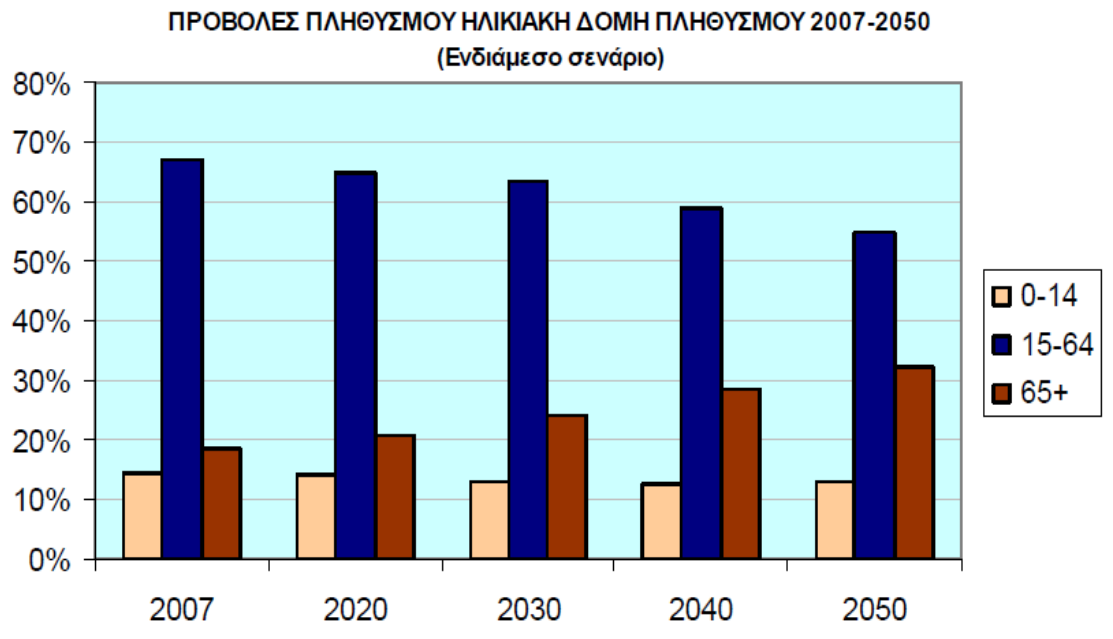
Καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης επεκτείνεται, παράλληλα αυξάνεται και ο πληθυσμός των ηλικιωμένων, ο οποίος έχει και τις μεγαλύτερες ανάγκες υπηρεσιών υγείας (OECD, 2005). Σήμερα το 10% των Ευρωπαίων ηλικιωμένων ζει σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (Lobo et al 2008), (Drageset, 2008). Τα γηροκομεία προσφέρουν υποστήριξη σε ηλικιωμένους με χαμηλή ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και χρόνιες ανάγκες που αφορούν πολλές καθημερινές δραστηριότητες (Dijkstra, 1998). Οι ανάγκες αυτές επηρεάζουν τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων και συμβάλουν στην εξάρτησή τους, από την ιδρυματική φροντίδα (Bavazzano, 1998) (Dijkstra, 2000).

Ο Munk (2007) περιγράφει τις δημογραφικές αλλαγές που έχει υποστεί ο παγκόσμιος πληθυσμός. Η πτώση των δεικτών γονιμότητας και παράλληλα η μείωση των δεικτών νοσηρότητας τις τελευταίες δεκαετίες έχουν συμβάλει σημαντικά στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό (Δενδρινός, και συν 2003). Το γεγονός αυτό σε συνάρτηση με την παράλληλη μείωση της αναλογίας των νέων, δημιουργούν το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης. (European Commission, 2004). Το φαινόμενο αυτό αποτυπώνεται σήμερα σε όλες της χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Ευρωπαϊκή Επιτροπή 1997), συμπεριλαμβανομένης και της Ελλάδας (Ρόμπολης και συν, 2003).

Το παραπάνω φαινόμενο δημιουργεί ως παρελκόμενα νέα ζητήματα που προβληματίζουν τους επιστήμονες της Δημόσιας Υγείας. Σήμερα ο πληθυσμός των ηλικιωμένων, έχει μοναδικά δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ολοένα και μεγαλύτερος πληθυσμός ηλικιωμένων συνταξιοδοτείται και παραμένει σε σύνταξη για περισσότερα χρόνια.

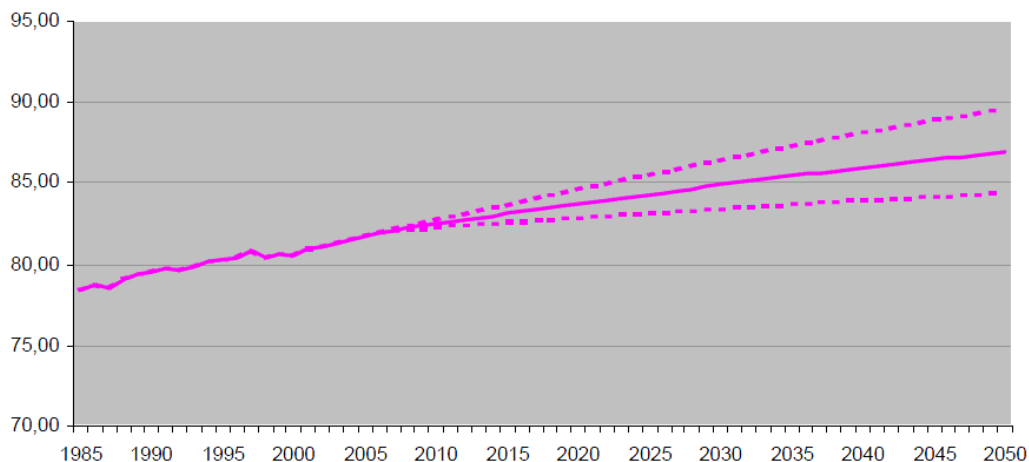
Το φαινόμενο αυτό αποτυπώνεται στους παρακάτω πίνακες των οποίων προβολές παρουσιάζονται σε 3 σενάρια, χαμηλό μεσαίο και υψηλό και έγιναν με

βάση τα στοιχεία απογραφής του 2001 και τον εκτιμώμενο πληθυσμό την 1 Ιανουαρίου 2007 στην Ελλάδα, από το Υπουργείο Εσωτερικών.

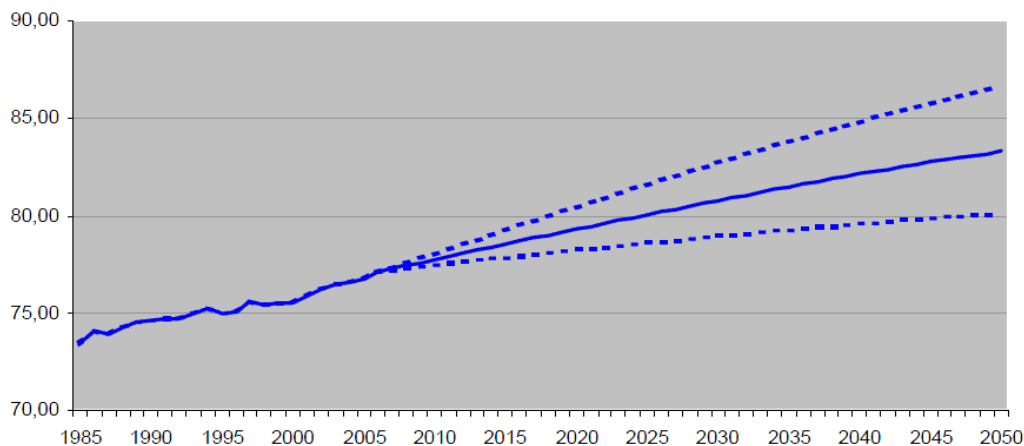


Σε αντίθεση με άλλα ηλικιακά στρώματα, μεταξύ των ηλικιωμένων αριθμούνται περισσότερες γυναίκες, από ότι άντρες καθώς οι γυναίκες έχουν ελαφρά ανώτερο προσδόκιμο επιβίωσης.

ΠΡΟΒΟΛΗ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ - ΘΗΛΕΣ
(Στα 3 σενάρια)



ΠΡΟΒΟΛΗ ΠΡΟΣΔΟΚΩΜΕΝΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΓΕΝΝΗΣΗ - ΑΡΡΕΝΕΣ
(Στα 3 σενάρια)



Έτσι από τους παραπάνω πίνακες φαίνεται ότι το προσδόκιμο επιβίωσης το 2007 ήταν για τους άνδρες 77,9 έτη και για τις γυναίκες 81,97 και προβλέπεται περαιτέρω αύξηση της έμφυλης αυτής διαφοράς στη διάρκεια επιβίωσης, ως το 2050.

Παράλληλα με την πάροδο του χρόνου, όχι μόνο εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά νοσηρότητας, αλλά και συνοσηρότητας, κάτι που συνεπάγεται σταδιακά περισσότερη κατανάλωση υπηρεσιών ιατροφαρμακευτικής φροντίδας (Σιαμπος, 1989). Παλαιότερα τα άτυπα οικογενειακά δίκτυα έπαιζαν σημαντικό ρόλο στην επικουρική φροντίδα των ηλικιωμένων. Σήμερα όμως σε συνδυασμό με την αύξηση των μονογονεϊκών οικογενειών αναμένονται όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι να φτάνουν στην τρίτη ηλικία χωρίς σύντροφο. Από την άλλη όταν υπάρχει σύντροφος,

τότε καθώς οι γυναίκες μέσα σε ένα γάμο είναι συνήθως νεότερες, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αναλάβουν άτυπα το ρόλο της νοσοκόμας του συζύγου κάτι που αυξάνει σε εκείνες τον κίνδυνο της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία. Παράλληλα είναι ακόμα δυσκολότερο και για τα παιδιά των ηλικιωμένων να φροντίζουν τους γονείς τους. Από τη μία ολοένα και περισσότερες γυναίκες, άρα και ενήλικες κόρες ηλικιωμένων βγαίνουν στην αγορά εργασίας και δεν έχουν χρόνο για την φροντίδα των γονέων τους. Από την άλλη η εκτεταμένη μορφή οικογένειας που περιλάμβανε παππούδες και γιαγιάδες δίνει τη θέση της στην πυρηνική μορφή οικογένειας που περιλαμβάνει μόνο γονείς και παιδιά οπότε συχνά οι ηλικιωμένοι μένουν μακριά από την φροντίδα των παιδιών τους (Πουλοπούλου, 1999).

1.4 Προγράμματα Δημόσιας Υγείας στην Ελλάδα για την φροντίδα των ηλικιωμένων.

Αντισταθμιστικά, αναπτύχθηκαν πολλές δομές φροντίδας υγείας για τους ηλικιωμένους. Αρχικά όταν καθιερώθηκε η γεροντολογία ως πεδίο μελέτης υπήρχε η πεποίθηση ότι οι ηλικιωμένοι έχουν σε μεγάλο βαθμό κοινές ανάγκες φροντίδας υγείας, καθώς η συνισταμένη των γηρατειών αποτελούσε έναν ισχυρό παράγοντα κοινών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων υγείας. Έπειτα λοιπόν οι επιστήμονες να βλέπουν τους ηλικιωμένους σαν ομοιογενή ομάδα με κοινά αναπτυξιακά χαρακτηριστικά όπως π.χ. αντιλαμβάνονταν παγκόσμια κοινά χαρακτηριστικά στην ανάπτυξη των παιδιών. Οι Lachman & Baltes (1994) μέσα από μακροχρόνιες διαχρονικές μελέτες, απέδειξαν ότι υπάρχει σημαντική ποικιλομορφία αναγκών υγείας μεταξύ των ηλικιωμένων που οι υπηρεσίες φροντίδας υγείας οφείλουν να λάβουν υπόψη.

Στην Ελλάδα υπάρχουν τρία επίπεδα πρόληψης για την υγεία των ηλικιωμένων. Το 1^ο επίπεδο είναι η πρωτογενής πρόληψη που στοχεύει στο να προλαμβάνει την εμφάνιση των συμπτωμάτων νόσων που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία μέσα από την προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων την πρόληψη νοσηρότητας και κατάλληλα προστατευτικά μέτρα. Στο 2^ο επίπεδο είναι η δευτερογενής πρόληψη, η οποία ουσιαστικά είναι πρόληψη της εκδήλωσης μιας ήδη υπάρχουσας (σε λανθάνουσα κατάσταση) νόσου του ηλικιωμένου. Αφορά κυρίως τους φορείς ασθενειών και τα στάδια που η νόσος υπάρχει σε λανθάνουσα φάση. Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στην έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία. Εδώ περιλαμβάνονται και τα αντίστοιχα screening για την υγεία των ηλικιωμένων. Στο 3^ο

επίπεδο είναι η τριτογενείς πρόληψη η οποία στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας των ήδη νοσούντων, δηλαδή την πρόληψη των μακροπρόθεσμων συνεπειών της ασθένειας, των επιπλοκών και της υποτροπής τους (Μηνακούλη και Τσιακάτουρα 2005).

Στην Ελλάδα τη δεκαετία του 1970 ξεκίνησε η αλλαγή της πολιτικής υγείας για τους ηλικιωμένους, όταν αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά από την πολιτική ηγεσία, η ανάγκη παροχής προληπτικής ιατρικής και κοινωνικής φροντίδας στους ηλικιωμένους. Το 1979, η Διεύθυνση Προστασίας Ηλικιωμένων του τότε υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, σε συνεργασία με τον Όμιλο Εθελοντών, ίδρυσαν το πρώτο Κέντρο Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) στην Ελλάδα, με την ονομασία «Πρότυπο ΚΑΠΗ Ν. Κόσμου». Νομοθετικά η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. τεκμηριώθηκε στο Π.Δ. 631/74 και στον Ν.Δ. 162/1973 ΦΕΚ 227/73 Α' «περί μέτρων προστασίας υπερηλίκων και χρονίως πασχόντων ατόμων». Έκτοτε, η ανάπτυξη του θεσμού ήταν ραγδαία. Κύριοι στόχοι των Κ.Α.Π.Η. είναι η πρόληψη βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων και η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων, ώστε να παραμείνουν ενεργά και ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου (Αμυρά, & Τεπέρογλου 1986).

Παράλληλα στα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.). Τα κέντρα αυτά απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν επαρκώς και το περιβάλλον τους δεν μπορεί να τους υποστηρίξει (Αθανασάκης, 2009). Στα Κ.Η.Φ.Η. προσφέρεται στους ηλικιωμένους ημερήσια, ολιγόωρη παραμονή, με παράλληλη δημιουργική απασχόληση, ικανοποίηση πρακτικών αναγκών και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Κύριοι στόχοι των κέντρων αυτών είναι η αποφυγή της ιδρυματοποίησης, του κοινωνικού αποκλεισμού, η παραμονή των ηλικιωμένων στο γνώριμο περιβάλλον τους, και η προάσπιση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Τα Κ.Η.Φ.Η. συνεργάζονται με φορείς κοινωνικών υπηρεσιών και υπηρεσιών υγείας (Δανιαλήδης 2010).

Το 1997 ξεκίνησε ως πιλοτική εφαρμογή ένα πρόγραμμα με παροχή συμπληρωματικών βοηθητικών υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και υγείας με τη συνεργασία των Δήμων, της Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. (Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος) και των Υπουργείων Υγείας και Εσωτερικών. Το πρόγραμμα αυτό εξελίχτηκε το 2000 στις πρώτες μονάδες Κοινωνικής Μέριμνας ενώ το 2002 λειτούργησε και το προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι». Στόχος του προγράμματος είναι η παροχή βοήθειας για αυτονομία και αξιοπρεπή διαβίωση σε Α.Μ.Ε.Α. (Άτομα Με Ειδικές Ανάγκες) και ηλικιωμένα άτομα και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Επίσης προβλέπεται υποστήριξη του οικογενειακού τους περιβάλλοντος (Κ.Ε.Δ.Κ.Ε. 2002). Το πρόγραμμα συγχρηματοδοτήθηκε από το Γ΄ Κοινοτικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Νομοθετικά το πρόγραμμα βασίστηκε στο Ν.Δ. 162/73 και στο άρθρο 2 που αναφέρει ότι η βοήθεια προς τους ηλικιωμένους: «δύναται να εκδηλούται ως κοινωνική αρωγή κατ' οίκον». Έτσι νόμος, εισάγει την πρωτοποριακή αυτή ιδέα 30 χρόνια πριν από την εφαρμογή της.

Ωστόσο εξακολουθεί να υπάρχει ανάγκη και για την κλειστή περίθαλψη στην φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων, όταν οι τελευταίοι έχουν εκδηλώσει αντίστοιχα σοβαρά προβλήματα. Χαρακτηριστικά παράδειγμα είναι οι γηριατρικές κλινικές μακράς νοσηλείας ανιάτων, τα κλειστά ιδρύματα για χρονίως πάσχοντες ηλικιωμένους και τα γηροκομεία.

1.5 Η αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων.

Ο Αριστοτέλης παραθέτει τη φιλοσοφική ανάλυση της έννοιας της «ευδαιμονίας» σε ένα από τα συγγράμματα του, τα «Ηθικά Νικομάχεια». Στο σύγγραμμά του αυτό, ορίζει την ευδαιμονία ως ποιότητα ζωής (ευ ζην) και θεωρεί ότι η έννοια αυτή είναι αλληλένδετη με την ευημερία (ευ πράττειν) (Yfantopoulos, 2001a). Ο φιλόσοφος θεωρούσε ότι το ευ ζην είναι το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό» για τον άνθρωπο, και αποτελεί το σκοπό των πράξεων όλων των ανθρώπων (Οικονόμου, 2001).

Πολλές έρευνες αφορούν γενικά στην ποιότητα ζωής ηλικιωμένων όπως οι: Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHEAR), British Household Panel Survey (BHPS), English longitudinal Study of ageing (ELSA) και Health Retirement Surveyτα αποτελέσματα των οποίων συγκρίθηκαν με μεταναλύσεις (Netuveli, 2007). Οι επιστήμονες που ερευνούν σήμερα την ποιότητα ζωής των ανθρώπων συμφωνούν στην άποψη ότι πρόκειται για μια έννοια που, ναι μεν υπάρχει σε βάθος χρόνου, ωστόσο το περιεχόμενό της αλλάζει σύμφωνα με τις εκάστοτε κυρίαρχες αξίες ζωής, τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, και τη δράση των κοινωνικών δυνάμεων. Βέβαια, ο όρος παρουσιάζει κάποια σταθερά σημεία που σχετίζονται με την «καλή φυσική κατάσταση» και την «κοινωνικότητα» του ανθρώπου (Βακαλιός, 1984). Οι ερευνητές της ποιότητας ζωής επινόησαν τελικά τεχνικές και εξέλιξαν εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής τόσο σε επίπεδο υγείας, όσο και σε επίπεδο, διανοητικών και κοινωνικών διαστάσεων της ευημερίας

(Yfantopoulos, 2001a). Πάλι όμως τέθηκαν ζητήματα διαχωρισμού μεταξύ «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων της ποιότητας ζωής (Baker, 1982). Οι Zautra και Goodhard (1979) προβάλλουν την αναγκαιότητα συνδυασμού αυτών των παραμέτρων προκειμένου για σφαιρική αξιολόγηση της ποιότητας ζωής.

Ο Moody (1995), θεωρεί ότι τέσσερις συνθήκες, που σχετίζονται με υγειονομικές και κοινωνικές πολιτικές, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

- Η επιμήκυνση των χρόνων νοσηρότητας, στην προσπάθεια επίτευξης μακροζωίας.
- Η μείωση των νοσογόνων συνθηκών και η επίτευξη Υγιούς Γήρανσης.
- Η διενέργεια ερευνών γύρω από τους ιατρικούς αλλά και τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες που σχετίζονται με κάθε ποιοτικά σταθμισμένο έτος ζωής που κερδίζεται (QALYs) Quality Adjusted Life Years.
- Τα παραπάνω ζητήματα φέρνουν στο προσκήνιο την ανάγκη αξιολόγησης των οικονομικών συνθηκών που συνδέονται με κάθε προσπάθεια παράτασης της ζωής και απαιτούν σύνθετες οικονομικές αναλύσεις όπως cost- effectiveness και cost utility analysis.

Πολλά ερευνητικά εργαλεία κατόρθωσαν να μετρήσουν διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Αλλά είναι δύσκολο να αξιολογηθεί και η υποκειμενική τους αντίληψη για την ποιότητα ζωής τους, όταν αυτή σχετίζεται με την μέτρηση του υγιούς χρόνου επιβίωσης σε αντιδιαστολή με την παρατεταμένη σε νοσηρότητα μακροζωία (Higgs et al, 2003).

Χαρακτηριστικό είναι το απόφθεγμα του Γεροντολογικού Συλλόγου των Η.Π.Α. το 1995: *“Add life to years, not just more years to life”* Πρόσθεσε ζωή στα χρόνια σου, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή σου.

1.6 Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Σχετιζόμενης με τη Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων.

Ως Σ.Υ.Π.Ζ. ορίζεται η υποκειμενική αντίληψη της υγείας, κατόπιν των συνεπειών μιας ασθένειας ή θεραπείας οι οποίες επιδρούν στην ψυχοσωματική και κοινωνική λειτουργικότητα των ατόμων και επηρεάζουν την ανταπόκριση τους στις καθημερινές δραστηριότητες (Cella, 1996). Η Σ.Υ.Π.Ζ. αποτελεί έναν από τους πιο

συνήθεις δείκτες μη νοσολογικής προσέγγισης, για την αξιολόγηση της κατάστασης υγείας ηλικιωμένων ατόμων (Németh, 2006).

Περνώντας από την έννοια της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων γενικά στην Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής το ενδιαφέρον δεν εστιάζεται σε επιμέρους προβλήματα υγείας που συνεπάγεται η γήρανση, αλλά στην προσέγγιση της έννοιας της υγιούς γήρανσης ως ένα στάδιο της φυσικής εξέλιξης της ζωής του ανθρώπου (Kane & Kane 1981).

Οι πρώτοι προσδιοριστικοί παράγοντες των οποίων οι συσχετίσεις με την υγεία διερευνήθηκαν, ήταν οι βιολογικοί. Στην συνέχεια βρέθηκαν επιρροές από τα κοινωνικο-δημογραφικά δεδομένα του πληθυσμού και τις ανισότητες που αυτά συνεπάγονται και τα οποία συνδέθηκαν κυρίως με την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ), (Σαρρής, 2001; Χρυσάκης & Σούλης 2002; Makenbach 2003; Veenhoven 2002).

Η αξιολόγηση ενός πολυδιάστατου φαινομένου όπως είναι η ποιότητα ζωής απαιτεί αντίστοιχα πολλούς δείκτες αξιολόγησης τόσο της υποκειμενικής αντίληψης ποιότητας ζωής όσο και της αντικειμενικής (Wong, 2003). Είναι πια κοινά αποδεκτό στην επιστημονική κοινότητα ότι οι κλασικοί δείκτες νοσηρότητας και θνησιμότητας αδυνατούν να προσδιορίσουν επαρκώς το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού και τους παράγοντες που το επηρεάζουν (Νιάκας, 1992).

Η Σ.Υ.Π.Ζ. του ατόμου επηρεάζεται όχι μόνο από τη βιολογική βάση και την κληρονομικότητα του, αλλά και από το κοινωνικοπολιτισμικό και φυσικό του περιβάλλον. Σύμφωνα με τον Ackerknecht (1998) τέσσερις κατηγορίες παραγόντων διαμορφώνουν την υγεία και κατ' επέκταση την Σ.Υ.Π.Ζ. του ατόμου.

1. (20-30%) Ευρύτεροι περιβαλλοντικοί παράγοντες π.χ. ρύπανση, ανθυγιεινό εργασιακό περιβάλλον, ανθυγιεινές συνθήκες διαβίωσης κλπ.
2. (10-20%) Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και υπηρεσίες υγείας π.χ. ανισότητες στην πρόσβαση υπηρεσιών υγείας,.
3. (20%) Βιολογικοί παράγοντες, π.χ. κληρονομικότητα, ηλικία κ.λπ.
4. (40-50%) Ανθρώπινη συμπεριφορά π.χ. παράγοντες συμπεριφοράς ρίσκου για την υγεία και υψηλής επικινδυνότητας (risk factors) όπως χρήση ναρκωτικών, οδήγηση χωρίς ζώνη ασφαλείας ή υπό την επήρεια αλκοόλ κλπ.

Γίνεται λοιπόν φανερή η βαρύνουσα σημασία της ανθρώπινης συμπεριφοράς που καθορίζει τον τρόπο ζωής (lifestyle) του ατόμου. Αξιοσημείωτα υψηλό ποσοστό επίδρασης στην υγεία, έχουν οι κοινωνικοοικονομικοί και περιβαλλοντικοί

παράγοντες ενώ, οι βιολογικοί παράγοντες φαίνεται να καθορίζουν την υγεία μόνο κατά το 20% (Τούντας, 2001).

Στους βασικούς δείκτες που αντανακλούν ψυχο-κοινωνικές και κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες ανήκουν: «το φυσικό περιβάλλον», «οι συνθήκες διαβίωσης», «η οικογενειακή ζωή» «η προσωπική ανάπτυξη» «η οικονομική ευημερία» «η πρόσβαση σε δημόσιες υπηρεσίες» «η ικανότητα απορρόφησης δημόσιων πόρων» κ.α. Οι παραπάνω δείκτες επιδρούν στο επίπεδο μελλοντικής θνησιμότητας και επερχόμενης νοσηρότητας του πληθυσμού και ενδείκνυται για μελλοντικές προβλέψεις εθνικής εμβέλειας (Eriksson, et al. 2001).

Ωστόσο άλλοι δείκτες, προσπαθούν να αξιολογήσουν τις προσωπικές καταστάσεις οι οποίες καθορίζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου και αναφέρονται στο επόμενο υποκεφάλαιο αυτής της μελέτης.

1.6.1 Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας, κοινωνικο-δημογραφικοί παράμετροι και άλλοι δείκτες αξιολόγησης της Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων.

Ως υποκειμενική αντίληψη της Σ.Υ.Π.Ζ. ορίζεται η αυτοαναφερόμενη αξιολόγηση της κατάστασης υγείας και της ποιότητας ζωής του ατόμου ειδικότερα. Σε ό,τι αφορά τα ηλικιωμένα άτομα, φαίνεται ότι η αξιολόγηση της υποκειμενικής ή προσλαμβανομένης αντίληψης της ποιότητας ζωής τους, έχει βαρύνουσα σημασία, μιας και αυτή τελικά καθορίζει αν το άτομο είναι λειτουργικό ή όχι, παρά τα όποια προβλήματα υγείας συνεπάγεται η ηλικία του (Benyamin et al. 2003). Για παράδειγμα άτομα με ίσα ποσοστά κινητικής αναπηρίας μπορεί να έχουν διαφορετική αντίληψη της κατάστασης υγείας τους και ως εκ τούτου να διαφέρουν προσαρμοστικά, και λειτουργικά σε ότι αφορά την ανταπόκριση τους στους κοινωνικούς τους ρόλους. Με τον τρόπο αυτό τελικά η υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης υγείας νοείται ως δείκτης της Σ.Υ.Π.Ζ των ηλικιωμένων.

Οι προσωπικές δυνατότητες ευεξίας εξαρτώνται επίσης από κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά και από στοιχεία της προσωπικότητας, συμπεριλαμβανομένων, της ηλικίας και του τόπου καταγωγής και διαμονής (Weber, 1978).

Κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, η ασφάλιση υγείας και το εισόδημα, ενός ηλικιωμένου, διερευνώνται ως προσωπικοί παράμετροι που επιδρούν στην ποιότητα

ζωής του ατόμου (Υφαντόπουλος, και Σαρρής, 2001). Τέτοιοι δείκτες χρησιμοποιούνται κυρίως σε ιδρύματα, ή μικρές κοινότητες όπου οι περιβαλλοντικές συνθήκες διαβίωσης είναι ελεγχόμενες και προκαθορισμένες. Εκεί το ενδιαφέρον στρέφεται στο προφίλ των κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων και της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας των μελών της κοινότητας, τα οποία δύνανται να επηρεάσουν την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής τους (Gammon & Weissman, 1987).

Στους λειτουργικούς παράγοντες που επιδρούν στην Σ.Υ.Π.Ζ. συγκαταλέγονται οι εξής κύριοι τομείς: η κινητικότητα και η ενεργητικότητα ο πόνος, ο ύπνος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις και ο κοινωνικός αποκλεισμός.

Επιπρόσθετα υπάρχουν και δείκτες που ελέγχουν την καθημερινή λειτουργικότητας (daily life) του ατόμου. Στο πεδίο αυτό συγκαταλέγονται παράγοντες όπως οι εργασίες, το νοικοκυριό, κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, η σεξουαλικότητα, τα ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και η ψυχαγωγία.

Άλλοι δείκτες αξιολογούν τον τρόπο ζωής (lifestyle) σε συνάρτηση με την υγεία. Στους δείκτες αυτούς συμπεριλαμβάνεται η διατροφή η άθληση κ.α. Στη μελέτη Seneca, (Groot et al 2004) βρέθηκε συσχέτιση του τρόπου ζωής και την υποκειμενικής αντίληψης της υγείας (Schroll 1996).

Σύμφωνα με τον W.H.O. (Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας) στο World Health Report (2002), η πρόληψη των επικίνδυνων συμπεριφορών μπορεί να αναβαθμίσει τη δημόσια υγεία. Οι συμπεριφορές διακινδύνευσης, μπορούν να αποτελέσουν δείκτη ποιότητας ζωής. Η νοοτροπία ηλικιωμένων που δεν προσαρμόζουν τον τρόπο διαβίωσης τους, στις αλλαγές που επιτάσσει η υποβάθμιση της φυσικής τους κατάστασης λόγω γήρατος, τελικά επηρεάζει την Σ.Υ.Π.Ζ. τους. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι η οδήγηση με μεγάλες ταχύτητες στην τρίτη ηλικία που υπάρχει έκπτωση της όρασης της ακοής και των αντανακλαστικών. Οι άνθρωποι που υιοθετούν τέτοιες συμπεριφορές έχουν μειωμένες πιθανότητες μακροζωίας, υψηλότερη συχνότητα επιπλοκών υγείας και χαμηλότερες τιμές αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής (Donovan et al., 1991)

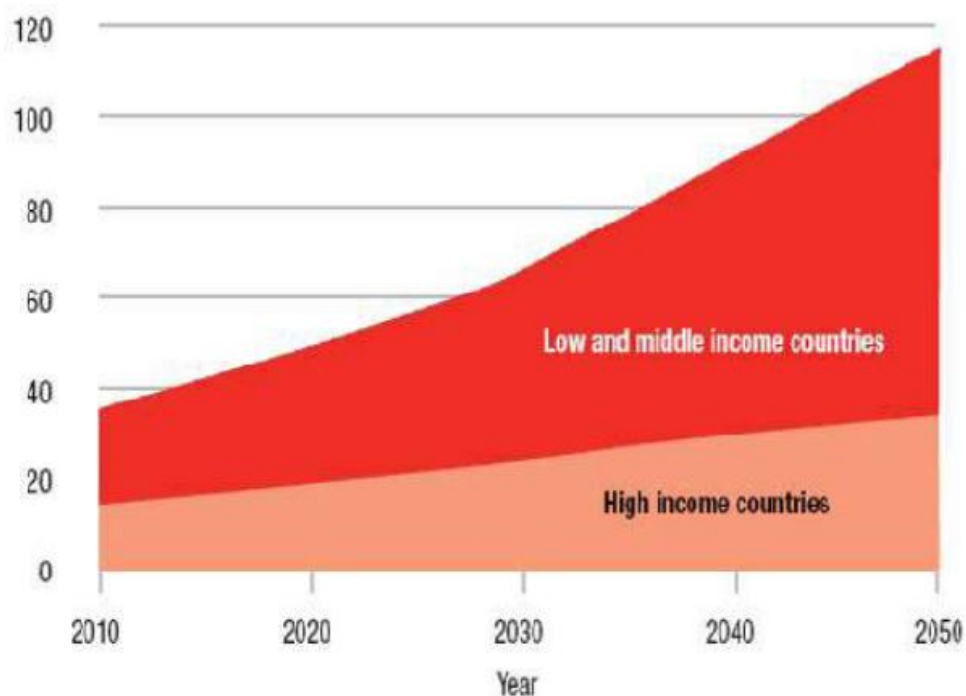
1.6.2 Άνοια – Alzheimer και επίδραση τους στην Σχετιζόμενη με τη Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων.

Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της άνοιας αναφέρει ότι «άνοια είναι η έκπτωση της μνήμης και των άλλων γνωστικών λειτουργιών, σε σχέση με το

προηγούμενο επίπεδο σε σχέση με το προηγούμενο επίπεδο του ασθενούς, η οποία προκύπτει από το ιστορικό, την κλινική εξέταση και τις νευροψυχολογικές δοκιμασίες και η διάρκεια αυτών των συμπτωμάτων είναι μεγαλύτερη των 6 μηνών» (Barlow, D. E & Durand, M. 2001). Η άνοια τύπου Alzheimer είναι: «είναι προοδευτική νευροεκφυλιστική διαταραχή με χαρακτηριστικά κλινικά και νευροπαθολογικά ευρήματα και βαθμιαία από-διοργάνωση των γνωστικών και λειτουργικών ικανοτήτων του ανθρώπου» απαραίτητη προϋπόθεση είναι να μην ενοχοποιείται άλλη νοσολογική αιτία που θα μπορούσε να προκαλέσει άνοια (Τσολάκη, 1999).

Ο Kay (1991), κατόπιν επιδημιολογικών ερευνών, υπέδειξε ποσοστό από 1% έως και 8% του πληθυσμού ηλικίας 65 ετών και άνω ότι πάσχει από μέτρια έως σοβαρή άνοια. Μάλιστα επισήμανε ότι τα ποσοστά αυτά διπλασιάζονται για κάθε πενταετία άνω των 65 ετών. Στην ίδια μελέτη αναφέρει ότι 60 % – 70% των ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα πάσχει από άνοια.

Παρακάτω παρουσιάζεται γραφικά η αύξηση της νόσου σε αναπτυσσόμενες και αναπτυγμένες χώρες. Η ηπιότερη αύξηση στις αναπτυγμένες κοινωνίες ερμηνεύεται λόγω καλύτερων συνθηκών διαβίωσης αλλά και καλύτερου επιπέδου πρόληψης, έγκαιρης διάγνωσης και αποτελεσματικότερης Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.



Πηγή: World Alzheimer Report, ADI, (2009)

Σύμφωνα με την World Alzheimer Report, ADI, (2009), ο επιπολασμός της νόσου Alzheimer, φτάνει το 10-15% σε άτομα ηλικίας άνω των 75 ετών, και 1/5 σε ηλικία άνω των 80 ετών. Επιπλέον ενώ το 2010 έπασχαν από τη νόσο περίπου 35,5 εκατομμύρια άνθρωποι προβλέπεται ότι το 2050 θα πάσχουν τουλάχιστον 115,4 εκατομμύρια ηλικιωμένων. Μελέτη της κλινικής Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης έδειξε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά κοινωνιο-οικονομικής επιβάρυνσης των οικογενειών ασθενών με Alzheimer για τον αγροτικό πληθυσμό της Κρήτης (Lionis, 2000).

Παρατηρούνται σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς την ηλικία έναρξης, την ένταση των γνωστικών διαταραχών και το ρυθμό αποδιοργάνωσης. Η νόσος συνήθως ξεκινάει μετά την ηλικία των 65-70 ετών και τα πρώτα σημάδια της νόσου περιλαμβάνουν ελαφρά συμπτώματα απώλειας μνήμης των οποίων η διαφορική διάγνωση από τις φυσιολογικές επιπτώσεις της γήρανσης είναι δύσκολη. Η γνωστική - νοητική έκπτωση μπορεί να αξιολογηθεί με κλίμακα *minimal mental test* (M.M.S.E) ή δοκιμή Folstein, σε επίπεδο άριστης, καλής, μέτριας και φτωχής αξιολόγησης της νοητικής κατάστασης (Folstein et al. 1975). Προοδευτικά αυξάνονται οι διαταραχές ύπνου, η έλλειψη αυθορμητισμού, ο αποπροσανατολισμός, ενώ η διάθεση κυμαίνεται από καταθλιπτική, επίπεδη, έως και ευφορική. Ορισμένες φορές όμως η συμπεριφορά μπορεί να γίνει επιθετική. Αυτό συσχετίζεται με μεταβλητές όπως το φύλο με μεγαλύτερη συχνότητα σε άντρες ηλικιωμένους, το βαθμό της γνωστικής βλάβης, την προσωπικότητα, τις αισθητηριακές αλλαγές, τις γλωσσικές βλάβες και την εγκεφαλική παθολογία, τις συναισθηματικές και ψυχωσικές διαταραχές. (Hall & Connor, 2004). Έκπτωση παρουσιάζεται και στην ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης και κοινωνικής λειτουργικότητας. Ωστόσο στα πρώτα στάδια της νόσου τα κλινικά συμπτώματα διαμορφώνονται ανάλογα με την προϋπάρχουσα δομή της προσωπικότητας, ενώ τα αρνητικά σημεία προοδευτικά τονίζονται περισσότερο. Στα τελικά στάδια της νόσου είναι συνήθεις οι γνωστικές βλάβες και οι γλωσσικές διαταραχές (Kempler & Goral, 2008; Hamilton 2008; Hart 1988). Επίσης παρατηρούνται και οπτικο - χωρικές διαταραχές. (Wetzels et al. 2010).

Παλαιότερα οι ερευνητές θεωρούσαν πιθανό στα πρώτα στάδια της νόσου να αυξάνονται τα συμπτώματα αυτοκτονικού ιδεασμού και γενικά να δυσχεραίνονται οι συναισθηματικές αντιδράσεις των ασθενών. Στις μέρες μας όμως φαίνεται να μην υποστηρίζει αυτή την άποψη η επιστημονική κοινότητα.

Οποσδήποτε το Alzheimer επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων. Ωστόσο έχουν βρεθεί πολλοί ενδιάμεσοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που με τη σειρά τους επηρεάζουν αυτή τη συσχέτιση. Έτσι έχει βρεθεί ότι από τους ισχυρότερους προστατευτικούς παράγοντες είναι η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων υποστήριξης του ασθενούς. Επιδημιολογικές έρευνες έχουν δείξει ότι τα υψηλά επίπεδα κοινωνικής υποστήριξης συνδέονται με χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης ασθένειας, αλλά και χαμηλό κίνδυνο θνητότητας λόγω του Alzheimer όταν αυτό τελικά εμφανίζεται. Τέλος οι ασθενείς με υψηλό δείκτη κοινωνικής υποστήριξης εμφανίζουν λιγότερα προβλήματα λειτουργικότητας και καλύτερη γενική κατάσταση υγείας (Lutgendorf & Costanz, 2003).

Αξιοσημείωτο είναι ότι οι ασθενείς με Alzheimer οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με ανθρωποκεντρική προσέγγιση της φιλοσοφίας του Carl Rogers από τις υπηρεσίες φροντίδας ηλικιωμένων, είχαν ηπιότερη έκπτωση της λειτουργικότητας τους και έδειχναν καλύτερα επίπεδα ποιότητας ζωής (Booker, 2004).

Τέλος συμπληρωματικά στην επιτυχή συμβουλευτική υποστήριξη ασθενών με Alzheimer, βασική συνιστώσα είναι η εφαρμογή της τεχνικής αξιοποίησης της προσωπικής ιστορίας ζωής των ηλικιωμένων (Sherman 1994). Στην τεχνική αυτή γίνεται χρήση βιογραφικών αρχείων και δεδομένων του ηλικιωμένου π.χ. ημερολογίων, φωτογραφιών κ.α. Αντίστοιχη είναι και η τεχνική θεραπεία μέσω αναμνήσεων Reminiscence, με ανάκληση συμβολικών φράσεων που χρησιμοποιούσε ο ηλικιωμένος, χρήση παλαιών αντικειμένων με τα οποία ο ασθενείς είχε παλιές αναμνήσεις, ενθύμηση της γεύσης ή της μυρωδιάς αγαπημένων του φαγητών κ.α. (Καραουλάνη και συν., 2005).

Σε περιβάλλοντα γηροκομείων οι παραπάνω τεχνικές έχουν αποδώσει πρακτικές επιτυχούς διαχείρισης των συμπτωμάτων άνοιας των ενοίκων και έχουν βοηθήσει στην βελτίωση του επιπέδου ποιότητας της ζωής τους. Αυτό προϋποθέτει ότι το προσωπικό θα συλλέξει συστηματικά προσωπικά αρχεία της ιστορίας ζωής των ενοίκων, σχετικά με τον τρόπο ζωής και το παρελθόν των ηλικιωμένων ώστε οι τελευταίοι να βοηθηθούν να διατηρήσουν τα στοιχεία της ταυτότητας τους και να λαμβάνουν εξατομικευμένη φροντίδα υγείας (Moos & Bjorn, 2006). Άλλωστε επιτακτική είναι και η ανάγκη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, στη χρήση έγκυρων αξιόπιστων εργαλείων ανίχνευσης της νόσου, καθώς η πρόωμη διάγνωση είναι κοστο-αποτελεσματική και συμβάλει στη βελτίωση της μελλοντικής ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου (World Alzheimer Report, ADI, 2009).

1.6.3 Η επίδραση του ιδρυματισμού στην Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων.

Η ιδρυματική φροντίδα υπό τη μορφή προστασίας ατόμων με υλικά, σωματικά, πνευματικά ηθικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα ήταν αρχικά υπό την αιγίδα διαφόρων φιλανθρωπικών οργανώσεων και της εκκλησίας. Αργότερα όταν εντάχθηκε στην προνοιακή πολιτική, θεωρήθηκε κοινωνικό επίτευγμα και επισφραγίστηκε με νόμους. Έτσι με την Οικουμενική Διακήρυξη των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου από τον Ο.Η.Ε. το 1946 και το Χάρτη των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΕ (2000) μεταξύ άλλων διασφαλίστηκαν τα κοινωνικά δικαιώματα προστασίας και ασφάλειας του ανθρώπου μέσα στα ιδρύματα. Στην Ελλάδα τα δικαιώματα αυτά κυρώθηκαν με νόμους πρώτη φορά το 1974 (53/ΦΕΚ/256/20.9.1974) ενώ η νομική υπόσταση της λειτουργίας των ιδρυμάτων ορίζεται από τα άρθρα 108-121 του Αστικού Κώδικα.

Στα κλειστά ιδρύματα προστασίας γερόντων, γηροκομεία και αναρρωτήρια χρονίως πασχόντων φιλοξενούνται κυρίως ηλικιωμένοι χωρίς δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και χωρίς επαρκές υποστηρικτικό οικογενειακό ή κοινωνικό δίκτυο.

Η εισαγωγή σε ένα γηροκομείο και ο αποχωρισμός του ατόμου από το οικείο του περιβάλλον θεωρείται τραυματική εμπειρία, με βαρύτητα ανάλογη με τις συνθήκες αποχωρισμού και τον αναμενόμενο χρόνο παραμονής στο ίδρυμα. Συχνά τις πρώτες μέρες παραμονής σε ένα ίδρυμα ο ηλικιωμένος παρουσιάζει επιθετική συμπεριφορά και απόρριψη προς το προσωπικό του ιδρύματος, ενώ αντιδρά συχνά με κλάματα (Ringer, 2009).

Σύμφωνα με την Μαρκοπούλου (1995), η ζωή μέσα στο ίδρυμα συνεπάγεται:

- αποκοπή από το οικογενειακό περιβάλλον
- περιορισμό προσωπικών επαφών
- ομαδική συμβίωση
- ταύτιση της ειδικής κατάστασης του ατόμου με τη ειδική κατηγορία του ιδρύματος
- εξάρτηση του ηλικιωμένου από το προσωπικό του ιδρύματος
- υπηρεσιακή αντιμετώπιση προσωπικών αναγκών
- έλλειψη εναλλαγής, ποικιλίας παραστάσεων

- μονότονη επανάληψη της ρουτίνας των καθημερινών λειτουργιών του ιδρύματος
- αντιμετώπιση κοινωνικού στιγματισμού και προκατάληψης των ατόμων της κοινωνίας για τους ενοίκους του ιδρύματος και εμφάνιση κοινωνικών ανισοτήτων εις βάρος των τελευταίων (Μπαλούρδος, 1996).

Επιπλέον, στα περισσότερα ιδρύματα λόγω άγραφων αλλά και γραπτών κανόνων της κοινοβιακής ιδρυματικής ζωής, απαγορεύονται οι ερωτικές σχέσεις και κάθε εκδήλωση σεξουαλικής συμπεριφοράς μεταξύ ηλικιωμένων. Τα έγγαμα ζευγάρια μέσα σε κοινό ίδρυμα, μένουν σε ξεχωριστούς θαλάμους, καθώς για λόγους λειτουργικούς είναι κατ' ανάγκη άτομα του ίδιου φύλου μέσα σε ένα θάλαμο. Στα γηροκομεία η σωματική περιποίηση γίνεται από το προσωπικό του ιδρύματος την ίδια μέρα για όλους ή για μεγάλες ομάδες ηλικιωμένων. Το μπάνιο, το κούρεμα, το ξύρισμα κ.λ.π. γίνονται συγκεκριμένη μέρα, ενώ είναι κοινά καθορισμένες οι ώρες και ο χώρος σίτισης, η ώρα που σβήνουν το φώς τη νύχτα κ.α. (Davis, 1983).

Οι παραπάνω συνθήκες στερούν στους ηλικιωμένους την έκφραση της διαφορετικότητας τους και κατ' επέκταση της ιδιαιτερότητας. Όσο περνά όμως ο χρόνος παραμονής στο ίδρυμα αρχίζει να εμφανίζεται φαινόμενο του «ιδρυματισμού» (institutionalism) στην συμπεριφορά του τροφίμου. Κύρια συμπτώματα είναι η έκπτωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, η δυσκολία σύναψης διαπροσωπικών σχέσεων και τελικά η απόσυρση από τα κοινά, η απάθεια, το επίπεδο συναίσθημα, και η αίσθηση εσωτερικής μοναξιάς. Επιπλέον συχνά εγκαθίσταται και μια τάση παλινδρόμησης σε πρωτόγονη συμπεριφορά επίμονης ενασχόλησης με το σώμα (υποχονδρία, αυνανισμός κ.α.). Το τελευταίο θεωρείται άμυνα, έναντι της απώλειας της προσωπικής ταυτότητας του εαυτού και τελικά της αποπροσωποποίησης (Μαρκοπούλου 1995).

Οι ηλικιωμένοι μέσα σε ένα γηροκομείο κατά κανόνα δεν έχουν τις ίδιες ανάγκες αλλά ούτε και την ίδια θεώρηση της κατάστασης τους. Άλλοι αντιμετωπίζουν ως ευτύχημα το ότι έχουν βρει φροντίδα και στέγη και άλλοι το εκλαμβάνουν ως αποτυχία στο τελευταίο στάδιο της ζωής τους. Σε γενικές γραμμές η αυτόβουλη εισαγωγή τους και η καταβολή της σύνταξης τους ή μέρους αυτής ως αμοιβής στο ίδρυμα βοηθάει να το αντιμετωπίσουν ως δικαίωμα επιλογής. Τα πράγματα όμως είναι πιο δύσκολα όταν πρέπει να θεωρηθεί κοινωνικό προνοιακό δικαίωμα απόρων ηλικιωμένων, για την εισαγωγή τους σε ίδρυμα με το χαρακτήρα Πτωχοκομείου. Τότε ο στιγματισμός είναι πολύ πιο έντονος και η ένταξη των απόρων

ηλικιωμένων στο σύστημα του ιδρύματος, συνοδεύεται από περισσότερα αρνητικά συναισθήματα (Μαρκοπούλου, 1995).

Ενόψει των αρνητικών συνεπειών του ιδρυματισμού αλλά επιπρόσθετα και ενόψει του αυξημένου κόστους κλειστής περίθαλψης των ηλικιωμένων (Γεωργούση και συν. 1993) η σύγχρονη προνοιακή πολιτική τείνει να επιζητεί την αντικατάσταση της ιδρυματικής περίθαλψης ηλικιωμένων με ανοιχτές δομές φροντίδας όπως είναι τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι και τα Κ.Η.Φ.Η. (Σταθόπουλος, 2005). Το παράδοξο ωστόσο είναι ότι η δημογραφική αύξηση των ηλικιωμένων και ο σύγχρονος τρόπος ζωής αφήνει πίσω στα χωριά ανήμπορους ηλικιωμένους μακριά από τα παιδιά τους (Σταθόπουλος, 1982). Ως συνέπεια αυτού, τελικά παρατηρείται ολοένα αυξανόμενη ζήτηση υπηρεσιών κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων (Στασινοπούλου, 2002).

2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1 Η ανάδειξη της αναγκαιότητας της μελέτης.

Ο Swensen (1983) σημειώνει ότι η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης παράγει καινούργια στάδια ζωής, τρίτης, τέταρτης και πέμπτης ηλικίας, με καινούργιες και ξεχωριστές ανάγκες φροντίδας υγείας. Μια νέα περιοχή μελέτης, που προσελκύει το ενδιαφέρον των επιστημόνων Δημόσιας Υγείας, δημιουργείται σιγά σιγά όπως την εποχή που η ανθρωπότητα αναγνώρισε την εφηβεία ως ξεχωριστό στάδιο ζωής ανάμεσα στην παιδική ηλικία και την ενηλικίωση.

Ωστόσο, αν και έχουν πλέον δημιουργηθεί επαρκεί εργαλεία αξιολόγησης της υποκειμενικής αντίληψης των ηλικιωμένων για την Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής τους, η εφαρμογή των εργαλείων αυτών δεν έχει ακόμα αποδώσει αρκετές έρευνες. Παράλληλα για τον καθορισμό των κοινών παραγόντων που επιδρούν στη ποιότητα ζωής διαφόρων πληθυσμών ηλικιωμένων, ενόψει της υγιούς γήρανσης, υπάρχει ανάγκη για πιο ολιστική προσέγγιση. Ως εκ τούτου χρειαζόμαστε περισσότερες έρευνες για την αποτύπωση αλλά και τη σύγκριση των αντίστοιχων δεδομένων διαφορετικών πληθυσμών (Hendry & Mc. Vittie, 2004).

Επιπλέον ακόμα και σε παγκόσμιο επίπεδο δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες που εστιάζουν στην Σ.Υ.Π.Ζ. ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα (Tabali et al 2013).

Επιπρόσθετα είναι αξιοσημείωτο ότι ο προσανατολισμός των στελεχών Δημόσιας Υγείας, στην τεκμηριωμένη επιστημονικά γνώση αναφορικά με την Ποιότητα Ζωής, μπορεί να συμβάλει καθοριστικά στην μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας, της απόδοσης και της επιτυχίας των παρεμβάσεων τους (Βοζικάκη και συν 2006).

Ως εκ τούτου λοιπόν, καθώς τα παραπάνω ζητήματα παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον διερεύνησης, η εκπόνηση της παρούσας μελέτης καθίσταται ωφέλιμη και αναγκαία ιδιαίτερα στον Ελλαδικό χώρο, όπου υπάρχει ένδεια ανάλογων δημοσιευμένων μελετών.

2.2 Σκοπός και επιμέρους στόχοι της μελέτης.

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. των τροφίμων του γηροκομείου-πτωχοκομείου, Ηρακλείου Κρήτης, ως προς τους τομείς: κινητικότητα, πόνου, ύπνου, ενεργητικότητας, συναισθηματικών αντιδράσεων και κοινωνικής απομόνωσης, ώστε να γίνει κατανοητό σε ποιους από τους παραπάνω τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ., θα ήταν ωφέλιμο για τους ηλικιωμένους να γίνουν παρεμβάσεις βελτίωσης.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αυτής είναι να αξιολογηθούν οι συσχετίσεις των παραπάνω τομέων της Σ.Υ.Π.Ζ.:

- με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ενοίκων του ιδρύματος.
- με την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης υγείας τους.
- με την έκπτωση της γνωστικής τους λειτουργικότητας.

Η μελέτη αποτελεσμάτων των παραπάνω συσχετίσεων, αναμένεται να βοηθήσει στην αποσαφήνιση των κατευθύνσεων στις οποίες ενδείκνυται να γίνουν στοχευμένες παρεμβάσεις βελτίωσης της Σ.Υ.Π.Ζ. των ενοίκων του ιδρύματος.

2.3 Ερευνητικά ερωτήματα – ερευνητική υπόθεση.

Η ερευνητική υπόθεση είναι ότι η Σ.Υ.Π.Ζ. των τροφίμων του Γηροκομείου Ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού στο Ηράκλειο Κρήτης βρίσκεται σε επίπεδο που έχει περιθώρια βελτίωσης κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις.

Πιο συγκεκριμένα ο καθορισμός και η αποτύπωση της υπάρχουσας κατάστασης, αποτελεί προϋπόθεση της παρούσας μελέτης. Επίσης αποτελεί έναυσμα για την περεταίρω διερεύνηση επιμέρους μεταβλητών, που επηρεάζουν την Σ.Υ.Π.Ζ των ηλικιωμένων στο ίδρυμα.

Έτσι λοιπόν διερευνώνται:

A) Το βασικό ερευνητικό ερώτημα:

«Πως αξιολογείτε σήμερα η Σ.Υ.Π.Ζ. των τροφίμων του ιδρύματος και σε ποιους τομείς της, υπάρχει μεγαλύτερο περιθώριο βελτίωσης;».

B) Τα επιμέρους ερευνητικά ερωτήματα δηλ:

Σχετίζεται η Σ.Υ.Π.Ζ των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος σε ότι αφορά τους τομείς: κινητικότητας, πόνου, ύπνου, ενεργητικότητας, συναισθηματικών αντιδράσεων και κοινωνικής απομόνωσης:

1. με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος;
2. με την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης υγείας;
3. με την έκπτωση της γνωστικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων ενοίκων του γηροκομείου;

3. ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

3.1 Τόπος και χρόνος διεξαγωγής της μελέτης.

Η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα από το Μάρτιο του 2013 έως τον Μάρτιο του 2014.

Πραγματοποιήθηκε στο Πτωχοκομείο – Γηροκομείο φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού στο Ηράκλειο Κρήτης. Το ίδρυμα αυτό ιδρύθηκε το 1956 από τον κ. Κληρονόμο Καλοκαιρινό και είναι (Ν.Π.Ι.Δ.) Νομικό Πρόσωπο Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα Μ.Κ.Ο. Βρίσκεται στην Περιοχή Αγ. Ιωάννη, μια από τις πιο ευκατάστατες περιοχές του Ηρακλείου. Έτσι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων που διαβιούν εκεί για λόγους φτώχειας, είναι διαμετρικά αντίστροφη, από την οικονομική κατάσταση της πλειοψηφίας των κατοίκων της κοινότητας.

Το Πτωχοκομείο - Γηροκομείο Ηρακλείου έχει δυνατότητα φιλοξενίας 120 ατόμων αλλά την περίοδο που πραγματοποιήθηκε η μελέτη αυτή το ίδρυμα είχε 116 ενοίκους.

Ο χώρος είναι άνετος με μεγάλη εξωτερική αλλά και εσωτερική αυλή. Υπάρχουν χωριστά εντευκτήρια και χωριστές πτέρυγες θαλάμων για άντρες και γυναίκες. Κοινόχρηστοι χώροι είναι κυρίως η είσοδος, οι αυλές και η τραπεζαρία.

Η διοίκηση του ιδρύματος αποτελείται από την εφορευτική επιτροπή και το διευθυντή. Στο προσωπικό αναφέρονται οι έξης ειδικότητες: λογιστής, βοηθός λογιστή, κοινωνική λειτουργός, φύλακες, νοσηλεύτριες, μαγείρισσες- τραπεζοκόμες, πλύντρια – ράπτρια, καθαριστές-φροντιστές και πρόσφατα υπάρχει και ψυχολόγος. Ως εξωτερικοί συνεργάτες αναφέρονται ο γιατρός, η φυσικοθεραπεύτρια και ο κομμωτής.

Τα προγράμματα και οι λειτουργίες που επιτελούνται είναι:

- Φροντίδα Υγιεινής
- Διατροφή
- Στέγαση
- Ένδυση
- Φύλαξη - προστασία
- Ψυχαγωγία
- Λειτουργία ομάδων: π.χ. με μαντινάδες, εκπαιδευτικά θέματα, νοητικής ενδυνάμωσης, χορωδία κ.α.

- Δραστηριότητες μοριακής οργάνωσης π.χ. ομάδες χαρτοκοπτικής πασχαλινής κάρτας κ.α. εκδηλώσεων εορταστικών επετείων
- Επισκέψεις σε μουσεία ΚΑΠΗ εκδρομές κ.α.

3.2 Πληθυσμός αναφοράς - πληθυσμός δείγματος και Κριτήρια επιλογής δείγματος - τρόπος δειγματοληψίας.

Ως πληθυσμός αναφοράς νοείται το σύνολο των 116 ενοίκων του ιδρύματος. Στον παραπάνω πληθυσμό, ως κριτήρια εισαγωγής των ατόμων στο ίδρυμα αναφέρονται: α) να είναι σχετικά αυτοεξυπηρετούμενοι και β) να μην αντιμετωπίζουν τέτοια προβλήματα υγείας, (συμπεριλαμβανομένης και της έκπτωσης νοητικής ικανότητας), τα οποία δεν θα τους επέτρεπαν να συμμετέχουν στον τρόπο ζωής των άλλων ενοίκων. Βέβαια μετά την εισαγωγή τους στο ίδρυμα η κατάσταση υγείας ορισμένων σταδιακά επιδεινώθηκε. Η έκπτωση νοητικής ικανότητας έως μέτριου βαθμού αντιμετωπίζεται μέσα στο ίδρυμα. Επίσης και άλλα προβλήματα υγείας αντιμετωπίζονται από τη νοσηλευτική υπηρεσία και το γιατρό, αλλά στις περιπτώσεις όπου χρειάζεται γίνεται παραπομπή σε κατάλληλες υπηρεσίες υγείας.

Περιγράφοντας τον πληθυσμό των ενοίκων του ιδρύματος, παρατηρεί κανείς ότι περίπου 2% αυτών, έχουν κάνει εισαγωγή για λόγους φτώχειας. Οι τρόφιμοι, στην πλειοψηφία τους υπήρξαν αγρότες με εκπαίδευση δημοτικού και χαμηλό εισόδημα. Οι περισσότεροι είναι Κρητικής καταγωγής προερχόμενοι κυρίως από αγροτικές επαρχίες της Κρήτης, και όλοι είναι Χριστιανοί ορθόδοξοι.

Για το σκοπό της μελέτης κατέστη εφικτό να προσεγγιστούν για να συμπεριληφθούν στο δείγμα της μελέτης, όλοι οι ηλικιωμένοι ένοικοι του ιδρύματος, και τελικά συναίνεσαν να συμμετέχουν στην έρευνα 92 άτομα. Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος περιγράφονται αναλυτικά στην παράγραφο 4.1. της παρούσας μελέτης.

Οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα, ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, ενώ παράλληλα ζητήθηκε η έγγραφη συναίνεση τους για εθελοντική συμμετοχή.

Κύριο κριτήριο επιλογής του δείγματος αποτέλεσε η ιδιότητα των συμμετεχόντων να είναι ένοικοι του Πτωχοκομείου - Γηροκομείου Ηρακλείου Κρήτης την συγκεκριμένη χρονική περίοδο διεξαγωγής της έρευνας. Η έκπτωση νοητικής ικανότητας δεν αποτέλεσε περιοριστικό παράγοντα επιλογής δείγματος, καθώς το ερευνητικό εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας ζωής που

χρησιμοποιήθηκε είναι κατάλληλο για άτομα με νοητική έκπτωση έως μετρίου βαθμού.

Οι αρνήσεις συμμετοχής που σημειώθηκαν κατά κύριο λόγο, οφείλονταν σε προσωπικές ανασταλτικές πεποιθήσεις περί της αξίας συμμετοχής σε έρευνες γενικότερα.

3.3 Μέθοδοι σχεδιασμού μελέτης και Τύπος έρευνας.

Για το σκοπό της παρούσας μελέτης σχεδιάστηκε μια επιδημιολογική συγχρονική μελέτη συσχέτισης παραγόντων (cross sectional correlation study). Σε μελέτες τέτοιου τύπου η συλλογή στοιχείων γίνεται ευ άπαξ και τα αποτελέσματα θεωρούνται αντιπροσωπευτικά μόνο της δεδομένης περιόδου που λαμβάνει χώρα η έρευνα (Barker, 1997). Η Σ.Υ.Π.Ζ. συσχετίζεται με κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές, με την έκπτωση γνωστικής λειτουργικότητας και με παράγοντες υγείας.

Επιπρόσθετα όλα τα δεδομένα προέρχονται από ένα και μόνο συγκεκριμένο ίδρυμα, που λαμβάνεται υπ' όψιν ως αυτόνομη μονάδα φροντίδας ηλικιωμένων με την παράλληλη ιδιαιτερότητα του μοναδικού Πτωχοκομείου της Κρήτης. Έτσι η έρευνα αυτή έχει επίσης χαρακτήρα μελέτης περίπτωσης (case study). Εμπεριέχει δηλαδή την έννοια της ιδιαιτερότητας του πεδίου μελέτης ως ανεξάρτητη μονάδα διερεύνησης (Pearce, 2005).

3.4. Τα Εργαλεία Συλλογής δεδομένων και η συμπλήρωση τους.

3.4.1. Το ερωτηματολόγιο N.H.P. και η ελληνική έκδοση του.

Για τη συλλογή των δεδομένων αξιολόγησης της Σ.Υ.Π.Ζ. οι ηλικιωμένοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν το NHP (Nottingham Health Profile) ένα διεθνώς αποδεκτό ερωτηματολόγιο 38 ερωτήσεων. Το ερωτηματολόγιο αυτό δημιουργήθηκε από τους Hunt, Mc Even και Mc Kenna (1985).

Το N.H.P στο πρώτο μέρος του προσεγγίζει 6 τομείς αξιολόγησης της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (κινητικότητα, πόνο, ύπνο, ενεργητικότητα, συναισθηματικές αντιδράσεις, κοινωνική απομόνωση) στους οποίους εστιάζει η παρούσα μελέτη. Το score των απαντήσεων κυμαίνεται από 0 – 100. Οι υψηλότερες τιμές δηλώνουν μεγαλύτερη δυσφορία στον αντίστοιχο τομέα της Σ.Υ.Π.Ζ. Συμπληρωματικά σε δεύτερο μέρος το ερωτηματολόγιο εξετάζει 7 ακόμα

πεδία της καθημερινότητας του ατόμου (εργασίες, νοικοκυριό, κοινωνική ζωή, οικογενειακή ζωή, σεξουαλικότητα, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα και διακοπές). Τα τελευταία πεδία προορίζονται για αξιολόγηση γενικότερα της Ποιότητας Ζωής στον ευρύτερο πληθυσμό και δεν ενδείκνυται για χρήση σε ιδρύματα κλειστού τύπου. Αυτό συμβαίνει κυρίως διότι οι καθημερινές δραστηριότητες όπως π.χ. το νοικοκυριό, αποτελούν μέριμνα του προσωπικού του ιδρύματος, ενώ άλλες όπως π.χ. οι διακοπές, σχεδιάζονται υπηρεσιακά. Έτσι στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε μόνο το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου.

Η χρήση αυτή του N.H.P., έχει κριθεί κατάλληλη για την αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. (και όχι γενικά της Ποιότητας Ζωής) σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους (Tabali et al. 2011). Παράλληλα το N.H.P., έχει κριθεί αποτελεσματικό για χρήση του σε ηλικιωμένους με έκπτωση της νοητικής ικανότητας έως μέτριου βαθμού. (Baro et al. 2006). Έτσι καθώς στο Πτωχοκομείο – Γηροκομείο Ηρακλείου υπάρχουν μόνο ένοικοι με άριστη, καλή, ή μέτρια νοητική ικανότητα, το N.H.P. κρίθηκε ως κατάλληλο εργαλείο συλλογής δεδομένων για την παρούσα έρευνα.

Αν και το ερωτηματολόγιο αυτό σχεδιάστηκε αρχικά ως αυτό-συμπληρούμενο, ωστόσο έχει χρησιμοποιηθεί και ως συμπληρούμενο από εξειδικευμένο ερευνητικό προσωπικό, με εξίσου καλή αξιολόγηση ως μέθοδος συλλογής δεδομένων (Tabali et al. 2011). Έτσι για τις ανάγκες της παρούσας έρευνας η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τον ίδιο τον ερευνητή, κατόπιν προσωπικής συνέντευξης με τους ηλικιωμένους. Η συνεντεύξεις έγιναν στο χώρο του ιδρύματος αλλά σε περιβάλλον εξατομικευμένης προσέγγισης, για την προστασία των προσωπικών δεδομένων.

Για τη χρήση του N.H.P. ζητήθηκε άδεια από την εταιρεία έρευνας Galen Research, η οποία είναι ο κάτοχος των πνευματικών δικαιωμάτων του, και επιβεβαιώθηκε η παραχώρηση της μετά την κατάθεση και έγκριση του ερευνητικού πρωτοκόλλου στην παραπάνω εταιρεία (βλ. Παράρτημα II, 5.) Η άδεια χρήσης της Ελληνικής έκδοσης του, παραχωρήθηκε και από τους Έλληνες ερευνητές Α. Βιδάλη και Μ. Συγγελάκη (βλ. Παράρτημα II, 4) οι οποίοι επιμελήθηκαν της μετάφρασης και στάθμισης του NHP στα Ελληνικά δεδομένα (Βιδάλης & Συγγελάκης 2000).

3.4.2 Το Mini Mental test M.M.S.E.

Το Mini Mental State Examination (M.M.S.E.) είναι η πιο διαδομένη κλίμακα αξιολόγησης της έκπτωσης των γνωστικών λειτουργιών. Πρόκειται για ένα σύντομο και εύχρηστο εργαλείο με υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα. Το εν λόγω ερωτηματολόγιο εκτιμά τον προσανατολισμό σε χώρο και χρόνο, την άμεση αλλά και την καθυστερημένη ανάκληση, την προσοχή, την ικανότητα υπολογισμού, την χρήση της γλώσσας και τις οπτικοχωρικές ικανότητες (Folstein et al.1975).

Η κλίμακα του ερωτηματολογίου μπορεί να επηρεαστεί από την ηλικία την εκπαίδευση αλλά και το πολιτισμικό περιβάλλον. Ωστόσο είναι ήδη μεταφρασμένη και σταθμισμένη στα δεδομένα των ηλικιωμένων ελλήνων με άνοια (Φουντουλάκης & Τσολάκη 1994). Το cut off score είναι 23 βαθμοί ενώ η φυσιολογική γνωστική λειτουργικότητα εκτιμάται με score άνω των 24 βαθμών, όπου πάνω από το όριο αυτό υποβαθμίζεται η ευαισθησία της κλίμακας στην ανίχνευση ήπιας άνοιας και απαιτούνται συμπληρωματικές εκτιμήσεις.

Στα πλαίσια της εισαγωγής των ενοίκων στο Πτωχοκομείο - Γηροκομείο Ηρακλείου αλλά και για λόγους παρακολούθησης της πορείας τους γίνεται συχνά αξιολόγηση της γνωστικής τους λειτουργικότητας με χρήση του M.M.S.E. test. Τα πιο πρόσφατα δεδομένα είναι καταγεγραμμένα στα αρχεία της κοινωνικής υπηρεσίας του ιδρύματος και απεικονίζουν την παρούσα κατάσταση των ηλικιωμένων με εξατομικευμένη προσέγγιση. Τα αρχεία αυτών των μετρήσεων αυτών, χρησιμοποιήθηκαν για τη συλλογή δεδομένων εκτίμησης της γνωστικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων που συμμετείχαν στην έρευνα.

3.5. Διερευνώμενες Μεταβλητές Συσχέτισης με τομείς της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής.

Προκειμένου να αξιολογηθεί σήμερα το επίπεδο της Σ.Υ.Π.Ζ. των τροφίμων του ιδρύματος χρησιμοποιήθηκε το πρώτο μέρος του N.H.P. ερωτηματολογίου το οποίο εξετάζει τους τομείς κινητικότητας, πόνου, ύπνου, ενεργητικότητας, συναισθηματικών αντιδράσεων και κοινωνικής απομόνωσης.

Η αξιολόγηση των επιμέρους τομέων της Σ.Υ.Π.Ζ. ελέγχθηκε σε συσχέτιση με τη μεταβλητή της έκπτωσης γνωστικής λειτουργικότητας των ηλικιωμένων η οποία μετρήθηκε με Mini Mental test. Με βάση το M.M.S.E. test οι ηλικιωμένοι κατατάχθηκαν σε επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας μέτριο, καλό και άριστο

καθώς άτομα με αντίστοιχο φτωχό επίπεδο δεν γίνονται αποδεκτά κατά την εισαγωγή τους στο ίδρυμα και δεν υπάρχουν στο δείγμα της έρευνας.

Επίσης έγινε συσχέτιση των έξι προαναφερθέντων τομέων της Σ.Υ.Π.Ζ με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά: Φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος καταγωγής, εκπαίδευση, εισόδημα, ασφάλιση, χρόνος διαμονής στο ίδρυμα οι πληροφορίες για τα οποία ελέγχθησαν παράλληλα με την συμπλήρωση του N.H.P. ερωτηματολογίου.

Τέλος στην παρούσα έρευνα επιδιώκεται να συσχετιστεί η Σ.Υ.Π.Ζ των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος με την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης υγείας τους. Η τελευταία εξετάστηκε ως προς την αίσθηση απουσία νόσου ή καλή κατάσταση υγείας, και ως προς αντίληψη προβλημάτων υγείας σε επίπεδο Καρδιαγγειακών νόσων, Σακχαρώδους διαβήτη, Υπέρτασης, Έκπτωση ακοής, Έκπτωση όρασης και Έκπτωση κινητικότητας.

Έτσι γίνεται κατανοητό πως επηρεάζεται η Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος από τις παραπάνω μεταβλητές αλλά και σε ποιους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. υπάρχει τελικά μεγαλύτερο έλλειμμα.

3.6 Τήρηση κανόνων βιοηθικής

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η παρούσα μελέτη ζητήθηκε ή άδεια διεξαγωγής της έρευνας, από τη διοίκηση του ιδρύματος Πτωχοκομείου - Γηροκομείου ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού. Για το σκοπό αυτό ενημερώθηκε σχετικά με την έρευνα ο διευθυντής του ιδρύματος, ο οποίος ενέκρινε το ερευνητικό πρωτόκολλο. Η άδεια διεξαγωγής της έρευνας παραχωρήθηκε υπογεγραμμένη από τον διευθυντή του ιδρύματος (βλ. Παράρτημα II 1.).

Παράλληλα η συμμετοχή των ηλικιωμένων στην έρευνα έγινε εθελοντικά, με ενυπόγραφη αποδοχή συμφωνητικού, για τη συμμετοχή τους στην συγκεκριμένη έρευνα (βλ. παράρτημα II. 2.) Για το σκοπό αυτό προηγήθηκε πλήρης και σαφής ενημέρωσή τους, σύμφωνα με τους κανόνες βιοηθικής και δεοντολογίας του W.H.O. (2000) για την προστασία της ακεραιότητας και των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων στην έρευνα.

3.7 Μέθοδοι Στατιστικής Ανάλυσης δεδομένων ερευνητικής διαδικασίας.

Από τους συγγραφείς του ερωτηματολογίου προτείνεται στατιστική ανάλυση με, μη-παραμετρικές δοκιμασίες: Mann-Witney, Kruskal-Wallis (Βιδάλης & Συγγελάκης 2000).

Πράγματι οι διαφορές στα σκορ σε κάθε τομέα στις εκάστοτε κατηγορίες που προκύπτουν στο δείγμα, ελέγχθηκαν με το Mann-Whitney test για δύο ανεξάρτητα δείγματα ή το Kruskal-Wallis test για περισσότερα των δύο. Κάθε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα στο Kruskal-Wallis test σχεδιάστηκε να ακολουθήσουν ανά δύο, έλεγχοι (post-hoc) με διόρθωση Bonferroni (ωστόσο δεν βρέθηκαν τέτοια αποτελέσματα). Μη παραμετρικός συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Spearman, χρησιμοποιήθηκε για τη συσχέτιση συνεχών μεταβλητών με διατάξιμες μεταβλητές.

Όλοι οι έλεγχοι είναι αμφίπλευροι, ελέγχοντας αν διαφέρουν οι συσχετίσεις των μεταβλητών σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha=5\%$.

Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο οι απαντήσεις ήταν τύπου «ΝΑΙ» ή «ΟΧΙ» και η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου, ελέγχθηκε ανά τομέα της Σ.Υ.Π.Ζ. με τον δείκτη Kuder-Richarson (KR20).

Στο παράρτημα, παρατίθενται Περιγραφικοί Πίνακες για όλες τις μεταβλητές ενδιαφέροντος. Συγκεκριμένα για τις κατηγορικές μεταβλητές δίνονται οι απόλυτες συχνότητες και οι σχετικές συχνότητες (%). Για τις συνεχείς μεταβλητές δίνεται η διάμεση τιμή και τα τεταρτημόρια Q1-Q3 (IQR - interquartile range). Παρατίθενται επίσης και γραφήματα, κατάλληλα ανά περίπτωση.

Το συνολικό σκορ για κάθε τομέα του ερωτηματολογίου, υπολογίστηκε αφού πρώτα οι απαντήσεις των ερωτήσεων μετατράπηκαν σε αριθμητικές τιμές. Συγκεκριμένα κάθε απάντηση «ΟΧΙ» παίρνει τον κωδικό «0» και ισούται με την τιμή «0» και κάθε απάντηση «ΝΑΙ» παίρνει τον κωδικό «1». Ωστόσο οι απαντήσεις τύπου «ΝΑΙ» εκφράζουν δηλώσεις με διαφορετική βαρύτητα. Έτσι οι τιμές του κωδικού «1» κυμαίνονται με τέτοια τρόπο ώστε να αντιστοιχούν σε μια σταθμισμένη τιμή «x» για την οποία ισχύει $100 \geq x > 0$ (Βιδάλης & Συγγελάκης 2000). Οι σταθμισμένες αυτές τιμές, οι κωδικοί που αντιστοιχούν σε κάθε τομέα της Σ.Υ.Π.Ζ., καθώς και ο υπολογισμός του αντίστοιχου συνολικού σκόρ της κάθε μεταβλητής, παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα 1.

Πίνακας 1

A) Υπολογισμός του συνολικού σκορ βάση κωδικοποίησης, για κάθε μεταβλητή της Σ.Υ.Π.Ζ. που ελέγχει το ερωτηματολόγιο N.H.P

Ενέργεια: $TEN = EN1+EN2+EN3$

Πόνος: $TP = P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7+P8$

Συναισθηματικές αντιδράσεις:

$TEM = EM1+EM2+EM3+EM4+EM5+EM6+EM7+EM8+EM9$

Ύπνος: $TSL = SL1+SL2+SL3+SL4+SL5$

Κοινωνική απομόνωση: $TSO = SO1+SO2+SO3+SO4+SO5$

Κινητικότητα: $TPM = PM1+PM2+PM3+PM4+PM5+PM6+PM7+PM8$

B) Οι Σταθμισμένες τιμές των κωδικών

EN1 (1=39.2) / EN2 (1=36.8) / EN3 (1=24)

P1 (1=12.91) / P2 (1=19.74) / P3 (1=9.99) / P4 (1=11.22) / P5 (1=8.96) / P6
(1=20.86) / P7 (1=5.83) / P8 (1=10.49)

EM1 (1=10.47) / EM2 (1=9.31) / EM3 (1=7.22) / EM4 (1=7.08) / EM5
(1=9.76) / EM6 (1=13.99) / EM7 (1=13.95) / EM8 (1=16.21) / EM9
(1=12.01)

SL1 (1=22.37) / SL2 (1=12.57) / SL3 (1=27.26) / SL4 (1=16.1) / SL5 (1=21.7)

SO1 (1=22.01) / SO2 (1=19.36) / SO3 (1=20.13) / SO4 (1=22.53) / SO5
(1=15.97)

PM1 (1=11.54) / PM2 (1=10.57) / PM3 (1=21.3) / PM4 (1=10.79) / PM5
(1=9.3) / PM6 (1=12.61) / PM7 (1=11.2) / PM8 (1=12.69)

Πηγή: (Βιδάλης & Συγγελάκης 2000)

4. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου, ελέγχθηκε ανά τομέα με τον δείκτη Kuder-Richarson (KR20) ο οποίος κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και συγκεκριμένα από 0,63 έως 0,88. Τα αναλυτικά του αποτελέσματα (KR20) ανά τομέα της Σ.Υ.Π.Ζ. φαίνονται στον παρακάτω πίνακα 2.

Πίνακας 2. Δείκτης συνάφειας Kuder-Richarson (KR20) ανά τομέα.

	KP20
TEN Ενέργεια:	0.69
TP Πόνος	0.88
TEM Συναισθηματικές αντιδράσεις	0.74
TSL Ύπνος	0.73
TSO Κοινωνική απομόνωση	0.63
TPM Κινητικότητα	0.80

Στις επόμενες παραγράφους ακολουθούν οι περιγραφές των κοινωνικοδημογραφικών αναλύσεων, της έκπτωσης γνωστικών λειτουργιών, της κατάστασης υγείας, και οι συσχετίσεις τους με τις μεταβλητές της Σ.Υ.Π.Ζ. που ελέγχθησαν.

Στο Παράρτημα I δίνονται αναλυτικότερα οι περιγραφικοί πίνακες, οι πίνακες συσχετίσεων και τα σχετικά διαγράμματα.

4.1. Περιγραφική Στατιστική: Κοινωνικοδημογραφικά Χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος - επίπεδο Έκπτωσης Γνωστικών Λειτουργιών - Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας - Τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ.

A) Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

➤ Κατανομή ανά φύλο

Στο δείγμα συμμετείχαν 92 ένοικοι του ιδρύματος Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού και υπήρχε ισοκατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών.

➤ Υπηκοότητα

Σχεδόν όλοι οι συμμετέχοντες στην έρευνα ήταν ελληνικής καταγωγής πλην ενός ατόμου.

➤ **Ηλικία ατόμων και έτη διαμονής στο ίδρυμα**

Όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα η διάμεση τιμή της ηλικίας των ενοίκων του ιδρύματος που συμμετείχαν στο δείγμα της μελέτης ήταν 82 έτη και η διάμεση τιμή των ετών διαμονής στο ίδρυμα ήταν 3 έτη.

Πίνακας 3. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για την ηλικία και τα έτη διαμονής στο ίδρυμα.

	Median (IQR)
Ηλικία	82.0 (73.0, 88.0)
Διαμονή στο ίδρυμα (έτη)	3.0 (2.0, 6.0)

➤ **Διαμονή σε άλλο ίδρυμα**

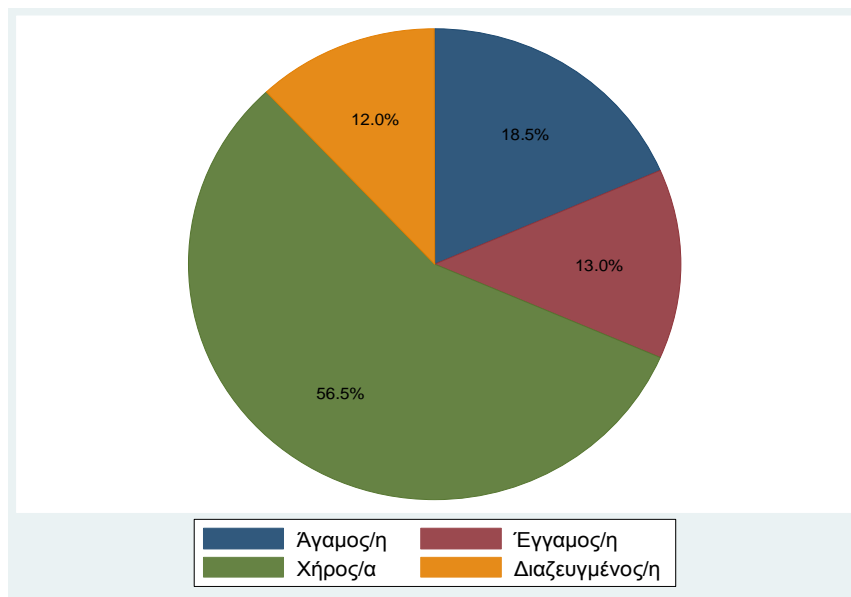
Από τα άτομα που συμμετείχαν στο δείγμα της έρευνας το 85.9 % σε έχει μείνει ποτέ σε άλλο ίδρυμα ενώ το 14.1% προέρχεται από άλλα γηροκομεία.

Πίνακας 4. Η κατανομή των ενοίκων που φιλοξενήθηκαν και σε άλλα ιδρύματα έναντι αυτών που δεν άλλαξαν στέγη φιλοξενίας.

Διαμονή σε άλλο ίδρυμα	N (%)
ναι	13 (14.1)
όχι	79 (85.9)

➤ **Οικογενειακή Κατάσταση**

Η οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος δείχνει την συντριπτική πλειοψηφία αυτών να είναι σε κατάσταση χηρείας με ποσοστό 56.5% και ακολουθεί η ένδειξη άγαμος/η με ποσοστό 18.5%. Τα ποσοστά μεταξύ έγγαμων 13% και διαζευγμένων 12% δεν διαφέρουν πολύ. Η απεικόνιση των παραπάνω δεδομένων φαίνεται στο κυκλικό διάγραμμα που ακολουθεί (σχήμα 1).



Σχήμα 1:

Κατανομή ηλικιωμένων του δείγματος ανά οικογενειακή κατάσταση

➤ **Γονεϊκή ιδιότητα**

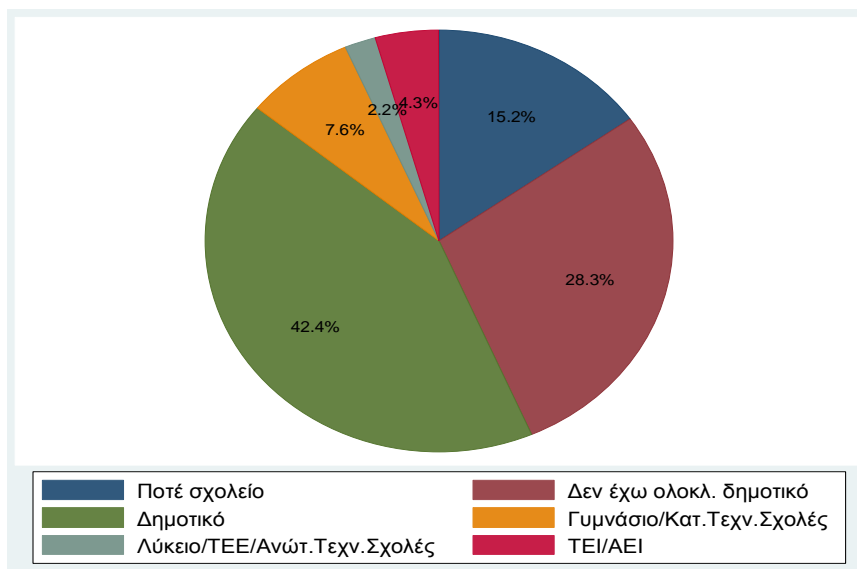
Από τους ηλικιωμένους ενοίκους του ιδρύματος παρατηρήθηκε σχεδόν διπλάσιο ποσοστό εκείνων που είχαν παιδιά σε σχέση με τους άτεκνους οι οποίοι εμφανίζονται σε ποσοστό 33.7%

Πίνακας 5. Γονεϊκή ιδιότητα

Παιδιά	N (%)
ναι	61 (66.3)
όχι	31 (33.7)

➤ **Επίπεδο εκπαίδευσης**

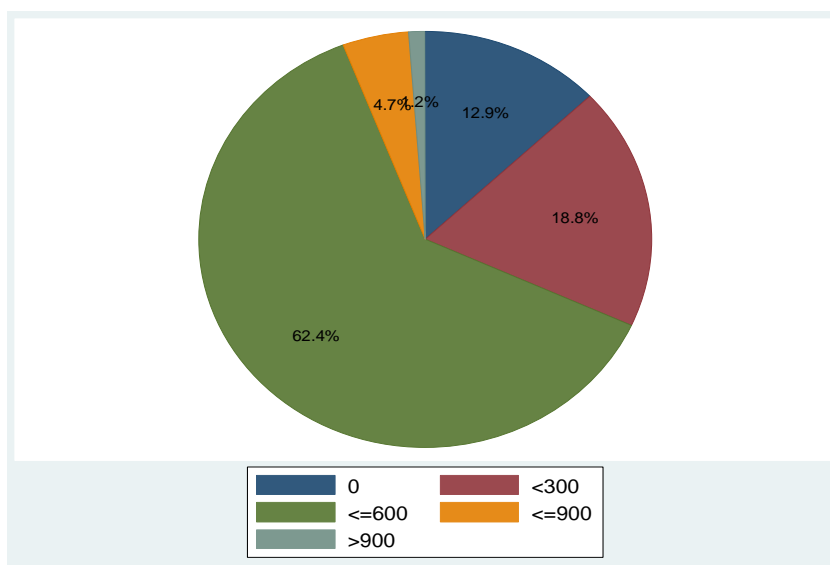
Σε ό,τι αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης των ηλικιωμένων που διαμένουν στο ίδρυμα, αξιοσημείωτο είναι ότι σε ποσοστό 15.2 % είναι αναλφάβητοι. Ωστόσο η συντριπτική πλειοψηφία, σε ποσοστό 70.7% έχουν ανώτατο όριο εκπαίδευσης την αποφοίτηση από το δημοτικό. Πιο αναλυτικά, σε διαβάθμιση έξι επίπεδων της κλίμακας εκπαίδευσης, φαίνεται η κατανομή των ηλικιωμένων του δείγματος στο παρακάτω κυκλικό διάγραμμα.



Σχήμα 2. Κατανομή ατόμων του δείγματος ανά βαθμίδα εκπαίδευσης.

➤ **Μηνιαίο εισόδημα**

Στην πραγματικότητα το μεγαλύτερο ποσοστό των ενοίκων του ιδρύματος έχει αρκετά χαμηλότερο εισόδημα από 600 ευρώ (βλ. Σχήμα 3.)

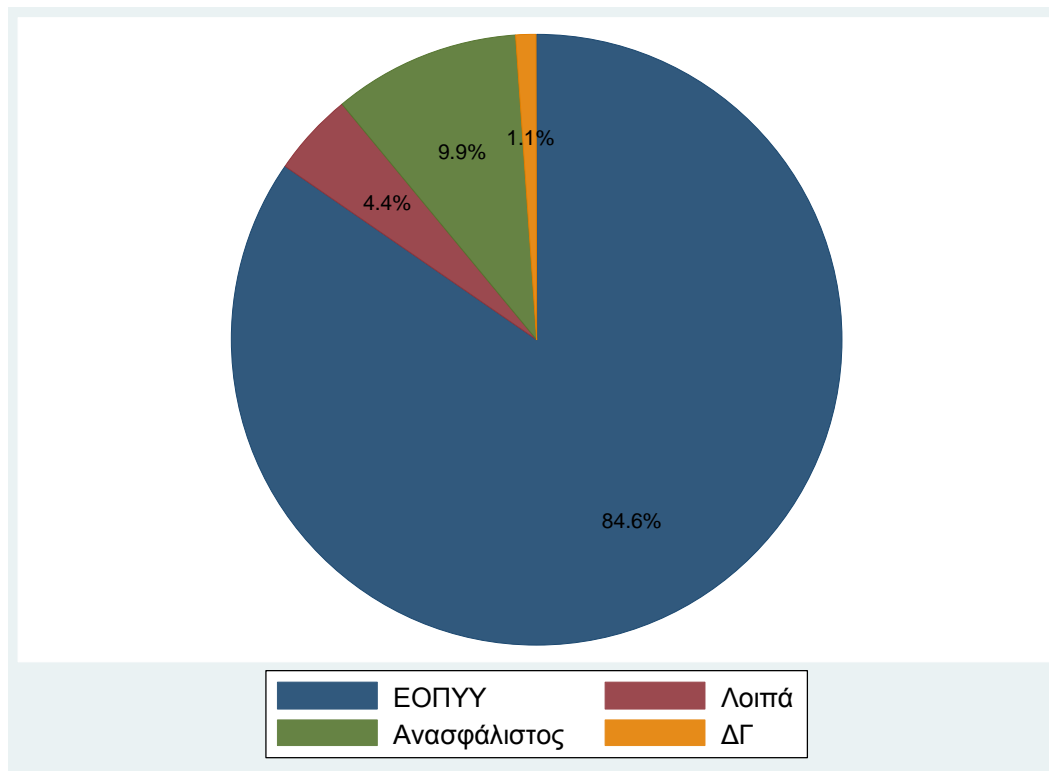


Σχήμα 3 Κατανομή εισοδήματος των ατόμων του δείγματος
Σημείωση: Η πλειοψηφία που δήλωσε εισόδημα κάτω των 600 ευρώ, είναι συνταξιούχοι του Ο.Γ.Α. με σύνταξη κάτω των 360 ευρώ.

Αξιοσημείωτο είναι ότι μόνο 1 άτομο δήλωσε εισόδημα άνω των 900 ευρώ ενώ τουλάχιστον 11 άτομα δηλώνουν σχεδόν μηδενικό εισόδημα και φιλοξενούνται στο ίδρυμα για λόγους απορίας. Αναλυτικότερα παρουσιάζεται η κατανομή του εισοδήματος των ενοίκων στο παρακάτω σχήμα.

➤ **Ασφάλιση**

Όπως φαίνεται στο παρακάτω (σχήμα 4.) το 84,6% των ενοίκων του ιδρύματος είναι ασφαλισμένοι στον Ε.Ο.Π.Υ.Υ. . Όμως θα ήταν παράβλεψη να μην εστιάσουμε την προσοχή μας και στο ποσοστό σχεδόν 10% των ανασφαλιστών.



Σχήμα 4 Κατανομή ασφάλισης των ατόμων του δείγματος

B) Γνωστική Λειτουργικότητα

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Mini Mental test (M.M.S.E.) τα οποία συλλέχθηκαν από το αρχείο του ιδρύματος οι 52 ηλικιωμένοι είχαν μέτριο επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας, οι 35 είχαν καλό επίπεδο και 5 ηλικιωμένοι είχαν άριστο επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας. Σε ποσοστά % παρατηρείτε τουλάχιστον το 56.5% των ηλικιωμένων του δείγματος να έχει μέτρια έκπτωση της γνωστικής λειτουργικότητας του όπως φαίνεται στον παρακάτω πίνακα.

Πίνακας 6. Έκπτωσης Γνωστικών Λειτουργιών

Έκπτωσης Γνωστικών Λειτουργιών	
M.M.S.E.	N (%)
μέτριο	52 (56.5)
καλό	35 (38.0)
άριστο	5 (5.4)

Γ) Υποκειμενική Κατάσταση Υγείας

Καθώς ζητήθηκε από τους ηλικιωμένους που συμμετείχαν στο δείγμα να αξιολογήσουν υποκειμενικά την υγεία τους με βάση το αν αντιλαμβάνονται οι ίδιοι ότι έχουν προβλήματα υγείας ή όχι τελικά 82.6% απάντησαν ότι υποκειμενικά θεωρούν πως έχουν πρόβλημα υγείας. Αξιοπρόσεκτο είναι ότι το αντίστοιχο ποσοστό αντικειμενικής εκτίμησης βάση γνωμάτευσης γιατρού είναι 87%. (βλ. πίνακα 7).

Πίνακας 7 Υποκειμενική - Αντικειμενική Κατάσταση Υγείας

Κανένα Πρόβλημα Υγείας (Υποκειμενικά)	N (%)
ναι	16 (17.4)
όχι	76 (82.6)
Αναφορά Προβλήματος Υγείας (αντικειμενικά)	
όχι	12 (13.0)
ναι	80 (87.0)

Ωστόσο η υποκειμενική αντίληψη τους για την κατάσταση υγείας τους, αξιολογήθηκε επίσης και με βάση ποιες παθολογικές καταστάσεις τους αφορούν. Να διευκρινιστεί ότι ανεξάρτητα με το αν αντιλαμβάνονται ότι πάσχουν από μία νόσο, στον προηγούμενο πίνακα μπορούσαν να δηλώσουν κανένα πρόβλημα υγείας, με την έννοια ότι αυτή δεν γίνεται αντιληπτή ως πρόβλημα υγείας αλλά υποκειμενικά τους επιτρέπει να αισθάνονται και να δηλώνουν υγιείς.

Έτσι προέκυψαν ως υποκειμενικά προβλήματα υγείας τα ποσοστά των κατηγοριών που περιγράφονται στον παρακάτω πίνακα:

Πίνακας 8 Υποκειμενική Αντίληψη Συγκεκριμένων Προβλημάτων Υγείας

Καρδιαγγειακά	N (%)
όχι	66 (71.7)
ναι	26 (28.3)
Σακχαρώδης διαβήτης	
όχι	74 (80.4)
ναι	18 (19.6)

Υπέρταση	N (%)
όχι	80 (87.0)
ναι	12 (13.0)
Κινητικότητα	
όχι	53 (57.6)
ναι	39 (42.4)
Ακοή	
όχι	82 (89.1)
ναι	10 (10.9)
Όραση	
όχι	80 (87.0)
ναι	12 (13.0)
Άλλα (επιπλέον)	
όχι	60 (65.2)
ναι	32 (34.8)

Το υψηλότερο ποσοστό δηλώνει κυρίως κινητικά προβλήματα 42.4%, και επιπλέον άλλα 34.8% που αντιστοιχεί σε καταστάσεις συνοσηρότητας. Ακολουθούν καρδιαγγειακά σε ποσοστό 28.3%, σακχαρώδης διαβήτης 19.6, υπέρταση και προβλήματα όρασης 13% και προβλήματα ακοής κατά 10.9%

Δ) Τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται οι διάμεσες τιμές και το ενδοτεταρτημοριακό εύρος τιμών, για τους έξι τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. που εξετάζει το N.H.P. ερωτηματολόγιο. Όπως προαναφέρθηκε σε άλλο κεφάλαιο, οι τιμές αυτές μπορούν να πάρουν ενδείξεις από 0 έως 100, με τις ανώτερες τιμές να δείχνουν χαμηλότερο επίπεδο της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής στον υπό εξέταση τομέα.

Παρατηρείτε λοιπόν ότι τα σκορ μεγαλύτερης δυσφορίας αντιστοιχούν στον τομέα της ενέργειας με διάμεση τιμή 63.2, ακολουθούν η κινητικότητα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις, ο ύπνος, η κοινωνική απομόνωση και τέλος ο πόνος με το καλύτερο σκορ διάμεσης τιμής 12.9. Μάλιστα στα πεδία του πόνου, του ύπνου, και της κοινωνικής απομόνωσης το 1^ο τεταρτημόριο αγγίζει μηδενικές τιμές καταγράφοντας τις καλύτερες ενδείξεις στον αντίστοιχο τομέα Ποιότητας Ζωής. Αξιοπρόσεκτο είναι και προς την αντίθετη κατεύθυνση το 3^ο τεταρτημόριο των τιμών του πεδίου ενέργειας που αγγίζει το σκορ 100 μια ένδειξη έντονα άσχημης Ποιότητας Ζωής του τομέα ενέργειας.

Πίνακας 9. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτημοριακό εύρος – IQR) τους έξι τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. του ερωτηματολογίου.

	Median (IQR)
TEN Ενέργεια	63.2 (24.0, 100.0)
TP Πόνος	12.9 (0.0, 53.6)
TEM Συναισθηματικές αντιδράσεις	44.2 (19.1, 63.6)
TSL Ύπνος	38.5 (0.0, 72.7)
TSO Κοινωνική απομόνωση	22.5 (0.0, 42.7)
TPM Κινητικότητα	44.7 (21.4, 67.2)

4.2. Συσχετίσεις Διερευνώμενων Μεταβλητών με τομείς της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος.

Όλες οι στατιστικές αναλύσεις συσχέτισης των τομέων της Σ.Υ.Π.Ζ., με κάθε μία από τις μεταβλητές που ελέγχθηκαν δίνονται αναλυτικά σε πίνακες στο Παράρτημα Ι. Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται μόνο οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις σε πίνακες.

Σε ό,τι αφορά τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και της ενέργειας ($\rho=0.28$, $p\text{-value}=0.008$), καθώς επίσης και μεταξύ της ηλικίας και της κινητικότητας ($\rho=0.36$, $p\text{-value}=0.001$).

Αντίστοιχα βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των ετών διαμονής στο ίδρυμα και του πόνου ($\rho=0.26$, $p\text{-value}=0.014$), καθώς επίσης μεταξύ και του ύπνου και των ετών διαμονής στο ίδρυμα ($\rho=0.21$, $p\text{-value}=0.049$). Αξιοπρόσεκτο είναι ότι ο δείκτης Spearman ρ είναι θετικός για τις όλες στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις. Έτσι καθώς αυξάνει η ηλικία και τα έτη ιδρυματισμού οι αντίστοιχοι τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. βαίνουν προς δυσμενέστερη αξιολόγηση καθώς παρουσιάζουν υψηλότερα σκόρ.

Στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αντίστοιχα αποτελέσματα.

Πίνακας 10. Μη παραμετρικός συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Spearman.

	Ηλικία		Έτη στο ίδρυμα	
	Spearman ρ	p-value	Spearman ρ	p-value
TEN	0.28	0.008	0.17	0.103
TP	0.06	0.601	0.26	0.014
TEM	0.15	0.172	0.04	0.704
TSL	-0.07	0.520	0.21	0.049
TSO	-0.06	0.588	0.05	0.651
TPM	0.36	0.001	0.01	0.962

Σε σχέση με τα υπόλοιπα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με κανένα από τους εξεταζόμενους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ.

Επίσης δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων γνωστικής λειτουργικότητας και των υπό εξέταση τομέων της Σ.Υ.Π.Ζ.

Αντίθετα τα προβλήματα υγείας έδειξαν να επιβαρύνουν κάποιους από τους επιμέρους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. Συγκεκριμένα τα άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της ενέργειας (p-value=0.049) και του πόνου (p-value=0.048). Τα άτομα με έκπτωση κινητικότητας, έχουν επίσης στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της ενέργειας (p-value=0.003) του πόνου (p-value=0.001), τις συναισθηματικές αντιδράσεις (p-value=0.020) και βεβαίως της κινητικότητας (p-value<0.001). Τα άτομα με έκπτωση ακοής και όρασης έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της κινητικότητας (p-value=0.015) και της ενέργειας (p-value=0.043), αντίστοιχα.

Τα αποτελέσματα αυτά φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί.

Πίνακας 11. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) και οι στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ προβλημάτων υγείας και των έξι τομέων του ερωτηματολογίου.

	Καρδιαγγειακά		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	62.0 (24.0, 100.0)	100.0 (60.8, 100.0)	0.049
TP	11.2 (0.0, 46.9)	27.0 (5.8, 80.3)	0.048
TEM	42.2 (14.0, 62.5)	50.4 (31.5, 68.2)	0.174
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	53.5 (12.6, 77.6)	0.207
TSO	22.5 (0.0, 42.7)	36.1 (19.4, 42.1)	0.862
TPM	33.8 (12.7, 66.6)	50.9 (41.9, 67.2)	0.058
	Κινητικότητα		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	60.8 (0.0, 100.0)	100.0 (60.8, 100.0)	0.003
TP	5.8 (0.0, 24.7)	28.7 (12.9, 71.3)	0.001
TEM	41.1 (13.0, 54.0)	52.8 (24.6, 83.0)	0.020
TSL	28.7 (0.0, 65.1)	51.0 (12.6, 77.6)	0.101
TSO	22.0 (0.0, 42.1)	37.0 (19.4, 64.7)	0.375
TPM	22.5 (12.7, 56.1)	62.1 (44.1, 78.7)	<0.001
	Ακοή		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	100.0 (60.8, 100.0)	0.066
TP	12.9 (0.0, 53.6)	17.3 (5.8, 46.9)	0.562
TEM	43.7 (19.1, 62.0)	59.2 (26.7, 83.0)	0.293
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	77.6 (22.4, 77.6)	0.098
TSO	22.0 (0.0, 42.7)	42.1 (22.0, 42.1)	0.310
TPM	42.8 (20.5, 66.0)	66.6 (55.5, 78.7)	0.015
	Όραση		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	100.0 (80.4, 100.0)	0.043
TP	12.9 (0.0, 48.9)	26.9 (2.9, 92.1)	0.260
TEM	43.7 (17.0, 65.5)	50.4 (32.6, 60.9)	0.568
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	60.8 (28.0, 77.6)	0.153
TSO	22.0 (0.0, 42.7)	36.1 (10.1, 42.1)	0.948
TPM	43.8 (20.5, 67.2)	55.5 (33.2, 62.5)	0.573

Συνολικά τα άτομα με ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της ενέργειας (p-value=0.004) του πόνου (p-value=0.002) και της κινητικότητας (p-value=0.001) όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί.

	Πρόβλημα Υγείας		p-value
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	30.4 (0.0, 62.0)	63.2 (38.0, 100.0)	0.004
TP	0.0 (0.0, 8.2)	19.5 (0.0, 59.0)	0.002
TEM	31.5 (0.0, 57.9)	45.0 (22.2, 63.6)	0.136
TSL	17.5 (0.0, 54.6)	43.4 (6.3, 72.7)	0.232
TSO	21.1 (0.0, 40.3)	35.3 (0.0, 42.7)	0.444
TPM	21.6 (0.0, 22.1)	50.9 (22.7, 68.1)	0.001

5. ΚΥΡΙΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1. Περιορισμοί της μελέτης

Μελετώντας ένα τόσο πολυδιάστατο ζήτημα όπως είναι η Σ.Υ.Π.Ζ., το πρώτο που αντιλαμβάνεται κανείς, είναι η ανεπάρκεια των διάφορων ερευνητικών εργαλείων, να αξιολογήσουν πλήρως και πολύπλευρα όλους τους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. Έτσι η μελέτη αυτή, δεν μπορεί να θεωρηθεί ότι αξιολογεί την Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων ενοίκων του ιδρύματος σε κάθε τομέα της έκφρασης της.

Παράλληλα ο πληθυσμός μελέτης και δείγματος, δεν είναι επαρκείς για να δώσει συμπεράσματα για την Σ.Υ.Π.Ζ. ηλικιωμένων που διαβιούν γενικά σε ιδρύματα, αλλά τα συμπεράσματα αφορούν μόνο τον πληθυσμό του συγκεκριμένου ιδρύματος. Επιπλέον καθώς η συλλογή δεδομένων έχει χαρακτήρα συγχρονικής μελέτης τα αποτελέσματα αυτά μπορούν να δώσουν συμπεράσματα, μόνο για τη δεδομένη χρονική στιγμή.

Τέλος η απομόνωση κάποιων μεταβλητών για τη συσχέτιση με την Σ.Υ.Π.Ζ. είναι εξαιρετικά δύσκολη. Για παράδειγμα η ηλικία αλληλεπιδρά με διάφορους άλλους ενδιάμεσους και συγχυτικούς παράγοντες, όπως είναι η ίδια η διαδικασία γήρανσης, που επιδρούν παράλληλα στην Σ.Υ.Π.Ζ.

5.2. Κύρια Ευρήματα και Συμπεράσματα

Με βάση τον τρόπο δειγματοληψίας είναι δυνατόν τα συμπεράσματα στα οποία καταλήγει η μελέτη, να ανταποκρίνονται κατά προσέγγιση και στο σύνολο του πληθυσμού του ιδρύματος.

Στο ίδρυμα Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού υπάρχει σχεδόν ισοκατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών και αυτό αντανακλάται και στο δείγμα της έρευνας.

Επίσης υπάρχει και σχετική ομοιογένεια ως προς την καταγωγή των ενοίκων καθώς τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν ελάχιστη συμμετοχή αλλοδαπών (1 άτομο στο δείγμα). Μάλιστα η ομοιογένεια αυτή φαίνεται και από τα αρχεία του ιδρύματος όπου καταγράφεται ότι οι περισσότεροι ένοικοι, έχουν ιδιαίτερο τόπο καταγωγής την Κρήτη.

Η ηλικία των ενοίκων παρουσιάζει στο δείγμα διάμεση τιμή τα 82 έτη και η διάμεση τιμή των ετών διαμονής στο ίδρυμα ήταν 3 έτη. Λαμβάνοντας υπόψη τον μέσον όρο ζωής στην Ελλάδα αλλά επίσης και τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι το ίδρυμα φιλοξενεί κυρίως υπερήλικες ηλικιωμένους.

Η μελέτη έδειξε ότι οι ένοικοι σε μεγάλο ποσοστό επιλέγουν να παραμείνουν στο συγκεκριμένο ίδρυμα καθώς υψηλά είναι τα ποσοστά αυτών που δεν άλλαξαν ποτέ γηροκομείο (85,9% του δείγματος).

Με βάση την ανάλυση της οικογενειακής τους κατάστασης προκύπτει ότι το ίδρυμα φιλοξενεί κυρίως ηλικιωμένους που σήμερα δεν έχουν σύντροφο (76% του δείγματος). Οι τελευταίοι είτε δεν παντρεύτηκαν ποτέ, είτε σήμερα βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας (56.5% σε κατάσταση χηρείας και 18.5% άγαμοι στο δείγμα). Σε ποσοστό 66.3% του δείγματος οι ένοικοι φαίνεται να έχουν παιδιά.

Ποσοστό 70.7% του δείγματος των ενοίκων, έχουν το ανώτερο εκπαίδευση δημοτικού σχολείου.

Αντίστοιχα στο ίδρυμα φιλοξενούνται σε ψηλά ποσοστά χαμηλοσυνταξιούχοι, οι οποίοι είναι ασφαλισμένοι κυρίως στο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Αξιοπρόσεκτα όμως είναι και τα δεδομένα ανασφαλιστών (σχεδόν 10% του δείγματος) και απόρων (2% στο δείγμα).

Όλα τα παραπάνω δείχνουν ότι το συγκεκριμένο ίδρυμα λειτουργεί ως φίλτρο κοινωνικής προστασίας από την φτώχεια την μοναξιά και τον κοινωνικό αποκλεισμό, καθώς εκεί βρίσκουν στέγη και συντροφιά, μεταξύ άλλων και μόνοι φτωχοί ή άποροι ηλικιωμένοι.

Αξιολογώντας την κατάσταση υγείας των ενοίκων του ιδρύματος είναι φανερό ότι οι περισσότεροι ηλικιωμένοι έχουν προβλήματα υγείας αλλά και συνοσηρότητας. Ωστόσο είναι αξιοσημείωτο ότι οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν με αυξημένη ανεκτικότητα, την έκπτωση της υγείας που επέρχεται λόγω γήρατος. Έτσι η φυσιολογική φθορά του οργανισμού, γίνεται υποκειμενικά αντιληπτή ως πρόβλημα υγείας, μόνο από το σημείο που θα παρεμποδίσει την καθημερινή λειτουργικότητα και την αυτονομία του ηλικιωμένου, ή θα απειλήσει τη ζωή του (Kane & Kane 1981). Το γεγονός αυτό αντανακλάται στην διαφορά των ποσοστών αντικειμενικής και

υποκειμενικής αντίληψης προβλημάτων υγείας. Έτσι οι ερωτώμενοι του δείγματος δηλώνουν κατά 82.6% ότι υποκειμενικά θεωρούν πως έχουν πρόβλημα υγείας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό αντικειμενικής εκτίμησης προβλήματος υγείας βάση γνωμάτευσης γιατρού είναι φτάνει το 87%.

Στο συγκεκριμένο ίδρυμα τα κύρια προβλήματα που κατεγράφησαν βάση των δηλώσεων των ενοίκων, ήταν κατά προτεραιότητα κυρίως κινητικά προβλήματα, και προβλήματα πολλαπλής νοσηρότητας. Πιο συγκεκριμένα τα άτομα με ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της ενέργειας, του πόνου και της κινητικότητας.

Με βάση την καταγραφή των προβλημάτων υγείας ακολουθούν σε φορτίο επιβάρυνσης τα καρδιαγγειακά, σακχαρώδης διαβήτης, προβλήματα όρασης, υπέρταση και προβλήματα ακοής.

Συγκεκριμένα όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης της μελέτης (βλ. κεφ. 4.2.), τα άτομα με καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της ενέργειας και του πόνου. Τα αποτελέσματα αυτά συμφωνούν με μελέτη της Φιλανδίας που βάση του ίδιου ερωτηματολογίου αξιολόγησε τη Σ.Υ.Π.Ζ. (Noro A. & Aro S. 1996). Επίσης τα άτομα με έκπτωση κινητικότητας, έχουν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της ενέργειας, του πόνου, τις συναισθηματικές αντιδράσεις και της κινητικότητας. Και πάλι τα δεδομένα αυτά συμφωνούν με την παραπάνω μελέτη (Noro A. & Aro S. 1996). Τα άτομα με έκπτωση ακοής και όρασης έχουν επίσης στατιστικά σημαντικά υψηλότερες τιμές (χειρότερη ποιότητα ζωής) στους τομείς της κινητικότητας και της ενέργειας. Η αντίστοιχη Φιλανδική μελέτη έδειξε ότι η υποβάθμιση της όρασης σχετίζεται με χαμηλή αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. σχεδόν σε όλους τους τομείς που εξετάζει το N.H.P. ερωτηματολόγιο (Noro A. & Aro S. 1996).

Συνοπτικά οι τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, έδειξαν ότι τα υψηλότερα επίπεδα δυσφορίας αντιστοιχούν στον τομέα της ενέργειας, ενώ ακολουθούν η κινητικότητα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις. Παρατηρείται ότι ο ύπνος, η κοινωνική απομόνωση και τέλος ο πόνος έχουν τα χαμηλότερα επίπεδα δυσφορίας. Τα συγκεκριμένα αποτελέσματα βρίσκονται σε πλήρη συμφωνία με αντίστοιχη πρόσφατη μελέτη μέτρησης τις Σ.Υ.Π.Ζ. ιδρυματιζόμενων ηλικιωμένων στους τομείς που εξετάζει το N.H.P. σε γηροκομεία της Γερμανίας (Tabali, et al. 2013).

Τα παραπάνω αποτελέσματα ερμηνεύονται εύκολα, καθώς στο ίδρυμα υπάρχει κοινωνική υπηρεσία (με κοινωνική λειτουργό), που ελέγχει την κοινωνική απομόνωση ώστε κανείς ουσιαστικά να μην μένει στο περιθώριο. Αντίστοιχα υπάρχει και νοσηλευτική υπηρεσία η οποία όπως φαίνεται συμβάλει στην καλύτερη ποιότητα ζωής βάση του τομέα του ύπνου ρυθμίζοντας πιθανά προβλήματα με χάπι για τον ύπνο. Παράλληλα η νοσηλευτική υπηρεσία διατηρεί σε καλά επίπεδα την Σ.Υ.Π.Ζ. στον τομέα του πόνου με την χορήγηση παυσίπονων, ή την εφαρμογή αναλγητικής θεραπείας. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με μελέτες που αξιολόγησαν επίσης την Σ.Υ.Π.Ζ. στο πεδίο του πόνου, με το N.H.P. ερωτηματολόγιο σε ηλικιωμένους των Κάτω Χωρών, και της Πολωνίας όπου έδειξαν ότι η διαχείριση του πόνου γενικά δεν βρίσκεται σε καλά επίπεδα μεταξύ των γηροκομείων και επηρεάζει δυσμενώς την Σ.Υ.Π.Ζ. με εξαίρεση τα ψυχογηριατρικά ιδρύματα στις Κάτω Χώρες (Smalbrugge et al. 2007; Grzerorzcyk JM., Kwolek A. 2002).

Ωστόσο στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των ετών διαμονής στο ίδρυμα και του πόνου, καθώς επίσης μεταξύ και του ύπνου και των ετών διαμονής στο ίδρυμα όπως αναλυτικά περιγράφεται στο κεφάλαιο της ανάλυσης των στατιστικών αποτελεσμάτων. Εκ πρώτης όψεως το προσωπικό του ιδρύματος φαίνεται να χάνει τη μάχη με το χρόνο, καθώς παράλληλα με την πάροδο του χρόνου ιδρυματισμού υποχωρούν τα καλύτερα σκορ στα παραπάνω πεδία της Σ.Υ.Π.Ζ. Στην πραγματικότητα όμως υπεισέρχονται παράλληλα, δρώντας ανασταλτικά προς την ποιότητα ζωής, άλλες μεταβλητές όπως η ηλικία για την οποία γίνεται λόγος παρακάτω.

Αντίθετα πιο ξεκάθαρα ερμηνεύονται τα αρκετά υψηλά επίπεδα δυσφορίας που παρουσιάζονται στον τομέα των συναισθηματικών αντιδράσεων, κάνοντας αισθητή την απουσία ψυχολόγου από το προσωπικό του ιδρύματος. Βέβαια υπάρχουν εξωτερικοί συνεργάτες του ιδρύματος όπως ψυχιατρικές κλινικές. Όμως τα άτομα που δείχνουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με χαμηλά σκόρ Σ.Υ.Π.Ζ. στον τομέα των συναισθηματικών αντιδράσεων, είναι εκείνα που έχουν κινητικά προβλήματα (βλ. κεφ. 4.2.). Τα άτομα αυτά είναι εκείνα που έχουν αναπηρίες και παρουσιάζουν γενικά δυσκολία μετακίνησης, άρα χρήζουν μόνιμης ψυχολογικής υποστήριξης στον χώρο που διαβιούν.

Το ίδιο θα έλεγε κανείς και για την υπηρεσία φυσικοθεραπευτή σε μόνιμη καθημερινή βάση στο ίδρυμα. Έτσι ζητήματα των τομέων ενέργειας και κινητικότητας, τα οποία όπως είδαμε στην στατιστική ανάλυση (βλ. κεφ. 4.2.) συσχετίζονται κυρίως με κινητικά προβλήματα υγείας, υποβαθμίζουν τους δείκτες της

Σ.Υ.Π.Ζ. και χρήζουν περισσότερης φυσικοθεραπευτικής, εργοθεραπευτικής και γενικότερα κινητικής αγωγής.

Στο γηροκομείο Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού είναι προαπαιτούμενο το σχετικά καλό επίπεδο γνωστικής λειτουργικότητας προκειμένου να γίνουν αποδεκτοί οι τρόφιμοι κατά την εισαγωγή τους στο ίδρυμα. Σε καταστάσεις φτωχού επιπέδου γνωστικής λειτουργικότητας, γίνονται οι κατάλληλες παραπομπές των ατόμων σε άλλες υπηρεσίες όπου χρειάζεται. Αν και μεγάλο ποσοστό ενοίκων (56.5% του δείγματος), έχουν μέτρια έκπτωση γνωστικής λειτουργικότητας, ωστόσο δεν φάνηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση της έκπτωσης γνωστικής λειτουργικότητας με τους υπό εξέταση τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ στο ίδρυμα. Μια σχετική έκπτωση του επιπέδου γνωστικής λειτουργικότητας, σε μέτριο επίπεδο μετά την εισαγωγή των ηλικιωμένων στο γηροκομείο είναι ένα ζήτημα, στις απαιτήσεις του οποίου δύναται όπως φαίνεται να ανταπεξέλθει επαρκώς το ίδρυμα.

Η μεταβλητή της ηλικίας αν και δεν απουσιάζει από τις περισσότερες έρευνες, εν τούτοις μόνο πρόσφατα εστιάζεται στην Σ.Υ.Π.Ζ των ηλικιωμένων (Milne & Williams, 2000).

Όπως περιγράφηκε αναλυτικά στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας, στατιστικά σημαντική συσχέτιση παρατηρήθηκε μεταξύ της ηλικίας και των τομέων ενέργειας και κινητικότητας της Σ.Υ.Π.Ζ. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με αντίστοιχη διερεύνηση σε γηροκομεία της Γερμανίας όπου δεν βρέθηκε συσχέτιση της ηλικίας, με κανένα από τους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. που διερευνά το N.H.P. ερωτηματολόγιο (Tabali et al. 2013).

Η ερμηνεία όμως της επίδρασης του παράγοντα της ηλικίας στην Σ.Υ.Π.Ζ. αν μοιάζει να είναι αυταπόδεικτη στην πραγματικότητα δεν είναι εύκολη. Η ηλικία ως μεταβλητή που επιδρά στην Σ.Υ.Π.Ζ. δεν μπορεί να θεωρηθεί ανεξάρτητη από τους κοινωνικούς παράγοντες που εξελίσσονται με βάση την ηλικία. Έτσι για παράδειγμα η εκπαίδευση, ο γάμος, η γενικότητα, κ.α. δρουν ως ενδιάμεσοι παράγοντες. Επιπλέον είναι ξεκάθαρες οι συσχετίσεις της ηλικίας με νοσολογικούς παράγοντες που επηρεάζουν την Σ.Υ.Π.Ζ όπως π.χ. η αναπηρία στην τέταρτη ηλικία (Litwin, 2003).

Πιο ξεκάθαρη είναι η συσχέτιση της υγείας με την υποκειμενική αντίληψη της Σ.Υ.Π.Ζ. καθώς αυξανόμενης της ηλικίας οι ηλικιωμένοι φαίνεται να αποδίδουν χαμηλότερες τιμές της Σ.Υ.Π.Ζ τους. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι υπερήλικες έχουν χαμηλότερο προσδοκώμενο επίπεδο Σ.Υ.Π.Ζ., από τους νεότερους ηλικιωμένους. Το γεγονός αυτό ερμηνεύεται χάριν της προσαρμοστικής συμπεριφοράς των

ηλικιωμένων ως προς τα προβλήματα υγείας που εμφανίζονται παρελκόμενα από τον παράγοντα της ηλικίας (Schieman et al, 2002; Zimmer et al, 2000).

Σε όλο σχεδόν τον αναπτυγμένο κόσμο έρευνες της περασμένης δεκαετίας έχουν αναδείξει δυσμενέστερη θέση των γυναικών σε σχέση με αυτή των ανδρών, ως αναφορά στο επίπεδο Σ.Υ.Π.Ζ. τους αλλά και στους παράγοντες που το επηρεάζουν. Οι κύριοι λόγοι αυτής της ανισότητας φαίνεται να είναι η χαμηλότερες δυνατότητες εκπαίδευσης, επαγγελματικής αποκατάστασης, απορρόφησης κοινωνικών κεφαλαίων καθώς και η πολλαπλότητα των κοινωνικών ρόλων αυξημένης ευθύνης που συνήθως αναλαμβάνουν οι γυναίκες (Denton Walters 1999; Unden et al, 2001). Οξύμωρο σχήμα αποτελεί το γεγονός ότι αν και οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν καλύτερο προσδόκιμο επιβίωσης, ωστόσο παρουσιάζονται να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά συνοσηρότητας και ισχυρότερη ενασχόληση με την συμπτωματολογία τους, πράγμα που επηρεάζει δυσμενώς την Σ.Υ.Π.Ζ. τους (Nettleton 1995; W.H.O. 2001). Στην Ελλάδα, μελέτη των Κυριόπουλου, Γκερέκου και Οικονόμου (2003) δίνει ευρήματα που θυμίζουν αντίστοιχα των χωρών της Βέροιας Ευρώπης και Αμερικής. Ωστόσο οι γυναίκες φαίνεται να εξακολουθούν να υστερούν σε δυνατότητες προστασίας αλλά και προαγωγής της υγείας τους (Eckermann, 2000; Kessler, 2003). Μελέτες γηροκομείων στη Ευρώπη έδειξαν αισθητά χαμηλότερη Σ.Υ.Π.Ζ. στις ηλικιωμένες γυναίκες από ότι στους άνδρες που μένουν σε γηροκομεία, κυρίως σε ότι αφορά το πεδίο του πόνου στη Γερμανίας και της ενέργειας και κινητικότητας στη Φιλανδία, με βάση μετρήσεις του ερωτηματολογίου N.H.P. (Tabali et al. 2013; Noro A. & Aro S. 1996). Στη μελέτη του Γηροκομείου Ηρακλείου δεν φάνηκε συσχέτιση του φύλου με κανένα τομέα της Σ.Υ.Π.Ζ.

Η εκπαίδευση ως παράγοντας που επηρεάζει την Σ.Υ.Π.Ζ. είναι αρκετά ισχυρός, καθώς επηρεάζει και τον παράγοντα του εισοδήματος προς την ίδια κατεύθυνση επιρροής της υγείας.. Σε πολλές ακόμα έρευνες στο γενικό πληθυσμό φαίνεται ότι όσο πιο μορφωμένο είναι ένα άτομο τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες υπάρχουν να έχει ένα επάγγελμα που θα του εξασφαλίζει επαρκές εισόδημα και άρα τόσο καλύτερα ανταποκρίνεται στην αγορά υπηρεσιών υγείας. Παράλληλα, άτομα με περιορισμένη μόρφωση, συχνά αναγκάζονται να δεχτούν συνθήκες εργασίας επιβλαβείς για τη υγεία, με δυσμενείς επιπτώσεις στην Σ.Υ.Π.Ζ. τους μακροπρόθεσμα, τα αρνητικά αποτελέσματα της οποίας εμφανίζονται αθροιστικά στην τρίτη ηλικία (Scambler & Blane, 2003; Murrell & Meeks, 2002; Visaria, 2002)

Επιπλέον ενόψει της προστασίας και προαγωγής της υγείας, η εκπαίδευση παίζει πρωτεύοντα ρόλο καθώς επιτρέπει στα άτομα να κάνουν ευρύτερη συλλογή

πληροφοριών σχετικά με την υγεία και την ποιότητα ζωής. Παράλληλα τα βοηθά να υιοθετήσουν με κριτική στάση, συμπεριφορές και τρόπο ζωής που προάγει την υγεία και την ευημερία τους (Lynch & Kaplan 2000). Αλλά ακόμα και σε επίπεδο υποκειμενικής αξιολόγησης της υγείας έχει βρεθεί ότι τα μορφωμένα άτομα αξιολογούν με περισσότερη επιείκεια την όποια φθορά της υγείας λόγω γήρατος (Zimmer et al, 2000). Τέλος το σχέδιο Υγιούς Γήρανσης τονίζει το ρόλο που έχει η εκπαίδευση στην επίτευξη ενεργούς γήρανσης, παρεμποδίζοντας την απόσυρση από την ενεργό κοινωνική ζωή. Παράλληλα η εκπαίδευση ενισχύει τον δείκτη «ικανοποίησης από τη ζωή», με αποτέλεσμα την άνοδο της Σ.Υ.Π.Ζ. στα γεράματα, όπου υπάρχει η τάση απολογισμού του βίου του ηλικιωμένου (Marianne, 2007). Μάλιστα η Φιλανδική μελέτη έδειξε ότι σε ιδρυματιζόμενους ηλικιωμένους με τριτοβάθμια εκπαίδευση η Σ.Υ.Π.Ζ. ήταν καλύτερη σε σχέση με τους υπόλοιπους ενοίκους του ιδρύματος σε όλους τους τομείς που εξετάζει το N.H.P. (Noro A. & Aro S. 1996). Στην παρούσα μελέτη όμως δεν φάνηκε διαφοροποίηση της Σ.Υ.Π.Ζ σε κανένα από τους τομείς της βάση του επιπέδου εκπαίδευσης. Πρέπει να λάβει κανείς υπόψη του ότι στο συγκεκριμένο διερευνώμενο πληθυσμό, υπήρχε εξαιρετική ομοιομορφία του επιπέδου εκπαίδευσης σε επίπεδο δημοτικού, ώστε οι λίγες εξαιρέσεις πιθανόν να μην δίνουν ασφαλή συμπεράσματα.

Σε σχέση με τα παραπάνω στοιχεία και σε αντίθεση με πολλές έρευνες (Bryant et al., 2000; Eriksson et al, 2001) στη συγκεκριμένη μελέτη δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις των κοινωνικοδημογραφικών μεταβλητών με κανένα από τους εξεταζόμενους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας δεν δείχνουν καμία τέτοια συσχέτιση με εξαίρεση την μεταβλητή της ηλικίας όπως προαναφέρθηκε. Για την ερμηνεία του φαινομένου αυτού αρκεί να λάβει κανείς υπόψη τις λειτουργίες του ελεγχόμενου περιβάλλοντος του ιδρύματος. Οι υπηρεσίες του ιδρύματος και κυρίως η κοινωνική υπηρεσία και η διοίκηση, προσπαθούν να μην επιτρέψουν σε παράγοντες εκπαίδευσης, εισοδηματικών κριτηρίων, φυλετικών διακρίσεων και έμφυλων διαφορών, κ.α. να δημιουργήσουν καμία ανισότητα στην φροντίδα που λαμβάνουν οι ένοικοι. Έτσι η Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων δεν διαφοροποιείται βάση των παραπάνω στοιχείων με εξαίρεση όπως είπαμε στον παράγοντα της ηλικίας οι επιδράσεις του οποίου δεν είναι εύκολο να αναστραφούν.

5.3 Προτάσεις προς τη διοίκηση του Πτωχοκομείου – Γηροκομείου Ηρακλείου Κρήτης

Με βάση το προηγούμενο κεφάλαιο γίνεται αντιληπτό ότι το ίδρυμα Πτωχοκομείο – Γηροκομείο φιλανθρωπικών ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού έχει αρκετά δυνατά σημεία που υποστηρίζουν την Σ.Υ.Π.Ζ. των ενοίκων. Αυτά φαίνεται να είναι κυρίως η υπηρεσία διοίκησης, η κοινωνική και η νοσηλευτική υπηρεσία, οι οποίες όπως φαίνεται ανταπεξέρχονται ικανοποιητικά σε τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. όπως είναι τα πεδία διαχείρισης του πόνου, του ύπνου και της κοινωνικής απομόνωσης. Καλό θα ήταν να λάβουν γνώση των εποικοδομητικών αποτελεσμάτων της εργασίας τους, η οποία θα λειτουργήσει ως ανατροφοδότηση για το προσωπικό και θα ενισχύσει το έργο του.

Ωστόσο προκειμένου να αναβαθμιστούν οι τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. που υστερούν περισσότερο και αυτοί είναι κυρίως οι τομείς της ενέργειας της κινητικότητας και των συναισθηματικών αντιδράσεων, καλό θα ήταν να ενισχυθεί κατά το δυνατό το προσωπικό του ιδρύματος σε μόνιμη βάση, με αντίστοιχες ειδικότητες επαγγελματιών. Έτσι ένας ψυχολόγος σε βάθος χρόνου, θα μπορούσε να αναβαθμίσει το πεδίο των συναισθηματικών αντιδράσεων. Επίσης η εργοθεραπεία, και φυσικοθεραπεία χρειάζονται ενίσχυση, καθώς αν και παρέχονται, ωστόσο έχουν να αντιμετωπίσουν ιδιαίτερα μεγάλο φόρτο προβλημάτων κινητικότητας και χαμηλής ενέργειας.

Βέβαια αυτοί δεν είναι οι μόνοι τρόποι ανταπόκρισης στα προβλήματα που παρουσιάζει η Σ.Υ.Π.Ζ. των ενοίκων του ιδρύματος. Η ενίσχυση των ομάδων αυτοβοήθειας μεταξύ των ενοίκων, θα μπορούσαν για παράδειγμα να αναβαθμίσουν την κινητικότητα αναπήρων ατόμων.

Επίσης περισσότεροι επαγγελματίες εθελοντές, θα μπορούσαν να προσεγγιστούν στοχευμένα, για τους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. που υστερούν περισσότερο.

Σε ό,τι αφορά τον τομέα της ενέργειας, όπως προκύπτει από το θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας και την βιβλιογραφική ανασκόπηση, η δραστηριοποίηση και ενεργοποίηση των ενοίκων συχνά προσκρούει μπροστά στο φαινόμενο του «ιδρυματισμού». Περισσότερη εστίαση στην πρόληψη του παραπάνω φαινομένου, π.χ. με την ενίσχυση της ποικιλομορφίας στη ζωή των ενοίκων, την εναλλαγή παραστάσεων, την ενθάρρυνση συμμετοχής σε ομαδικές δραστηριότητες κ.α., θα μπορούσε να ενισχύσει τα προσωπικά τους κίνητρα για ενεργοποίηση και να αναβαθμίσει της Σ.Υ.Π.Ζ. στον τομέα της ενέργειας.

5.4. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

Η παρατήρηση της περιγραφικής στατιστικής ανάλυσης, δείχνει πολύ ψηλό ποσοστό μοναχικών ενοίκων του ιδρύματος (χήρων, διαζευγμένων και άγαμων), ατόμων με κινητικά προβλήματα, χαμηλοσυνταξιούχων και ηλικιωμένων με εκπαίδευση δημοτικού σχολείου ή και χαμηλότερη. Γεννιέται λοιπόν η απορία πως σχετίζονται οι μεταβλητές αυτές με άλλες παραμέτρους της υγείας των ενοίκων όπως για παράδειγμα το προσδόκιμο επιβίωσης μέσα στο ίδρυμα.

Στην μελέτη αυτή ελέχθησαν διάφοροι παράμετροι της υγείας των ηλικιωμένων και συσχετίστηκαν με συγκεκριμένους τομείς της Σ.Υ.Π.Ζ. Ωστόσο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση της Σ.Υ.Π.Ζ με ευρύτερους παράγοντες υγείας όπως π.χ. οι διάφοροι τομείς της Ψυχικής Υγείας.

Τέλος ενδιαφέρον έχει η σύγκριση μελετών άλλων ιδρυμάτων, σε ανάλογα ερευνητικά πεδία, ώστε να διεξαχθούν αποτελέσματα ικανά να αξιολογήσουν την κατάσταση της Σ.Υ.Π.Ζ. των ηλικιωμένων που διαβιούν σε ιδρύματα, σε εθνικό επίπεδο. Θα μπορούσαν επίσης να γίνουν ανάλογες συγκρίσεις μεταξύ ιδιωτικών και δημοσίων ιδρυμάτων. Ακόμα η αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. των ατόμων μέσα στο ίδρυμα παρουσιάζει ενδιαφέρον σύγκρισης με τον ανάλογο πληθυσμό που ζει στην αντίστοιχη κοινότητα έξω από το ίδρυμα, ή στις κοινότητες προέλευσης των τροφίμων του ιδρύματος.

6. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αθανασάκης Κ., Καρέλα Α., Καραμπλή Ε., Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Μυλωνά Κ., Σουλιώτης Κ., Τριτάκη Γ., Τσιάντου Β., (2009). Ο ρόλος της τοπικής αυτοδιοίκησης στη Δημόσια Υγεία Ινστιτούτο τοπικής Αυτοδιοίκησης – ΕΣΔΥ. www.ita.org. [πρόσβαση 20/11/2013]
- Βακαλιός Θ. (1984), Ποιότητα ζωής: Προβληματισμοί- Κατευθύνσεις, Αθήνα: ΚΕΠΕ.
- Βιδάλης Α., Συγγελάκης Μ. (2000) *Αξιολόγηση της Ποιότητας Ζωής. Nottingham Health Profile (NHP) - Ελληνική έκδοση Ιπποκράτεια 2000, 4(1): 39-42.*
- Βοζικάκη Μ., Μπορμπουδάκη Α.Φιλαλήθης, Τ. (2006) «Η Θεωρεία και η έρευνα της Ποιότητας Ζωής: Βιβλιογραφική Ανασκόπηση». Το Βήμα των Κοινωνικών Επιστημών Τόμος τεύχος 46, σ. 5-55.
- Γεωργούση Ε., Κυριόπουλος Γ., Γεννηματά Α., (1993) Οι δαπάνες για την υγεία στην τρίτη ηλικία στην Ελλάδα Αθήνα
- Δανιηλίδης Σ., (2010) Δομές της Κοινωνικής Υποστήριξης της Τοπικής Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα. Παρουσίαση σε συνέδριο της ΚΕΔΚΕ Ελλήνων Ερετών της Αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα, Τιφλίδα, 10-11 Ιουνίου 2010. www.inioxos.gr [Πρόσβαση 2/3/20011]
- Δενδρινός, Γ. Λασκαρίδου, Σ. Νεραντζής, Γ. & Πλατανάκη, Μ. (2003). *Γήρανση του πληθυσμού. Προβλήματα, προοπτικές και λύσεις. Η Ελληνική περίπτωση.* Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης.
- Ευρωπαϊκή Επιτροπή (1997). *Δημογραφική Έκθεση 1997.* Γενική Διεύθυνση Απασχόλησης Εργασιακών Σχέσεων και Κοινωνικών Υποθέσεων. Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
- Καλπατσανίδης, Α και Λίτσα,Δ., (2005) «*Το κόστος της Άνοιας τύπου Alzheimer*» στο: Τσολάκη Μ. Καζής Α. Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση Αθήνα:University Studio Pressσελ. 619-625
- Καραουλάνη Π. και συν. (2005) «*Θεραπεία μέσω αναμνήσεων Reminiscence*» στο: Τσολάκη Μ. Καζής Α. Άνοια Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση Αθήνα:University Studio Pressσελ. 547-553.

- Κυριόπουλου, Γκερέκου και Οικονόμου (2003). Υγεία και υπηρεσίες υγείας στον ελληνικό πληθυσμό. Αθήνα Παπαζήσης.
- Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
- Μαρκοπούλου Χ. (1995) Ο κοινωνικός λειτουργός σε ειδικά πλαίσια κοινωνικής προστασίας Αθήνα: Έλλην.
- Μηνακούλη Θ, Τσιακάτουρα Χ. (2005) Η υγειονομική περίθαλψη και η μέριμνα για τους ηλικιωμένους Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης <http://www.yrakp.gr/uploads/docs/376.pdf> [πρόσβαση 12 Αυγούστου 2012]
- Μπαλούρδος, Δ., Τεπέρογλου, Α., Φακιάλας, Ν. (1996) «ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης» στο: Καραντινός, Δ., Μαράτου, Λ., Φρονίμου, Ε.(επιμ.) *Διαστάσεις του Κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
- Νιάκας, Δ. (1992). Η μέτρηση της υγείας σε σχέση με τον προγραμματισμό και τη διοίκηση των υπηρεσιών υγείας. Στο: Γ. Κυριόπουλος, Οικονομικά και Πολιτικές των Υπηρεσιών Υγείας (109-120). Αθήνα, Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών Υγείας.
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ.,(2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18 (3): 239-253.
- Πουλοπούλου, Η. (1999) *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες, παρελθόν παρόν και μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.
- Ρόμπολης, Σ. Μπάγκαβος, Χ. Ρωμανιάς, Γ. (2003). Δημογραφικές εξελίξεις και κοινωνική ασφάλιση. Στο: Δ. Βενιέρης και Χ. Παπαθεοδώρου (Επίμ). *Η κοινωνική πολιτική στην Ελλάδα. Προκλήσεις και προοπτικές*. (σ.σ. 169-213). Αθήνα Ελληνικά Γράμματα.
- Σαρρής, Μ., (2001). Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα, Παπαζήσης.
- Σαρρής Μ, Χρυσάκης Μ, Σούλης Σ., (2002). Ανισότητες στην υγεία. Μια κριτική προσέγγιση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 19(6):672-687.
- Σιαμπος, Γ., (1989) Η δημογραφική γήρανση στην Ελλάδα, ΕΠΙΛΟΓΗ (ετήσια έκδοση).
- Σταθόπουλος, Π. (1982) «Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων την Ελλάδα». Εκλογή, τεύχος 59, σ.137-150.

- Σταθόπουλος, Π. (2005) *Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική εξέλιξη, νέες εξελίξεις*, Αθήνα: Παπαζήση
- Στασινοπούλου, Ο. (2002) *Ζητήματα σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*. Αθήνα: Gutenberg
- Τούντας, Γ. (2001) *Κοινωνία και Υγεία* Αθήνα: Οδυσσεάς
- Τσολάκη, Μ. (1999). Άνοια τύπου Alzheimer, στο θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας, Κωσταρίδου – Ευκλείδη Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεθοδολογία μέτρησης, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3): 218-229.
- Φουντουλάκης Κ, Τσολάκη Μ (1994) *Mini Mental State Examination (MMSE): Στάθμιση του στον ελληνικό πληθυσμό σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια*. Εγκέφαλος: 31:93-102
- Χανιώτης, Φ. (1998) *Εγχειρίδιο Γηριατρικής*. Αθήνα: Εκδ. ΛΙΤΣΑΣ.
- ΚΕΔΚΕ: Κεντρική Ένωση Δήμων και κοινοτήτων (2002) Το Πρόγραμμα «βοήθεια στο σπίτι» ΚΕΔΚΕ: Αθήνα.
- Χάρτης των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΕ 2000 (364) 1 (7 Δεκεμβρίου 2000)University of Minessota Human Rights library

Ξένη Βιβλιογραφία

- Ackerknecht E. (1998) *Η ιστορία της ιατρικής* Αθήνα: Μαραθιάς
- Agahi, N, Kozma, A., Parker, M.G. (2006). Continuity of leisure participation from Middle age to old age. *Journal of Gerontology*, 61B (6), S340-S346
- Atchley, P.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Baró E, Ferrer M, Vázquez O, Miralles R, Pont A, Esperanza A, Cervera AM, Alonso J(2006). Using the Nottingham Health Profile (NHP) among older adult in patients with varying cognitive function. *Qual Life Res*. 2006;15:575–585.
- Barker, D. Coggon, D Geoffrey R. (1997). *Epidemiology for the uninitiated*. BMJ Publishing Group
- Bavazzano A, Magnolfi SU, Calvani D, Valente C, Boni F, Baldini A, Quesada JJ. (1998) Functional evaluation of alzheimer patients during clinical trials: A review. *Arch Gerontol Geriatr*. 1998;26:27–32.

- Benyamini, Y. Leventhal, E.A. & Leventhal, H. (2003) Elderly people's ratings of the importance of health related factors to their self assessments of health. *Social science & Medicine*. 56. 1661-1667.
- Bernard J. Lowy, A.Mathys, N.Herrmann, R. Hurny, C.(2004) Health related quality of life: A changing construct? *Quality of life research*, 13, 1187-1197.
- Bryant, L.L. , Beck, A. & Fairclough, D.L. (2000). Factors that contribute to positive perceived health in an older population. *Journal of ageing and health*, 12(2), 169-192
- Cella DF. (1996) Quality of life outcomes: measurement and validation. *Oncology (Williston Park)* 1996;10:233–246.
- Cumming, E. (1963). Further thoughts on the theory of disengagement. *International Social Science Journal*, 15, 377-393.
- Davis, L. (1983) *Residential Care. A community resource*. London: Heinemann Educational Books
- Denton , M. Walters V.(1999)Gender differences in structural and behavioral determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48, 1221-1235.
- Dijkstra A, Buist G, Dassen T.(1998) *Operationalization of the concept of nursing care dependency“ for use in long-term care facilities*. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 1998;7:142–151.
- Dijkstra A, Brown L, Havens B, Romeren TI, Zanotti R, Dassen T, van den Heuvel W(2000). *An international psychometric testing of the care dependency scale*. *J Adv Nurs*. 2000;31:944–952.
- Donovan J.E., Jessor R.,Cosat F. M., (1991) *Adolescent health behavior and conventionality- unconventionality: an extension of problem- behavior theory* *Health Psycho*. 10 (1) sel. 52-61
- Drageset J, Natvig GK, Eide GE, Clipp EC, Bondevik M, Nortvedt MW, Nygaard HA (2008). *Differences in health-related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway*. *J Clin Nurs*. 2008;17:1227–1236.
- Ebersole P. & Hess P. (1998). *Aging Today: Toward Healthy Aging* (5th edn). Mosby, St Louis, MI.
- Eckermann, L.(2000) Gendering indicators of health and well- being: Is quality of life gender neutral? *Social Indicators Research*, 52, 671-681.

- Eriksson I., Unden, A.L. & Elofsson, S.(2001)self-rated health. Comparisons between three different measurew. Results from the Canadian National population health survey.Social sience and Medicine,51(1), 123-133.
- Erikson EH (1980) *On the Generational Cycle*. An address. Int. J. Psychoanal. 61:213-223, 1980.
- Estes, C.L. and Associates, (2001). *Social Policy and Aging: A critical perspective*. Thousand Oaks, California: Sage.
- <http://www.madata.gr/index.php?news=18508> ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ [Πρόσβαση: 12/5/2013]
- European Commission, (2004). *Report of the High Level Group on the future of health care and care for the elderly*. Directorate-General for employment and Social Affairs, Luxembourg: Official Publications of the European Communities.
- Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR (1975) “Mini-mental state” A practical method for grading the cognitive state of patient for the clinician. Journal of Psychiatric research 12(3): 189-98.
- Gammon J.K. & Weissman M. M., (1987). Assessment of psychological status: measures of subjective wellbeing, social adjustment and psychiatric symptoms. In: T. Abelin, Z.J. Brenzinski & V.D.L. Carstairs (eds). *Measurement in health promotion and protection (p.p. 133-150)*. W.H.O. CoprnhagenQ Regional office for Europe.
- Goldsmith, T.C. (2006). Aging theories and their implications for medicine. http://www.azinet.com/ageing/anti-aging_medicine.pdf. Last accessed June, 2008.
- Grzerorczyk JM., Kwolek A. (2002) *Factors determiningthe quality of lifeof residents in homes for the aged preliminary report*. Wiad. Lek. 2002q55Suppl1:108-13. Police.
- Hall K.A.& O Connor, D.W. (2004) Correlates of aggressive behavior in dementia. International psychogeriatrics 16 (2), 141-158.
- Hamilton, H. (2008) Language and dementia: sociolinguistic aspect, Annual Review of Applied linguistic, 28, 91-110.
- Hart, S., (1988). Language and dementia: A review, Psychological Medicine, 18, 99-112.

- Hendry, F. Mc Vittie, C. (2004). *Is quality of life a health concept? Measuring and understanding life experiences of older people*. *Qualitative Health Research*, 14 (7), 961- 975.
- Higgs,P., Hyd, M., Wiggins, R. & Blane, D. (2003). Researching Quality of Life in Early Old Age: The Importance of the Sociological Dimension. *Social Policy and Administration*
- Hunt, S. M., McEwan, J., & McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 185-188
- Hunt, S. M., McEwan, J., & McKenna, S. P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 35(273), 185-188
- Kane R., Kane R. (1981), *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*. Lexington MA D.C, Heath and Co.
- Kempler D. & Goral, M. (2008). Language and dementia: Neuropsychological aspects *Annual Review of Applied linguistics*, 28, 73-90.
- Kessler, R. C. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74, 5-13.
- Lachman, M. E., & Baltes, P. B. (1994). Psychological aging in life-span perspective. In M.L. Rutter & D. F. Hay (Eds.), *Development through life: A handbook for clinicians* (pp.583-606). Oxford: Blackwell Scientific.
- Leela Visaria. Education and Health in South Asia. *Asia Pacific Population Journal*. December 2002; Vol. 17, No. 4: P. 83-97
- Litwin, H. & Shiovitz-Ezra, S. (2006). The association between activity and wellbeing in later life: what really matters? *Aging & Society*, 26, 225–242.
- Litwin, H., (2003). The association of disability, sociodemographic background and social network type in later life. *Journal of Aging and Health*, 15(2): 391-408.
- Lobo A, Santos P, Carvalho J, Mota J.(2008) *Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly*. *Geriatr Gerontol Int*. 2008;8:284–290.
- Lionis C.Department of social Medicine. (2000) Handling Alzheimer Disease in Well Defined Primary Health Care Area of 3 European Distant Regions. In *Dealing With Dementia: Recent European Research*. D.F. Marks and.C.M. Sykes (Eds.). London: Middlesex University Press,

- Lutgendorf , S.K.& Costanz, E.S. (2003) Psychoneuroimmunology and health psychology: an integrative model, *Brain Behavior, and immunity*, 17 225-232.
- Lynch. J. & Kaplan. G (2000). Socioeconomics position In L.F.Berkman & Kawachi (Eds.). *Social epidemiology* (p.p. 13-35). New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J.P.(2003). An analysis of the role of health care in reducing inequalities in health: The case of the Netherlands. *International Journal of Health Services*, 33(3), 523-541.;
- Marianne E.S., 2007 «Υγής Γήρανση»
http://www.50plus.gr/images/content/Greek_shortHealthAgeing_web.pdf.
[accessed 7 July 2013]
- Milne, A. & Williams, J. (2000) Meeting the mental health needs of older women: taking social inequality into account. *Ageing and Mental Health* (in press).
- Moos I. & Bjorn A., (2006) Use of the life story in the institutional care of people with dementia: A review of intervention studies. *Ageing and society*. 26, 431-454.
- Milne, A. & Williams, J. (2000). *Meeting the mental health needs of older women: taking social inequality into account*. *Ageing and Society*, 20, 699-723.
- Moody, H. (1995). Ageing meaning and the allocation of resources. *Ageing and Society*, 15, 163-145.
- Barlow, D. et Durand, M. (2001), «Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά : Μία Σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση» Μετάφρ. Μπαρπάτση, Μ. Β' έκδοση Αθήνα: Έλλην.
- Murrell, S. A. and Meeks, S. Psychological, Economic, and Social Mediators of the Education-Health Relationship in Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 14(4): 527-550. (2002).
- Munk, K. (2007). *The elderly are coming!* *Nordic Psychology*, 59(1), 1-6.
- Nettleton S.(1995); *The sociology of health promotion* London: Rutledge.
- Németh G.(2006) Health related quality of life outcome instruments. *Eur Spine J*. 2006;15(Suppl 1):S44–51.
- Netuveli, G., (2007). *Cross National comparison of quality of life at older age in Europe: Full research Report*. ESRC End Award Report, RES-000-22-1281. Swindon: ESRC
- Noro A, Aro S. (1996) Health related quality of life among the least dependent institutional elderly compared with the non-institutional elderly population.

- Kay, D.W.K. (1991). *The epidemiology of dementia: a review of recent work*.
Reviews in Clinical Gerontology, 1, 55, 66.
- Pearce, N. (2005). *A short introduction to epidemiology*. Wellington: Centre for public health research, Massey University Wellington Campus
- Rinker, A.G. (2009) Recognition and perception of elder abuse by prehospital and hospital based care providers, Archives of gerontology and Geriatrics 48,110-115.
- Salbrugge M., Jonginelis L.K., Pot A.M.BeekmanA.T., Aefsting JA. (2007) *Pain among nursing home patients in the Netherlands prevalence, course, clinical correlates recognition and analgesic treatment, an observational cohort study*. B.M.C. Geriatr.2007 Feb. 14,7:3
- Scambler G &, D. (2003). Inequity and social class. In G. Scambler (Edw.) *Sociology as applied to medicine* (p.p. 107-123). Philadelphia Elsevier Science Limited.
- Schieman S, Van Gundy K. The personal and social links between age and self-reported empathy. *Social Psychology Quarterly*. 2000;63:152–174.
- Schroll M. Bjørnsbo n- Scroll K, Ferrt N, (1996). *Health and physical performance of elderly Europeans*. Livingstone MB
- Swensen , C.H. (1983). *A respectable old age*. American Psychologist, 327- 334.
- Tabali M, Jeschke E, Dassen T, Ostermann T, Heinze C. (2013). *Does the care dependency of nursing home residents influence their health-related quality of life?-A cross-sectional study* Health Qual Life Outcomes. 2013; 11: 41.
- Tabali M, Jeschke E, Dassen T, Ostermann T, Heinze C. (2011) *The Nottingham Health Profile: a feasible questionnaire for nursing home residents?* Int Psychogeriatr. 2011. pp. 1–9.
- Unden, A.I. & Elifsson, S. (2001) Health from the patient's point of view. How does it relate to the physician's judgment? *Family Practice*, 18 (2), 174-180
- Veenhoven, R. (2002). Why social policy needs subjective indicators, *Social Indicators Research*, 58, 33-45
- Yfantopoulos J., (2001a), The “social” quality of life, *Archives of Hellenic medicine*, 18 (2): 108-113.
- Weber M. (1978) *Economy and society*, G. Roth and Wittich (eds) 2 vols University of California press Berkley.
- Wong, G.K.M. (2003). Quality of life of elderly Singapore's multi-racial society. *International Journal of Social of Social Economics*, 30(3), 302-319.

- WHO. The World Health Report (2002). Reducing the risks, promoting healthy life. World Health Organization, Geneva 2002.
- WHO (2000). Operational Guidelines for Ethics Committees That Review Biomedical Research Geneva 2000.
- W.H.O. (2001) Mental Health new understanding new hope Geneva
- Zautra, A., & Goodhart, P. (1979). *Quality of life indicators: A review of the literature. Community Mental Health Review, 4, 1-10.*
- Zimmer Z, Natividad J, Lin HS, Chayovan N. A cross-national examination of the determinants of self-assessed health. *J Health Soc Behav.* 2000, 41(4):465-81.

Ηλεκτρονικές Πηγές

1. Χάρτης των θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ΕΕ 2000 (364) 1 (7 Δεκεμβρίου 2000) University of Minnesota Human Rights library
<http://www1.umn.edu/humanrts/instate/europeanunion2.html> [πρόσβαση 5/8/2013]
2. Πληροφοριακό δελτίο Social Europe της Ευρωπαϊκής Επιτροπής
<http://ec.europa.eu/social> [πρόσβαση 5/10/2013]
3. WHO, (2011), *10 facts on ageing and the life course*,
<http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html>, πρόσβαση [22/07/2013]
4. http://www.50plus.gr/images/content/Greek_shortHealthAgeing_web.pdf.
«Υγής Γήρανση» [accessed 7 July 2013]
5. SENECA Investigators. *Eur J Clin Nutr.* Jul;50 Suppl 2:S105-11.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841790> [πρόσβαση 14/8/2013]
6. World Alzheimer Report, ADI, (2009) <http://www.alz.co.uk>

7. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

Παράρτημα Ι: Πίνακες-Διαγράμματα Στατιστικής Ανάλυσης

Πίνακας 1. Απόλυτες και σχετικές συχνότητες για τα βασικά κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία.

	N (%)
MMSE	
μέτριο	52 (56.5)
καλό	35 (38.0)
άριστο	5 (5.4)
Φύλο	
Γυναίκα	46 (50.0)
Άνδρας	45 (48.9)
-	1 (1.1)
Οικ. κατάσταση	
Άγαμος/η	17 (18.5)
Έγγαμος/η	12 (13.0)
Χήρος/α	52 (56.5)
Διαζευγμένος/η	11 (12.0)
Παιδιά	
ναι	61 (66.3)
όχι	31 (33.7)
Υπηκοότητα	
Ελληνική	90 (97.8)
Άλλη	1 (1.1)
-	1 (1.1)
Επίπεδο εκπαίδευσης	
Ποτέ σχολείο	14 (15.2)
Δεν έχω ολοκλ. δημοτικό	26 (28.3)
Δημοτικό	39 (42.4)
Γυμνάσιο/Κατ. Τεχν.Σχολές	7 (7.6)
Λύκειο/ΤΕΕ/Ανώτ. Τεχν.Σχολές	2 (2.2)
ΤΕΙ/ΑΕΙ	4 (4.3)
Μηνιαίο εισόδημα	
0	11 (12.0)
<300	16 (17.4)
<=600	53 (57.6)
<=900	4 (4.3)
>900	1 (1.1)
-	7 (7.6)
Ασφάλιση	
ΕΟΠΥΥ	77 (83.7)
Λοιπά	4 (4.3)

Ανασφάλιστος	9 (9.8)
5	1 (1.1)
-	1 (1.1)
Διαμονή σε άλλο ίδρυμα	
ναι	13 (14.1)
όχι	79 (85.9)
Καρδιαγγειακά	
όχι	66 (71.7)
ναι	26 (28.3)
Σακχαρώδης διαβήτης	
όχι	74 (80.4)
ναι	18 (19.6)
Υπέρταση	
όχι	80 (87.0)
ναι	12 (13.0)
Κινητικότητα	
όχι	53 (57.6)
ναι	39 (42.4)
Ακοή	
όχι	82 (89.1)
ναι	10 (10.9)
Όραση	
όχι	80 (87.0)
ναι	12 (13.0)
Άλλο	
όχι	60 (65.2)
ναι	32 (34.8)
Κανένα	
όχι	76 (82.6)
ναι	16 (17.4)
Πρόβλημα Υγείας	
όχι	12 (13.0)
ναι	80 (87.0)

Πίνακας 2. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για την ηλικία, τα έτη διαμονής στο ίδρυμα και τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου.

	Median (IQR)
Ηλικία	82.0 (73.0, 88.0)
Διαμονή στο ίδρυμα (έτη)	3.0 (2.0, 6.0)
TEN	63.2 (24.0, 100.0)
TP	12.9 (0.0, 53.6)
TEM	44.2 (19.1, 63.6)
TSL	38.5 (0.0, 72.7)
TSO	22.5 (0.0, 42.7)
TPM	44.7 (21.4, 67.2)

Πίνακας 3. Δείκτης συνάφειας Kuder-Richarson (KR20) ανά τομέα.

	KP20
TEN	0.69
TP	0.88
TEM	0.74
TSL	0.73
TSO	0.63
TPM	0.80

Πίνακας 4. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανά MMSE.

	MMSE			
	μέτριο	καλό	άριστο	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (38.0, 100.0)	63.2 (24.0, 100.0)	24.0 (24.0, 36.8)	0.468
TP	12.9 (0.0, 48.9)	14.8 (0.0, 63.9)	10.0 (0.0, 26.3)	0.833
TEM	49.9 (19.1, 66.2)	41.3 (19.1, 59.8)	43.1 (41.4, 48.0)	0.793
TSL	37.8 (6.3, 68.9)	50.4 (0.0, 77.6)	55.9 (0.0, 71.3)	0.696
TSO	36.1 (0.0, 42.7)	22.0 (0.0, 57.3)	19.4 (16.0, 22.0)	0.528
TPM	46.2 (22.0, 67.2)	46.2 (21.8, 69.4)	20.5 (11.2, 21.4)	0.100

Πίνακας 5. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανά φύλο.

	Φύλο		p-value
	Γυναίκα	Ανδρας	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	69.6 (36.8, 100.0)	63.2 (24.0, 100.0)	0.336
TP	15.3 (0.0, 59.0)	12.1 (0.0, 49.2)	0.676
TEM	46.3 (26.3, 59.2)	41.4 (12.0, 66.2)	0.558
TSL	40.9 (12.6, 72.7)	37.8 (0.0, 72.7)	0.503
TSO	35.3 (16.0, 42.1)	22.5 (0.0, 57.3)	0.810
TPM	50.3 (20.9, 68.8)	35.4 (21.8, 58.8)	0.318

Πίνακας 6. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανά οικογενειακή κατάσταση.

	Οικ. κατάσταση				p-value
	Άγαμος/η	Έγγαμος/η	Χήρος/α	Διαζευγμένος/η	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	39.2 (0.0, 100.0)	62.0 (19.6, 88.0)	63.2 (39.2, 100.0)	36.8 (0.0, 100.0)	0.245
TP	10.5 (0.0, 59.8)	19.4 (0.0, 51.6)	15.8 (0.0, 48.2)	11.2 (0.0, 63.9)	0.987
TEM	40.0 (26.7, 49.6)	45.8 (24.0, 67.1)	47.6 (19.7, 63.6)	30.2 (12.0, 78.8)	0.883
TSL	55.9 (12.6, 77.6)	46.9 (6.3, 75.2)	38.1 (12.6, 68.9)	0.0 (0.0, 87.4)	0.552
TSO	16.0 (0.0, 42.1)	30.5 (9.7, 71.1)	36.1 (0.0, 42.1)	38.0 (22.0, 64.7)	0.458
TPM	35.4 (20.5, 66.1)	33.9 (16.8, 69.4)	54.5 (22.0, 67.2)	24.2 (21.8, 66.0)	0.817

Πίνακας 7. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανάλογα με το αν έχουν ή όχι παιδιά.

	Παιδιά		p-value
	ναι	όχι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	63.2 (39.2, 100.0)	63.2 (24.0, 100.0)	0.935
TP	15.3 (0.0, 49.2)	10.5 (0.0, 59.8)	0.953
TEM	48.3 (20.2, 69.8)	37.0 (14.0, 49.6)	0.131
TSL	49.6 (12.6, 72.7)	28.7 (0.0, 71.3)	0.278
TSO	28.9 (9.7, 57.7)	22.0 (0.0, 42.1)	0.477
TPM	47.3 (22.0, 67.2)	34.7 (20.5, 66.1)	0.381

Πίνακας 8. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανά επίπεδο εκπαίδευσης.

	Επίπεδο εκπαίδευσης.	Δεν έχω ολοκλ. δημοτικό	Δημοτικό	Γυμνάσιο /Κατ.Τεχν.Σχολές	Λύκειο /ΤΕΕ /Ανώτ.Τεχν.Σχολ	ΤΕΙ/ΑΕΙ	p-value
	Ποτέ σχολείο						
TEN	88.0 (39.2, 100.0)	100.0 (36.8, 100.0)	60.8 (24.0, 100.0)	0.0 (0.0, 60.8)	81.6 (63.2, 100.0)	69.6 (43.6, 88.0)	0.097
TP	20.9 (0.0, 89.5)	22.4 (0.0, 71.3)	11.2 (0.0, 38.9)	12.9 (0.0, 40.0)	37.2 (19.5, 55.0)	2.9 (0.0, 17.3)	0.675
TEM	46.3 (30.9, 69.8)	49.6 (17.5, 73.0)	45.1 (19.1, 62.5)	35.0 (9.8, 41.4)	20.4 (9.3, 31.5)	49.6 (12.0, 74.0)	0.659
TSL	55.9 (43.4, 77.6)	46.9 (22.4, 77.6)	22.4 (0.0, 65.1)	12.6 (0.0, 78.3)	0.0 (0.0, 0.0)	42.7 (6.3, 78.3)	0.172
TSO	41.8 (22.0, 64.7)	36.1 (0.0, 42.1)	22.0 (0.0, 42.1)	22.0 (0.0, 42.7)	10.1 (0.0, 20.1)	32.1 (22.0, 53.4)	0.543
TPM	45.3 (22.0, 57.9)	61.3 (21.4, 78.7)	35.4 (20.5, 66.0)	41.9 (24.2, 78.7)	33.4 (20.5, 46.2)	27.4 (16.4, 38.4)	0.428

Πίνακας 9. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανά μηνιαίο εισόδημα.

	Μηνιαίο εισόδημα					
	0	<300	<=600	<=900	>900	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (0.0, 100.0)	100.0 (30.4, 100.0)	63.2 (24.0, 100.0)	81.6 (31.6, 100.0)	60.8 (60.8, 60.8)	0.810
TP	5.8 (0.0, 15.8)	10.0 (0.0, 100.0)	12.9 (0.0, 53.6)	27.7 (5.8, 54.7)	48.9 (48.9, 48.9)	0.700
TEM	43.8 (12.0, 74.0)	45.5 (17.5, 69.0)	43.8 (16.4, 62.5)	52.9 (15.1, 84.3)	23.3 (23.3, 23.3)	0.963
TSL	55.9 (0.0, 83.9)	46.9 (0.0, 78.0)	38.5 (0.0, 72.7)	25.2 (6.3, 55.3)	16.1 (16.1, 16.1)	0.913
TSO	42.1 (22.5, 77.5)	29.1 (19.0, 59.8)	22.0 (0.0, 42.1)	32.3 (11.0, 71.3)	0.0 (0.0, 0.0)	0.151
TPM	22.3 (22.0, 66.0)	43.6 (16.6, 68.8)	43.7 (20.1, 66.1)	41.0 (29.3, 63.0)	66.1 (66.1, 66.1)	0.892

Πίνακας 10. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανά ασφαλιστικό φορέα.

	Ασφάλιση				
	ΕΟΠΥΥ	Λοιπά	Ανασφάλιστος	Δε γνωρίζω	
	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	88.0 (50.0, 100.0)	39.2 (24.0, 63.2)	100.0 (100.0, 100.0)	0.427
TP	15.3 (0.0, 56.8)	31.2 (6.5, 74.8)	5.8 (0.0, 26.0)	15.8 (15.8, 15.8)	0.716
TEM	43.1 (17.5, 62.5)	28.3 (11.2, 60.1)	55.1 (43.8, 73.0)	34.1 (34.1, 34.1)	0.327
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	28.0 (0.0, 64.3)	55.9 (37.8, 78.3)	22.4 (22.4, 22.4)	0.470
TSO	22.0 (0.0, 42.1)	30.0 (11.0, 69.0)	40.1 (30.3, 72.7)	42.1 (42.1, 42.1)	0.318
TPM	45.3 (20.5, 67.2)	41.0 (17.3, 63.8)	41.9 (22.3, 66.0)	56.8 (56.8, 56.8)	0.944

Πίνακας 11. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανάλογα με το αν έχουν διαμείνει σε άλλο ίδρυμα.

	Διαμονή σε άλλο ίδρυμα		p-value
	ναι	όχι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	60.8 (36.8, 63.2)	63.2 (24.0, 100.0)	0.359
TP	18.7 (5.8, 58.5)	12.9 (0.0, 49.6)	0.734
TEM	33.0 (9.8, 62.0)	44.6 (21.2, 64.7)	0.359
TSL	43.4 (0.0, 65.1)	38.5 (0.0, 72.7)	0.847
TSO	22.0 (0.0, 42.1)	28.9 (16.0, 42.7)	0.445
TPM	24.2 (20.5, 46.2)	46.2 (21.8, 68.1)	0.296

Πίνακας 12. Διάμεση τιμή, 1^ο και 3^ο τεταρτημόριο (ενδοτεταρτομοριακό εύρος – IQR) για τους έξι τομείς του ερωτηματολογίου ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα υγείας.

	Καρδιαγγειακά		p-value
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	62.0 (24.0, 100.0)	100.0 (60.8, 100.0)	0.049
TP	11.2 (0.0, 46.9)	27.0 (5.8, 80.3)	0.048
TEM	42.2 (14.0, 62.5)	50.4 (31.5, 68.2)	0.174
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	53.5 (12.6, 77.6)	0.207
TSO	22.5 (0.0, 42.7)	36.1 (19.4, 42.1)	0.862
TPM	33.8 (12.7, 66.6)	50.9 (41.9, 67.2)	0.058
Σακχαρώδης διαβήτης			
			p-value
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	63.2 (24.0, 100.0)	0.955
TP	15.3 (0.0, 55.0)	10.0 (0.0, 38.9)	0.612
TEM	44.2 (20.2, 64.7)	45.0 (10.5, 53.0)	0.619
TSL	38.5 (12.6, 72.7)	32.9 (0.0, 77.6)	0.854
TSO	22.0 (0.0, 42.1)	37.0 (22.0, 42.7)	0.450
TPM	46.2 (21.9, 67.6)	29.3 (12.7, 58.2)	0.305
Υπέρταση			
			p-value
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	69.6 (31.6, 100.0)	0.815
TP	12.9 (0.0, 49.6)	12.9 (0.0, 56.7)	0.976
TEM	44.2 (19.1, 63.6)	44.5 (18.8, 65.8)	1.000
TSL	43.4 (12.6, 72.7)	8.1 (0.0, 52.8)	0.169
TSO	35.3 (0.0, 42.7)	22.0 (22.0, 40.3)	0.691
TPM	46.2 (21.8, 67.2)	29.5 (16.0, 57.8)	0.376
Κινητικότητα			
			p-value
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	
TEN	60.8 (0.0, 100.0)	100.0 (60.8, 100.0)	0.003
TP	5.8 (0.0, 24.7)	28.7 (12.9, 71.3)	0.001
TEM	41.1 (13.0, 54.0)	52.8 (24.6, 83.0)	0.020

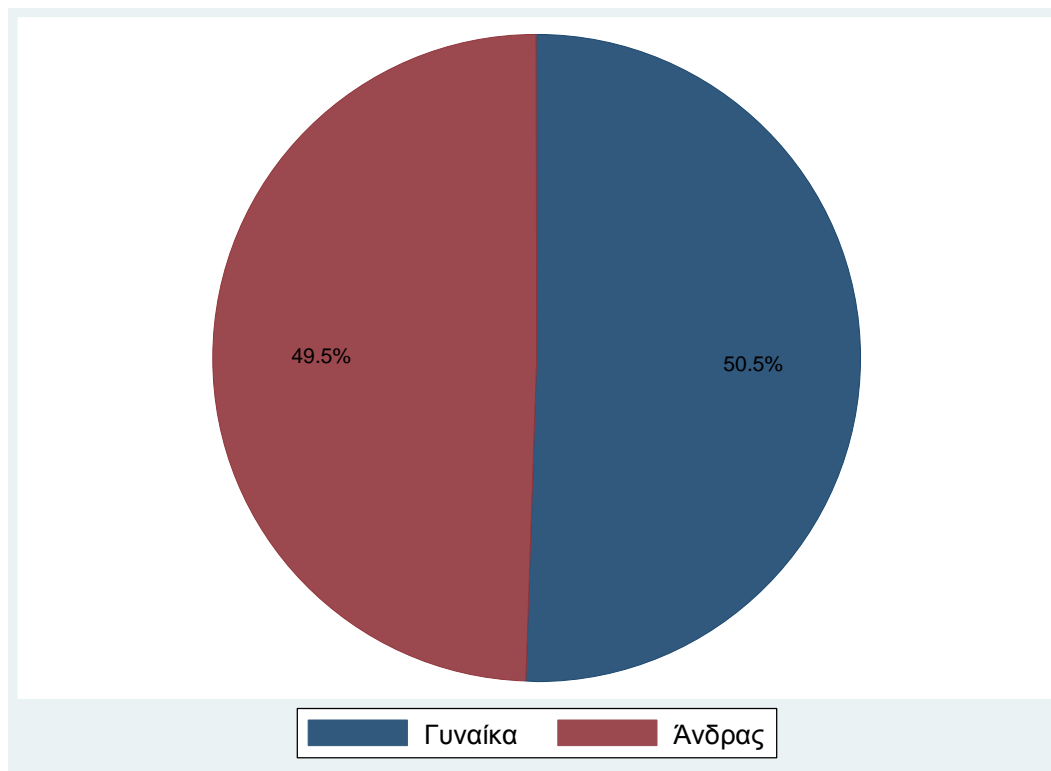
TSL	28.7 (0.0, 65.1)	51.0 (12.6, 77.6)	0.101
TSO	22.0 (0.0, 42.1)	37.0 (19.4, 64.7)	0.375
TPM	22.5 (12.7, 56.1)	62.1 (44.1, 78.7)	<0.001
	Ακοή		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	100.0 (60.8, 100.0)	0.066
TP	12.9 (0.0, 53.6)	17.3 (5.8, 46.9)	0.562
TEM	43.7 (19.1, 62.0)	59.2 (26.7, 83.0)	0.293
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	77.6 (22.4, 77.6)	0.098
TSO	22.0 (0.0, 42.7)	42.1 (22.0, 42.1)	0.310
TPM	42.8 (20.5, 66.0)	66.6 (55.5, 78.7)	0.015
	Όραση		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	63.2 (24.0, 100.0)	100.0 (80.4, 100.0)	0.043
TP	12.9 (0.0, 48.9)	26.9 (2.9, 92.1)	0.260
TEM	43.7 (17.0, 65.5)	50.4 (32.6, 60.9)	0.568
TSL	37.8 (0.0, 72.7)	60.8 (28.0, 77.6)	0.153
TSO	22.0 (0.0, 42.7)	36.1 (10.1, 42.1)	0.948
TPM	43.8 (20.5, 67.2)	55.5 (33.2, 62.5)	0.573
	Άλλο		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	69.6 (24.0, 100.0)	63.2 (36.8, 100.0)	0.465
TP	14.8 (0.0, 53.6)	10.9 (0.0, 53.9)	0.970
TEM	43.5 (19.1, 62.0)	45.5 (16.4, 64.7)	0.684
TSL	37.8 (0.0, 75.2)	43.4 (16.1, 68.9)	0.613
TSO	36.1 (16.0, 42.7)	22.0 (0.0, 42.1)	0.417
TPM	46.2 (21.8, 67.2)	43.7 (20.5, 66.1)	0.822
	Πρόβλημα Υγείας (γενικά)		
	όχι	ναι	
	Median (IQR)	Median (IQR)	p-value
TEN	30.4 (0.0, 62.0)	63.2 (38.0, 100.0)	0.004
TP	0.0 (0.0, 8.2)	19.5 (0.0, 59.0)	0.002
TEM	31.5 (0.0, 57.9)	45.0 (22.2, 63.6)	0.136
TSL	17.5 (0.0, 54.6)	43.4 (6.3, 72.7)	0.232
TSO	21.1 (0.0, 40.3)	35.3 (0.0, 42.7)	0.444
TPM	21.6 (0.0, 22.1)	50.9 (22.7, 68.1)	0.001

Πίνακας 13. Μη παραμετρικός συντελεστής γραμμικής συσχέτισης Spearman.

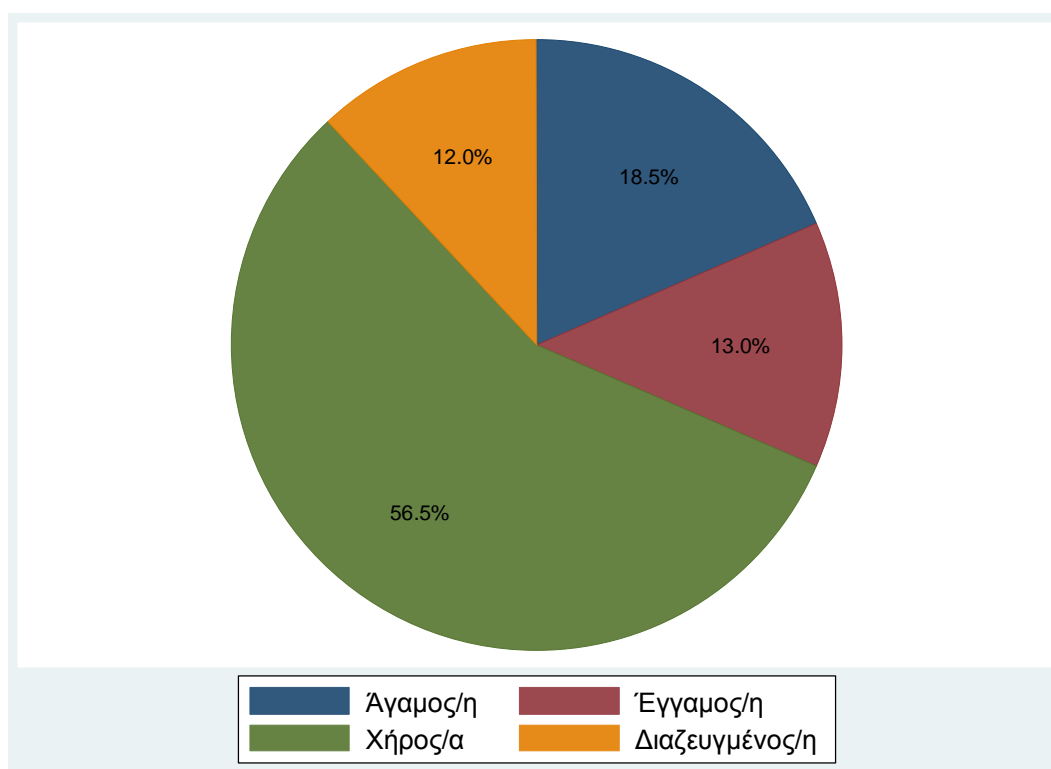
	Ηλικία		Έτη στο ίδρυμα	
	Spearman ρ	p-value	Spearman ρ	p-value
TEN	0.28	0.008	0.17	0.103
TP	0.06	0.601	0.26	0.014
TEM	0.15	0.172	0.04	0.704
TSL	-0.07	0.520	0.21	0.049
TSO	-0.06	0.588	0.05	0.651
TPM	0.36	0.001	0.01	0.962

Ακολουθούν κυκλικά διαγράμματα και θηκογράμματα.

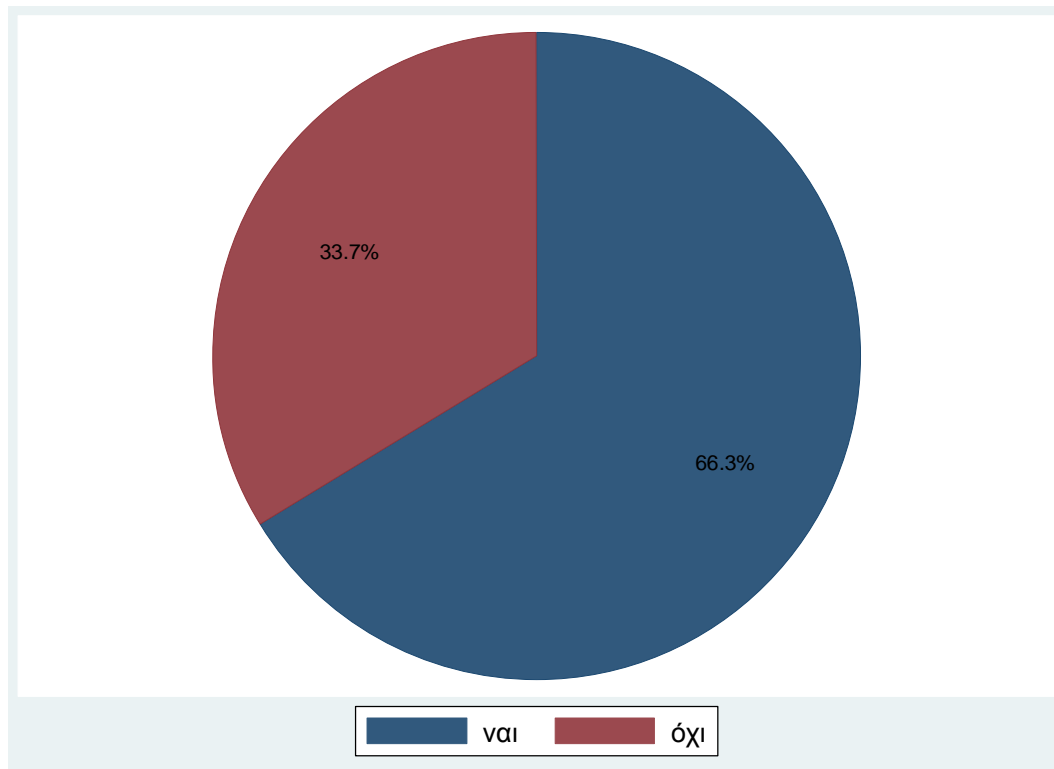
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά φύλο.



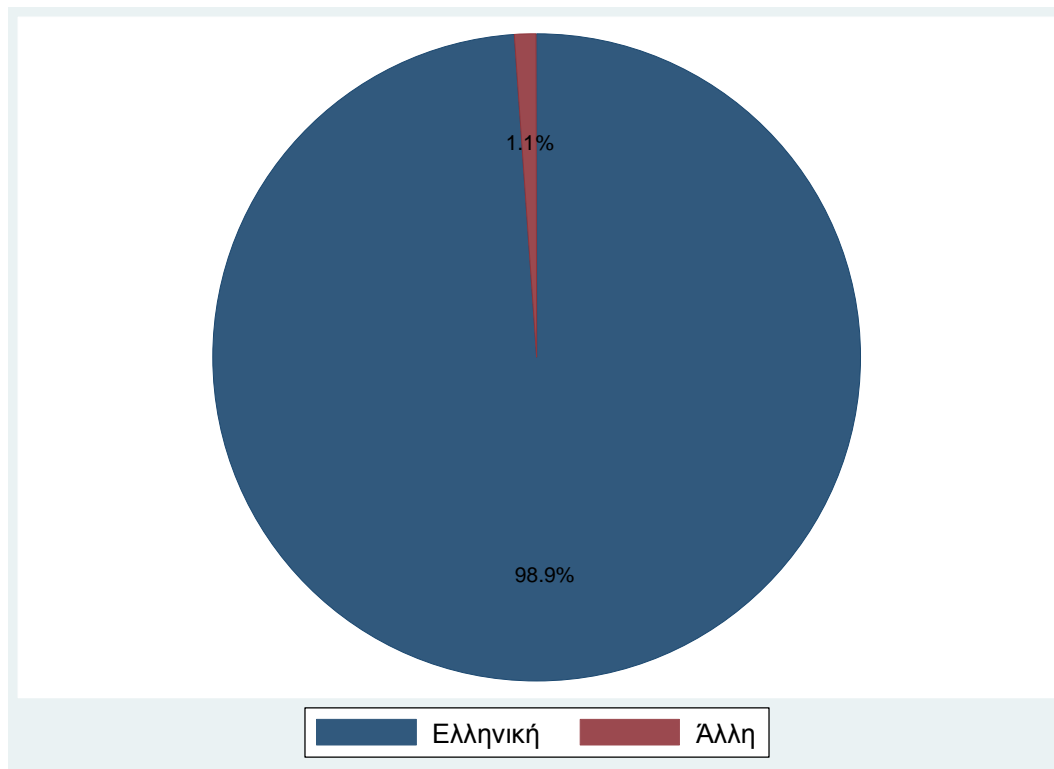
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά οικ. κατάσταση.



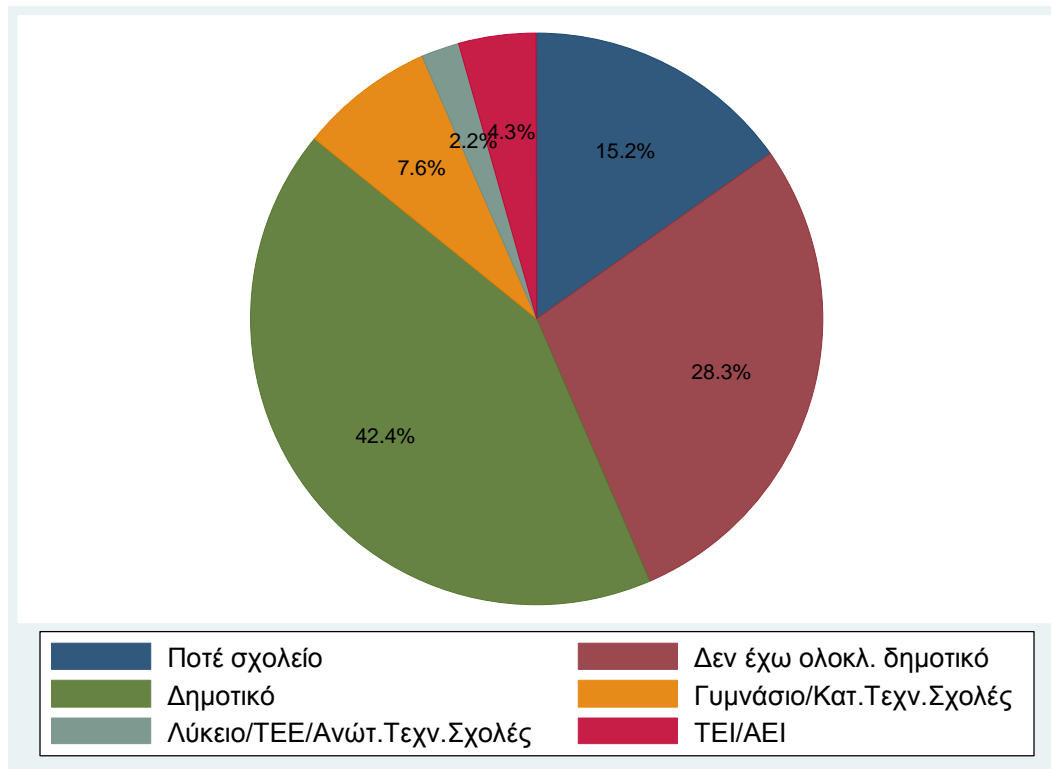
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν ή όχι παιδιά.



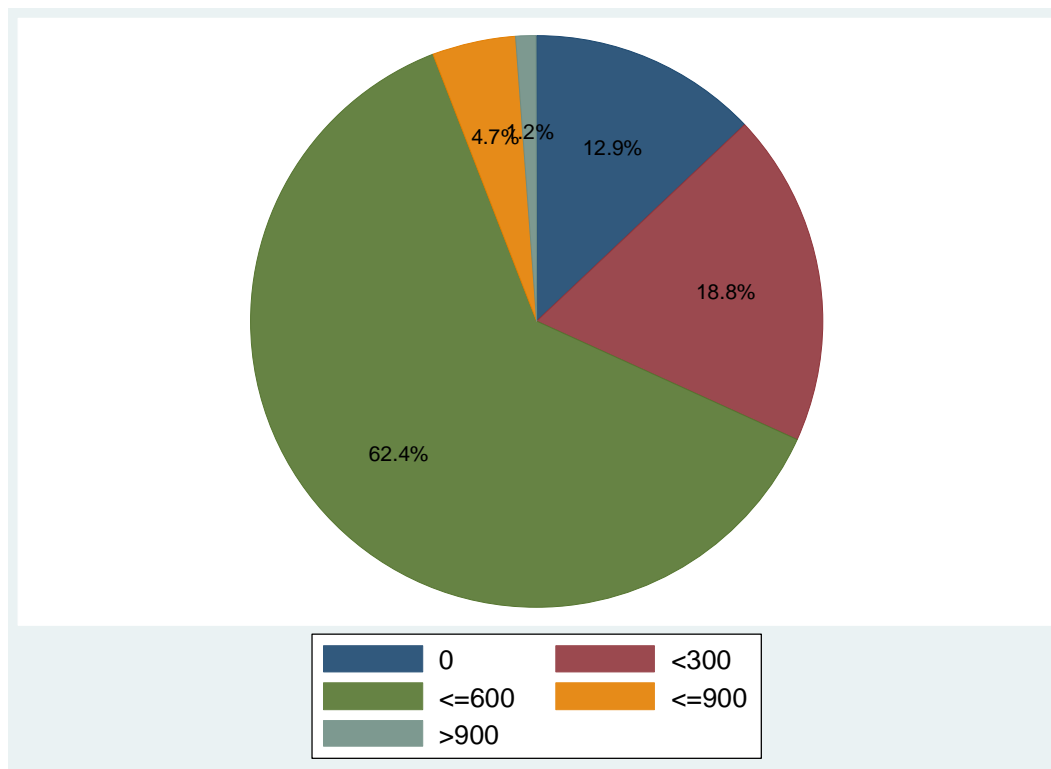
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) υπηκοότητα.



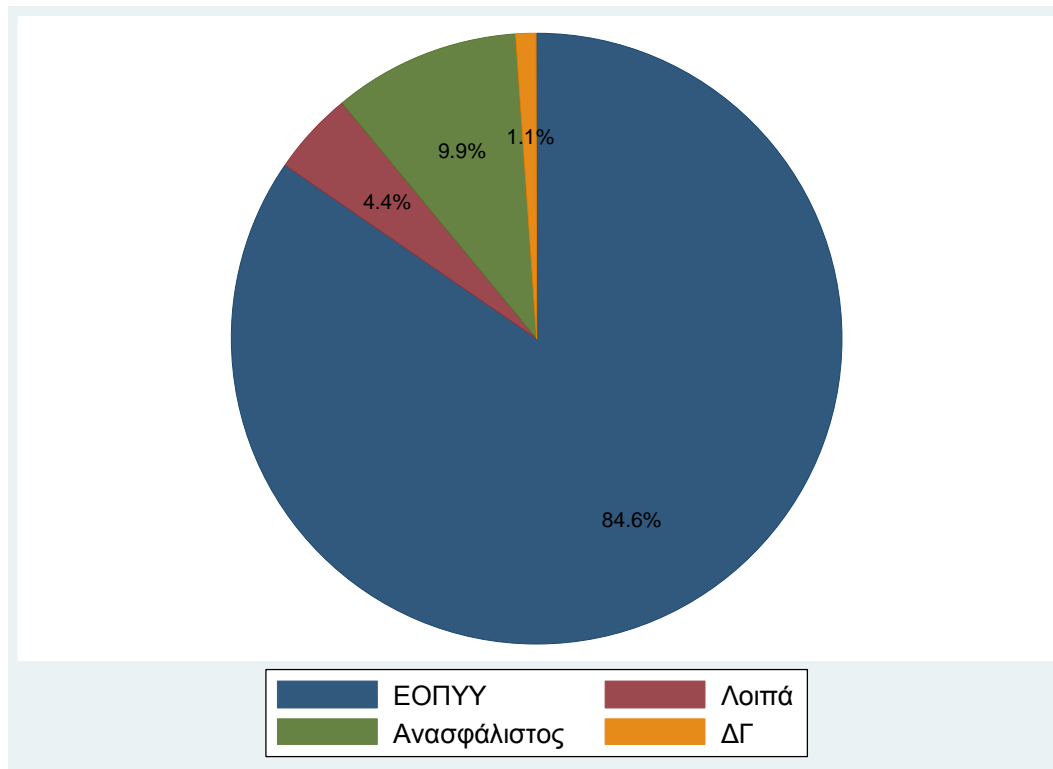
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης.



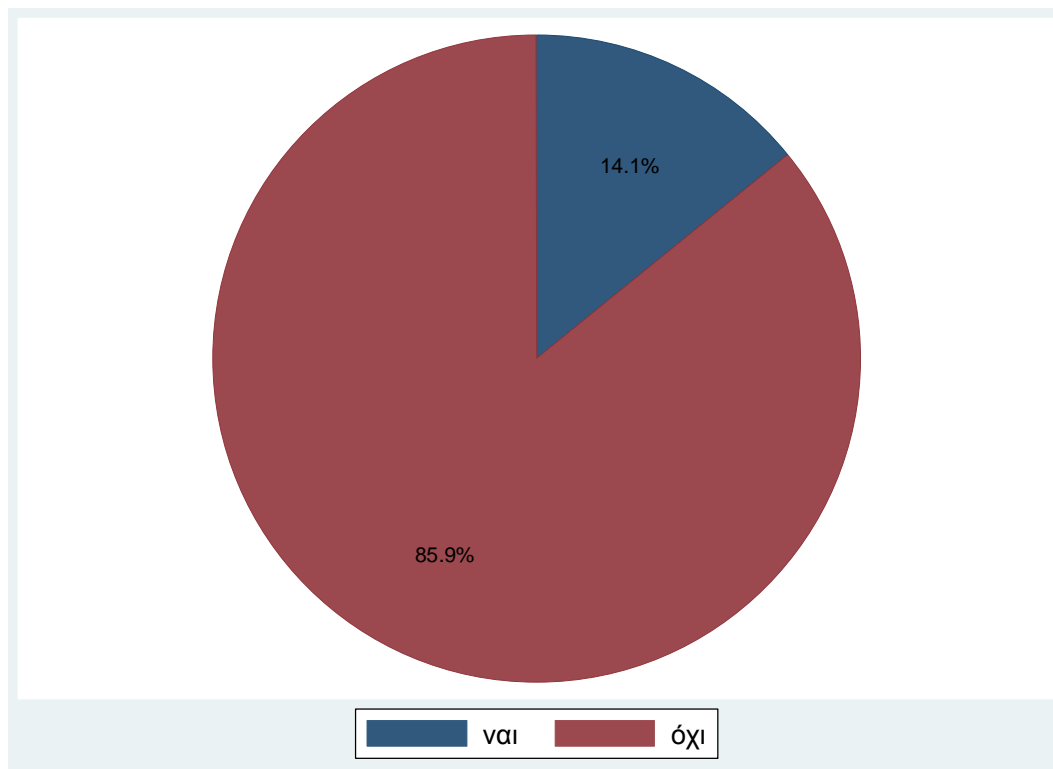
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά εισόδημα.



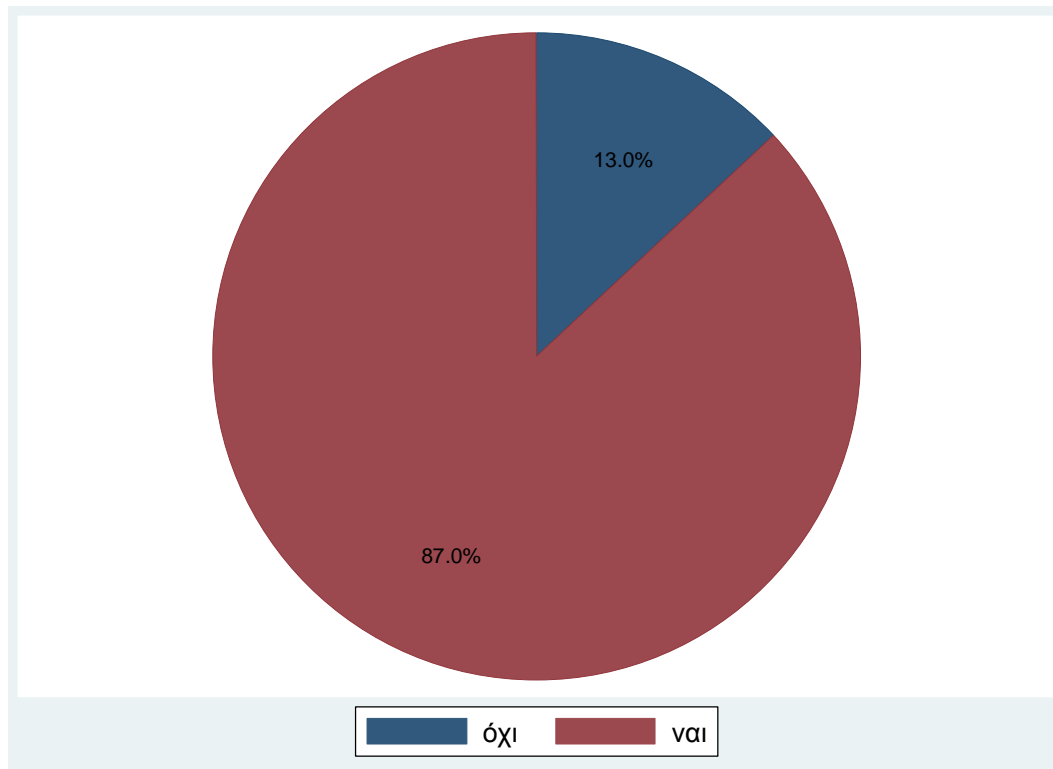
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανά ασφαλιστικό φορέα.



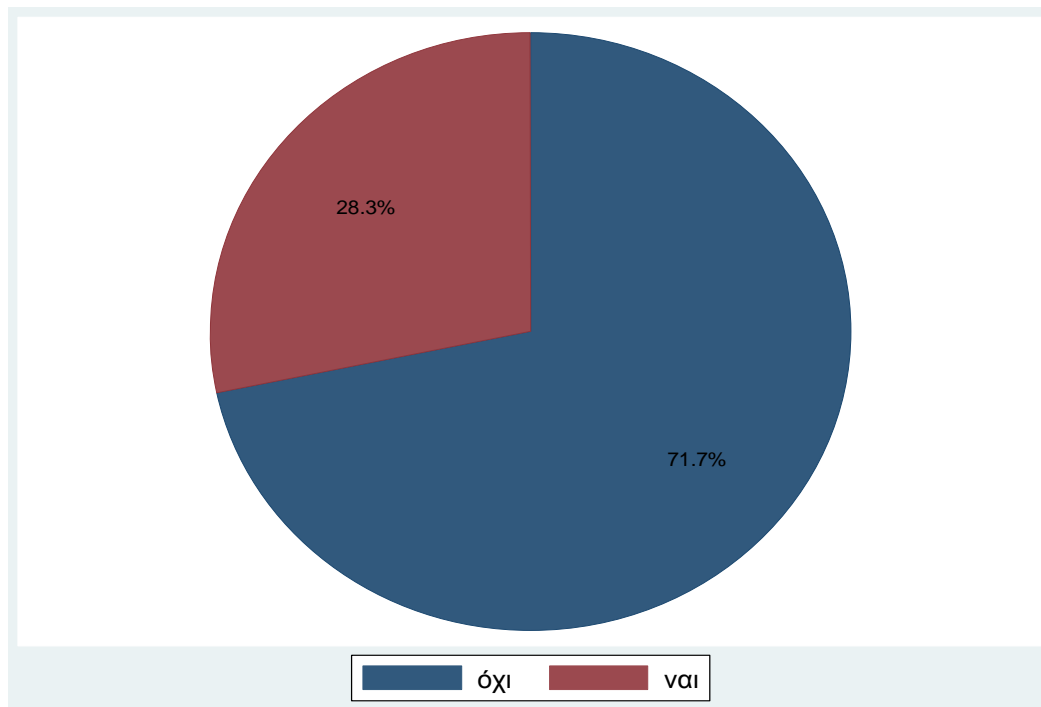
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν διαμείνει σε άλλο ίδρυμα.



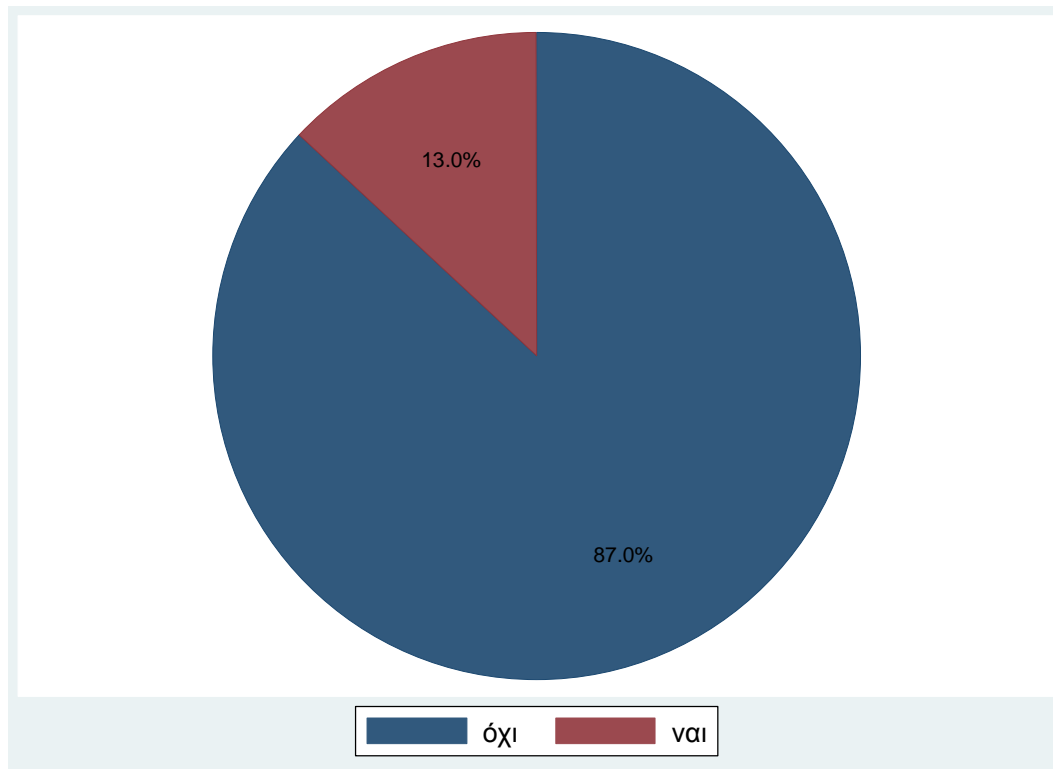
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας.



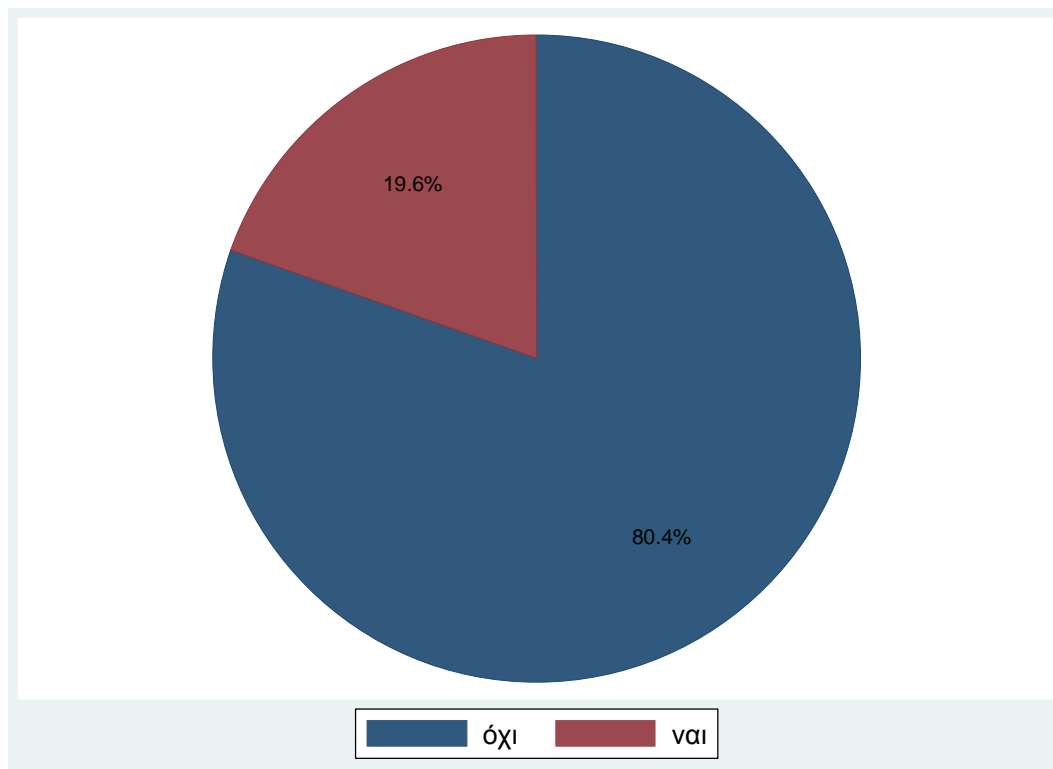
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας.



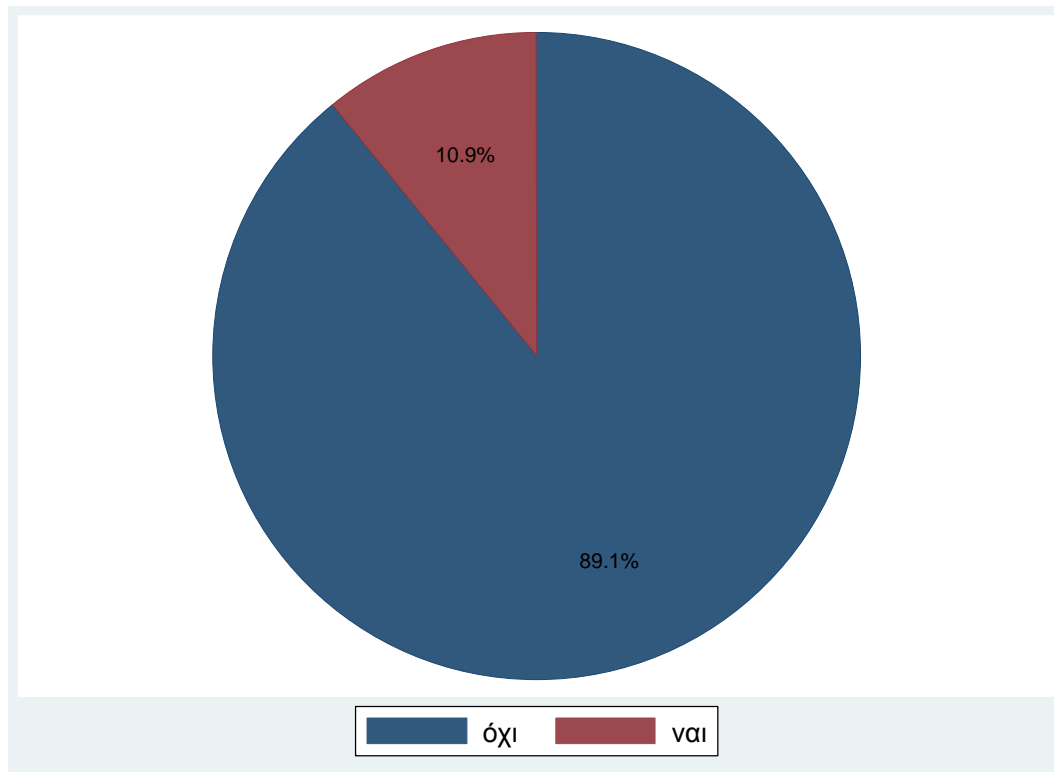
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν υπέρταση.



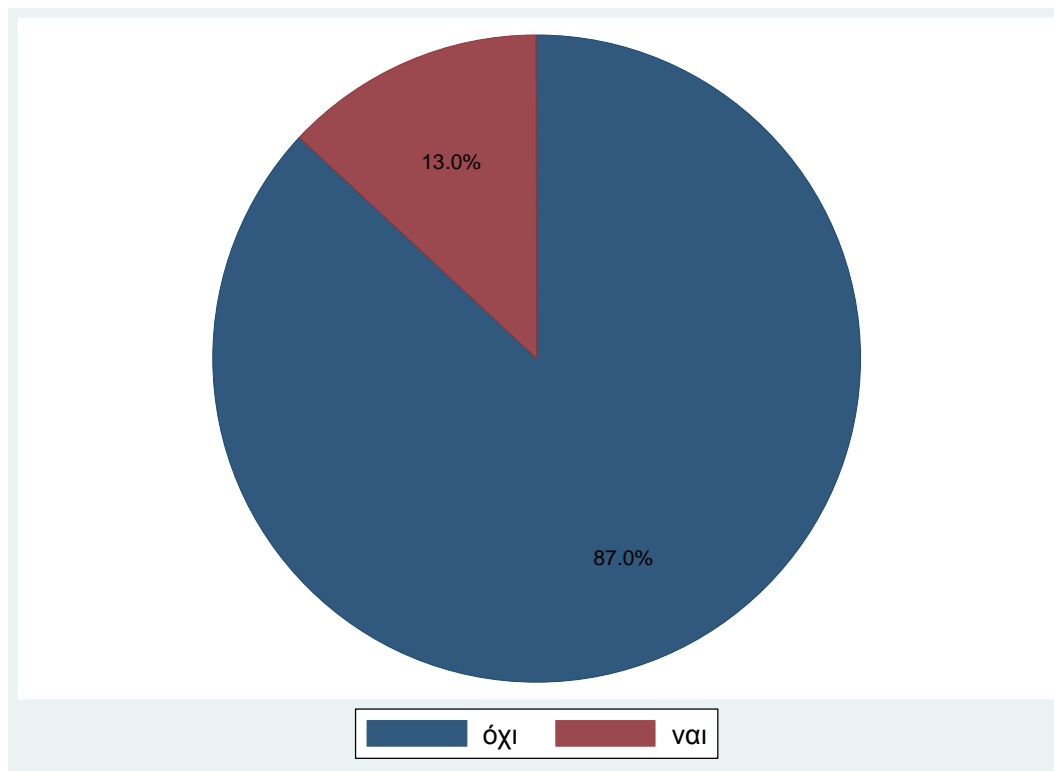
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν σακχαρώδη διαβήτη.



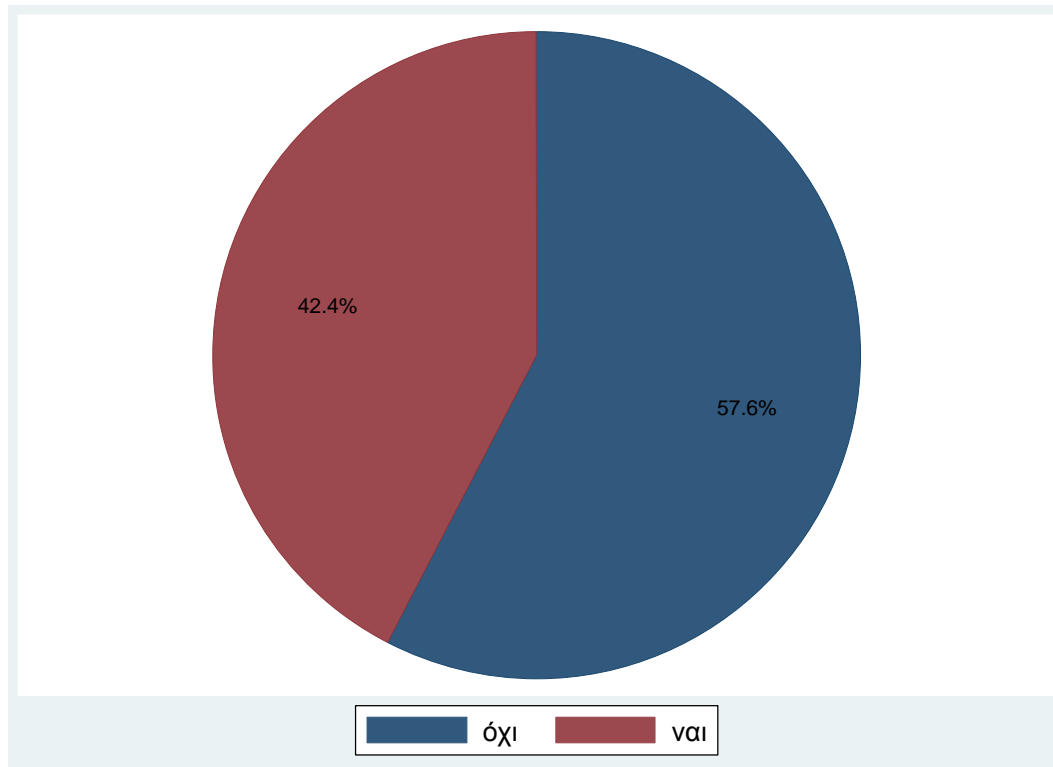
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα ακοής.



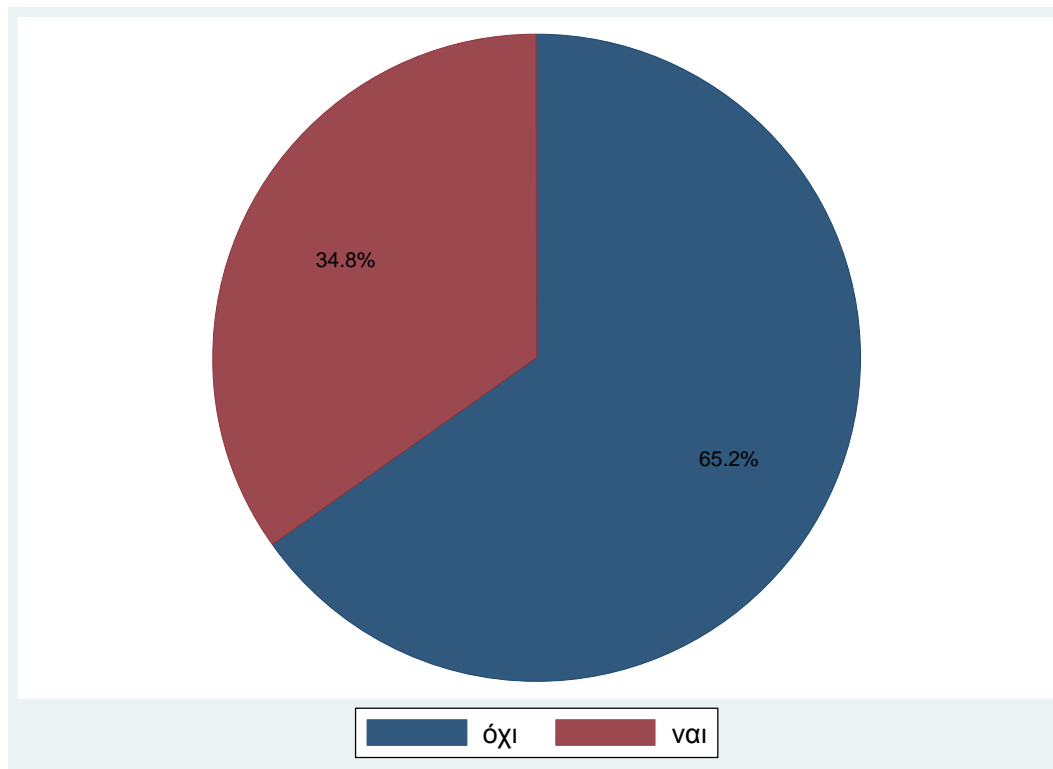
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα όρασης.



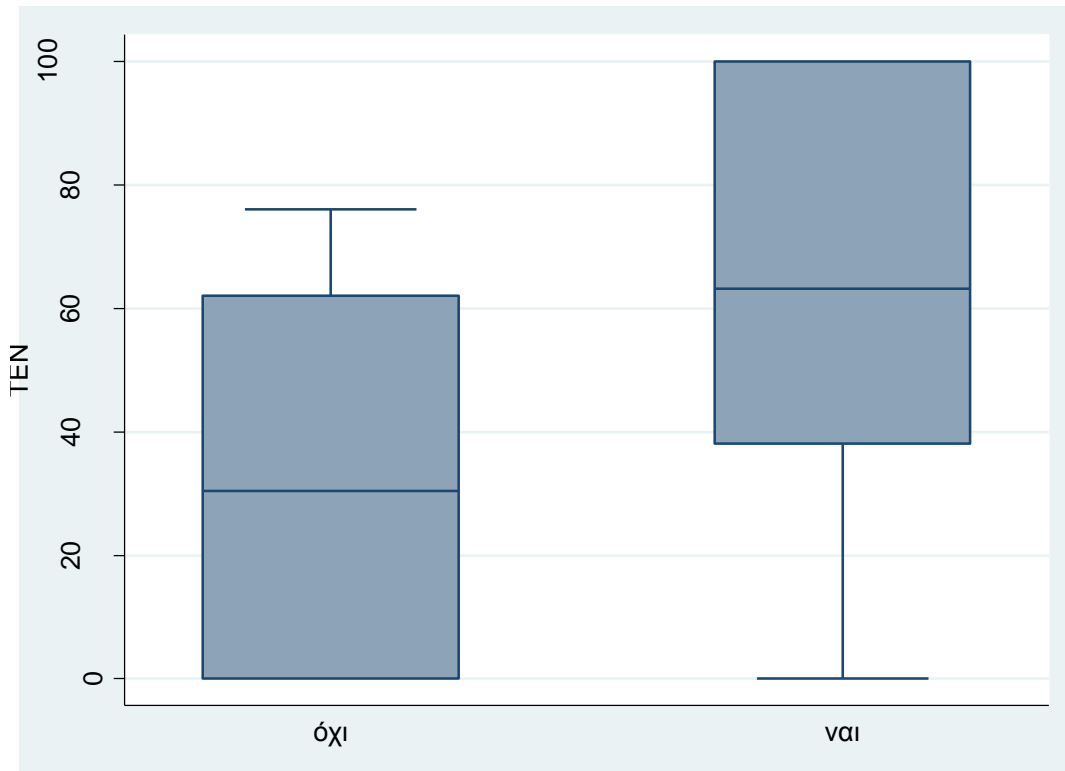
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα κινητικότητας.



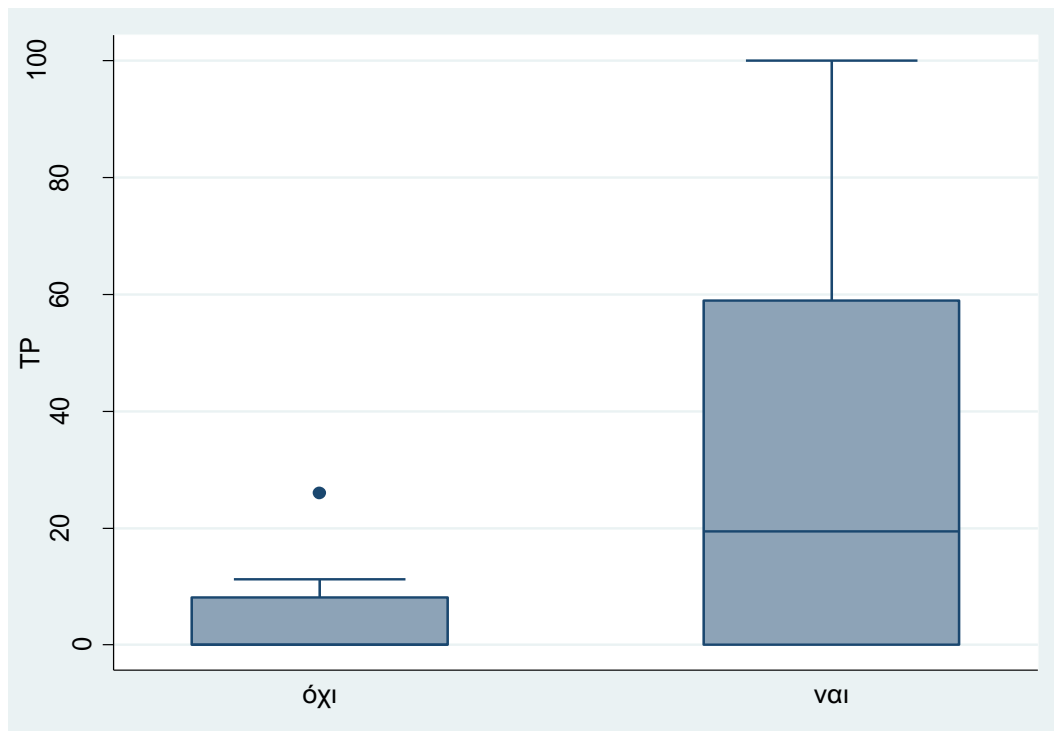
Κυκλικό διάγραμμα (Pie-chart) ανάλογα με το αν έχουν άλλα προβλήματα υγείας.



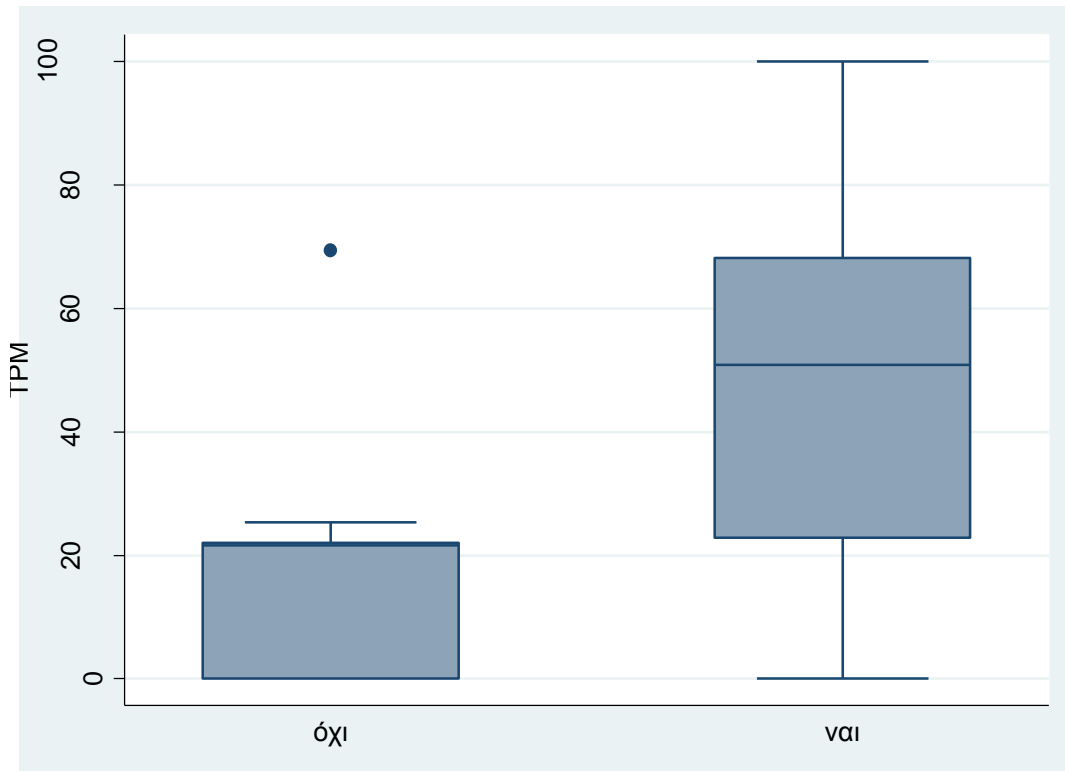
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ ενέργειας ανάλογα με το αν έχουν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας.



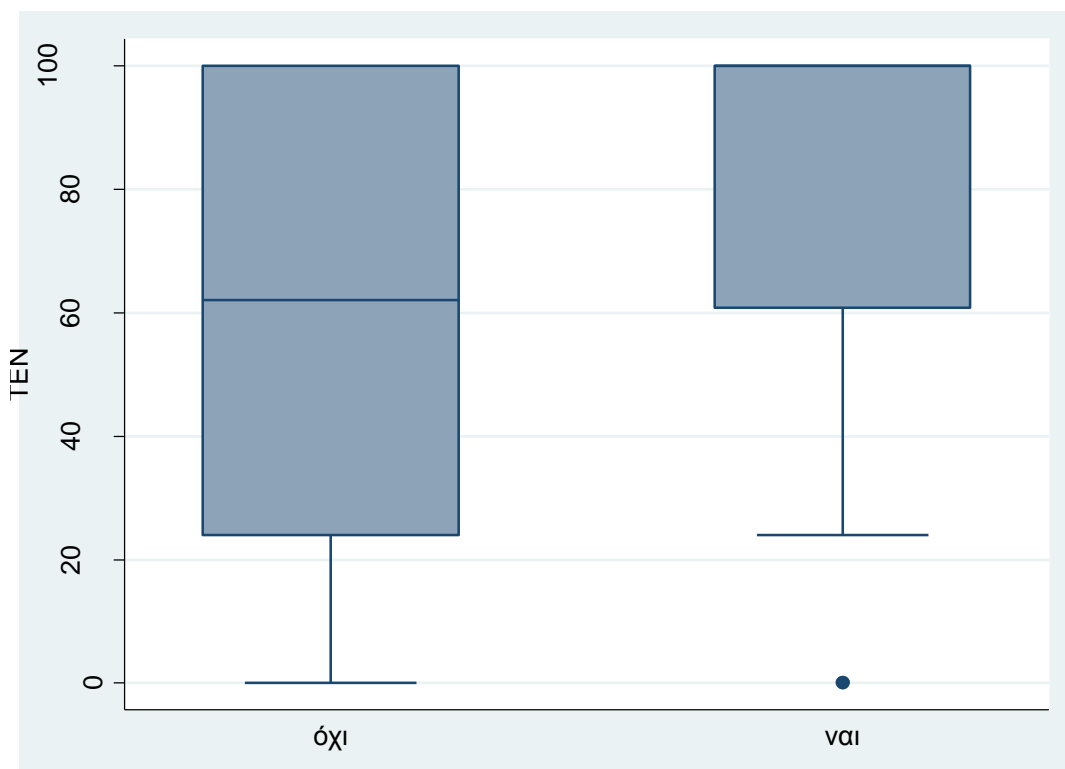
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ πόνου ανάλογα με το αν έχουν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας.



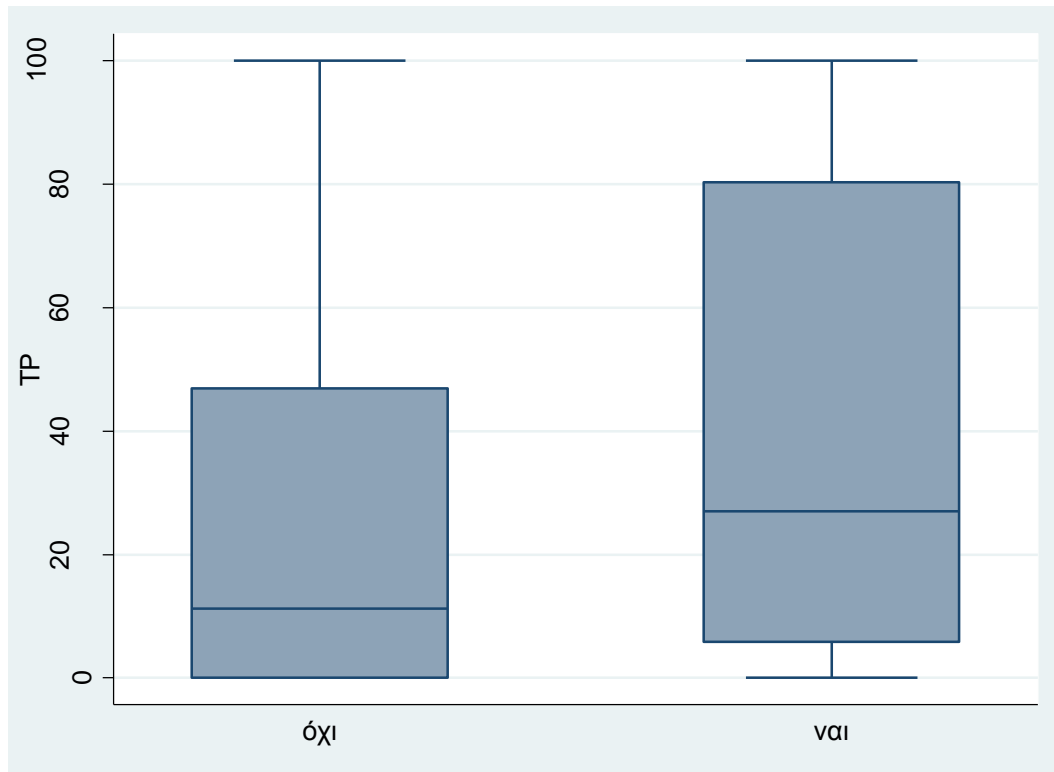
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ κινητικότητας ανάλογα με το αν έχουν ένα ή περισσότερα προβλήματα υγείας.



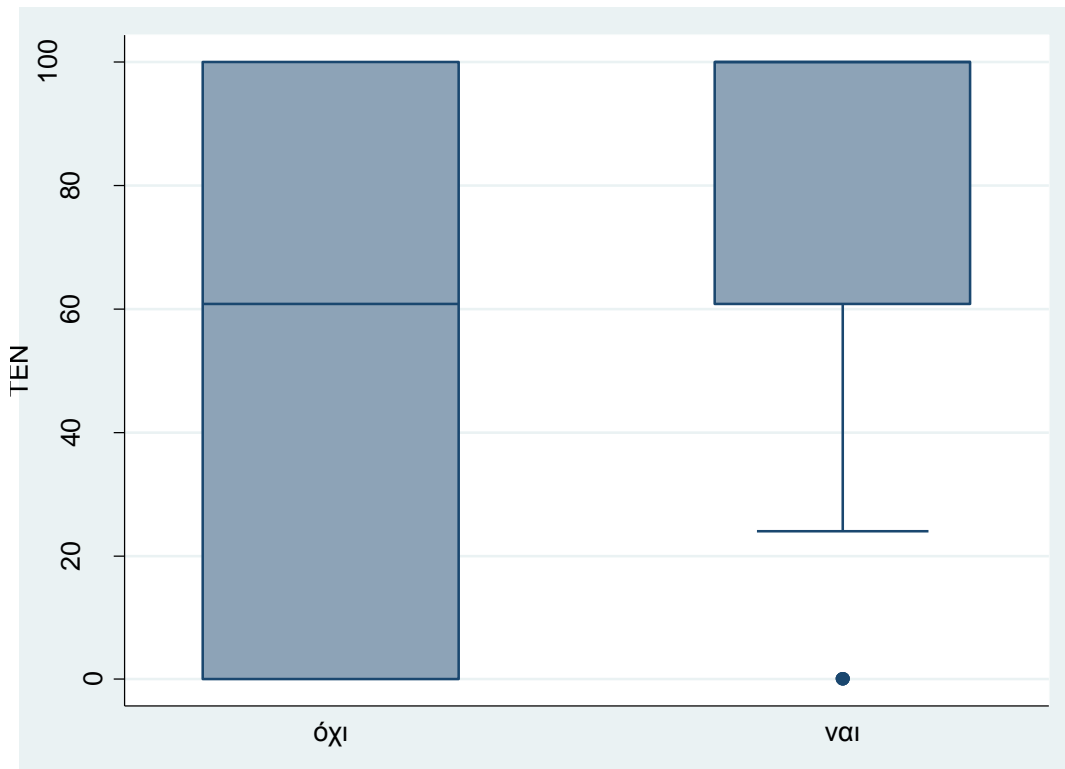
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ ενέργειας ανάλογα με το αν έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας



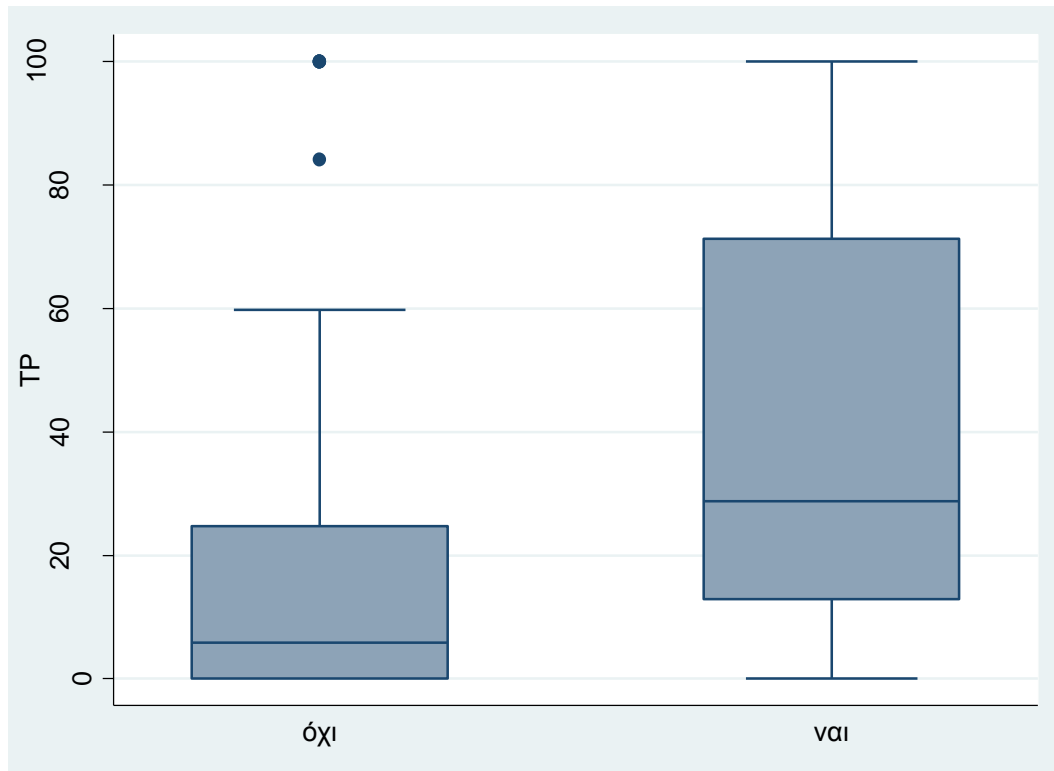
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ πόνου ανάλογα με το αν έχουν καρδιαγγειακά προβλήματα υγείας



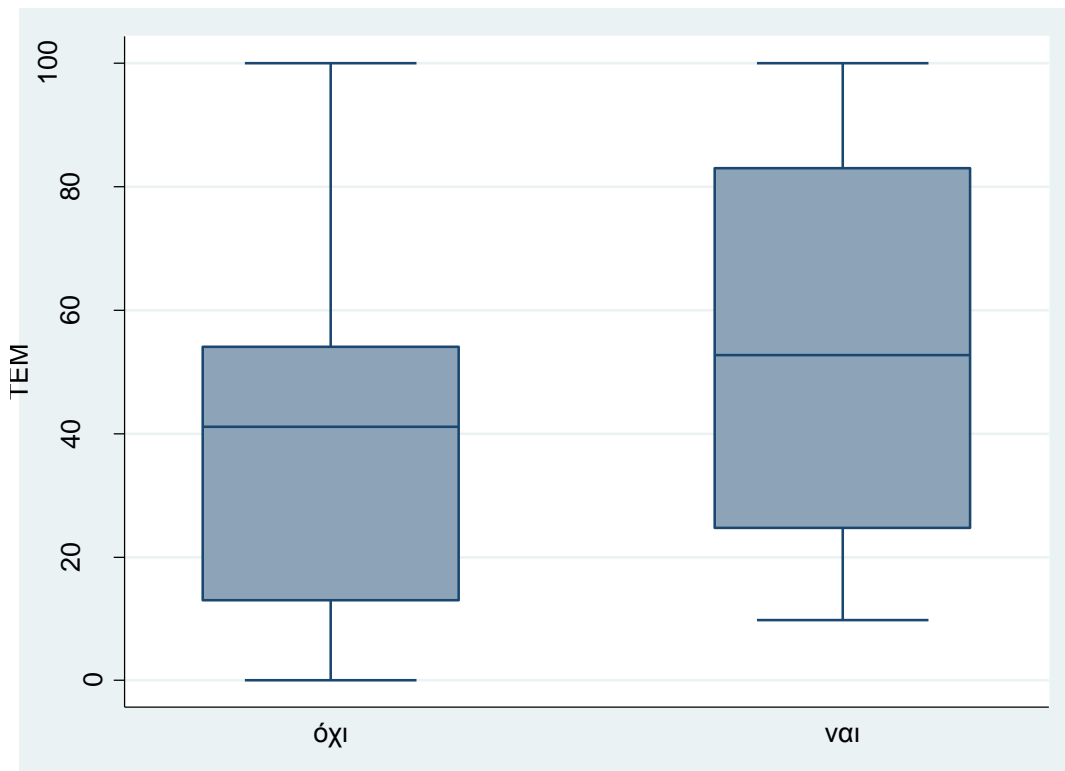
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ ενέργειας ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα κινητικότητας



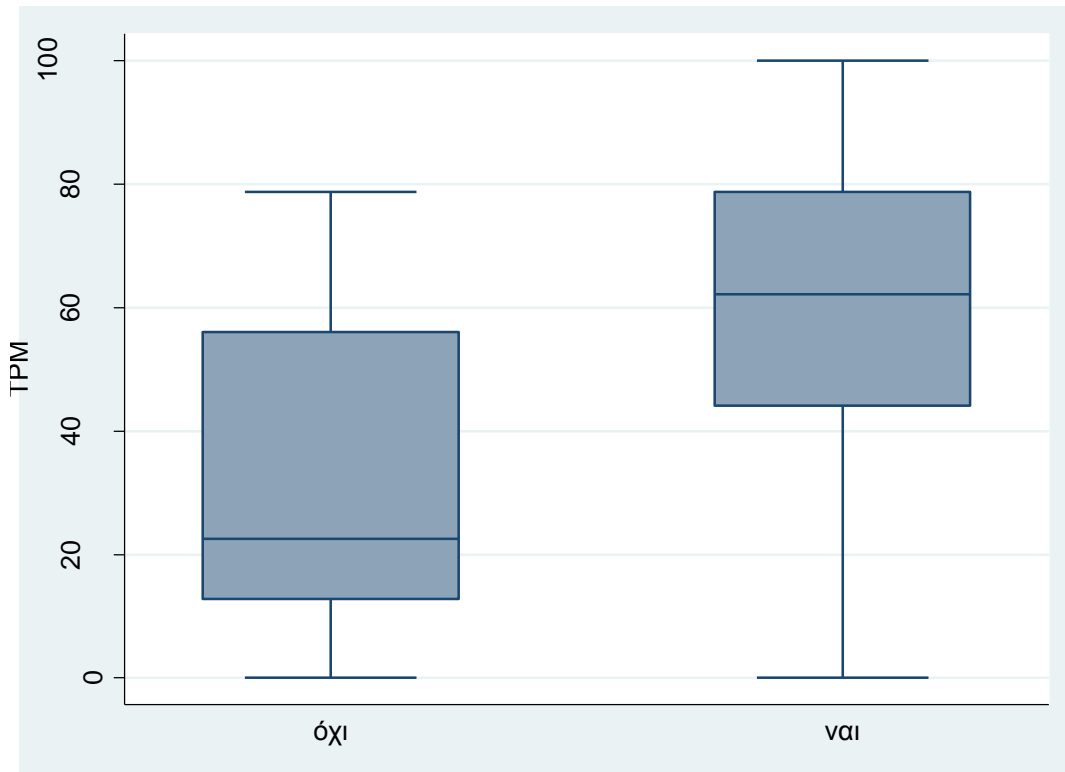
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ πόνου ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα κινητικότητας



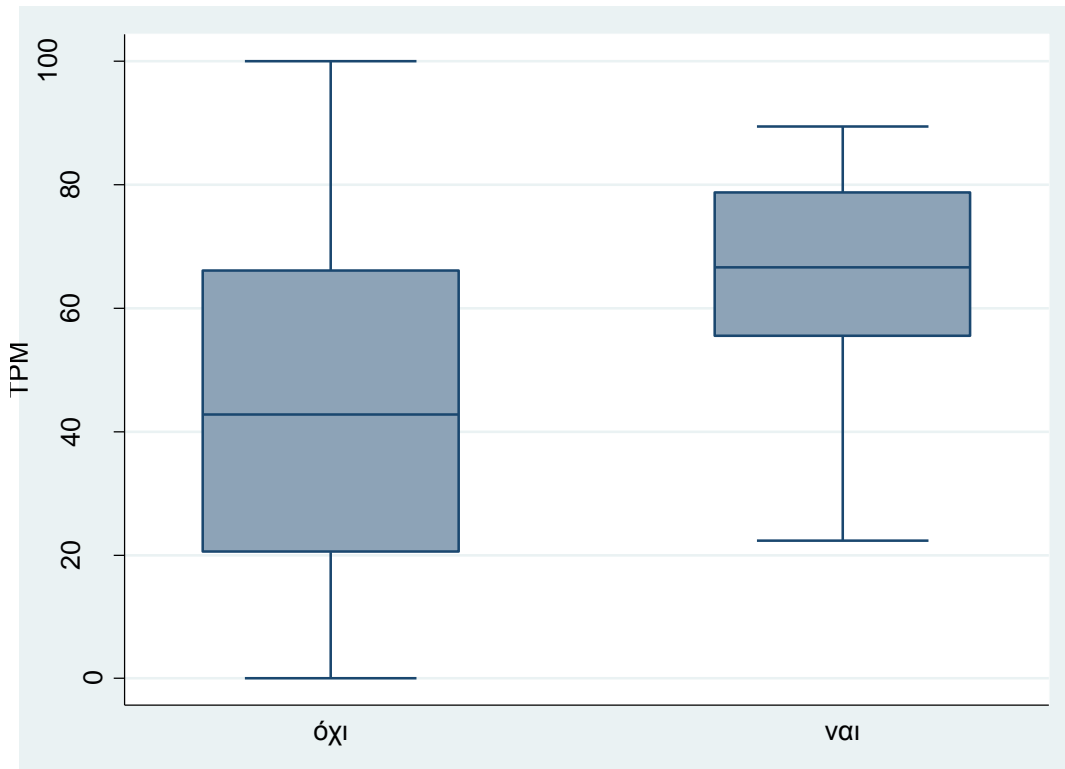
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ συναισθηματικών αντιδράσεων ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα κινητικότητας



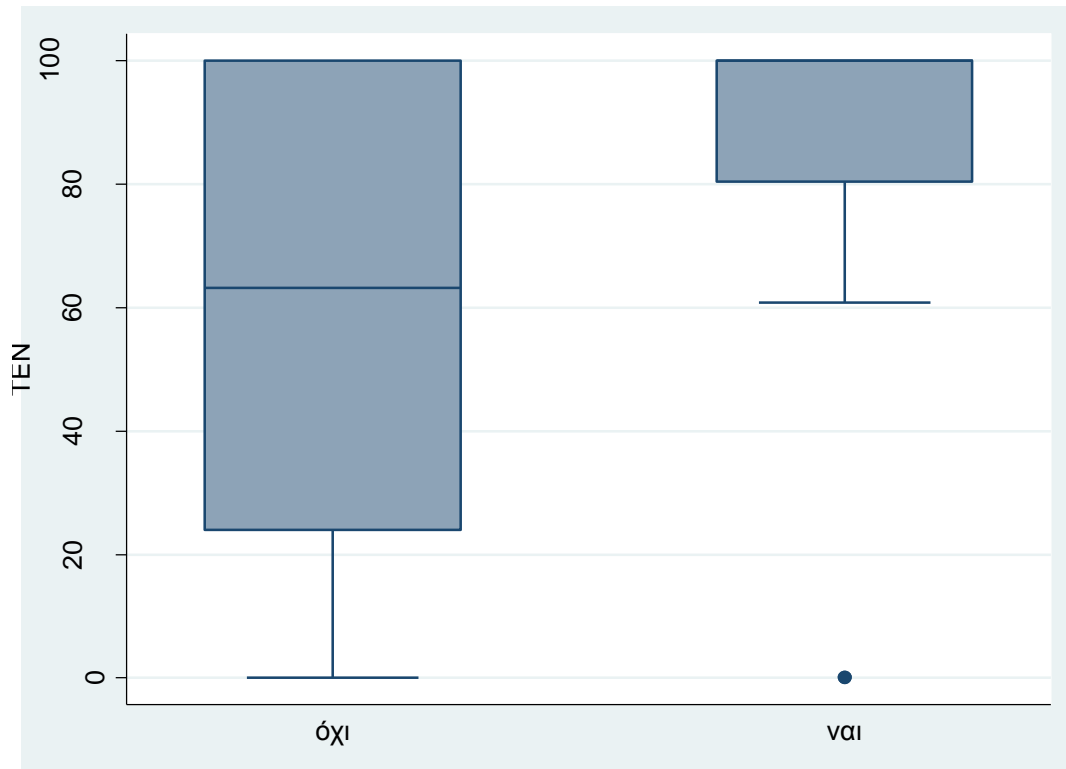
Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ κινητικότητας ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα κινητικότητας



Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ κινητικότητας ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα ακοής



Θηκόγραμμα (box-plot) του σκορ ενέργειας ανάλογα με το αν έχουν προβλήματα όρασης



Παράρτημα II: έντυπα έγκρισης της μελέτης

- 1. Έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα**
- 2. Αίτηση άδειας συλλογής πληροφοριών για εκπόνηση μεταπτυχιακής μελέτης στα πλαίσια του ιδρύματος**
- 3. Άδεια συλλογής πληροφορίας**
- 4. Invoice for payment (for the NHP questionnaire)**
- 5. Receipt of payment for the NHP questionnaire**
- 6. Non-commercial license for the use of the Greek version of the NHP questionnaire.**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

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



**Έντυπο συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα με τίτλο:
Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των
ηλικιωμένων τροφίμων του Πτωχοκομείου – Γηροκομείου Ηρακλείου Κρήτης.**

Η έρευνα εκπονείται στο Πτωχοκομείο – Γηροκομείο των Φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού στο Ηράκλειο Κρήτης.

Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογηθεί η Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων του ιδρύματος, ώστε να γίνει κατανοητό σε ποιους τομείς, θα ήταν ωφέλιμο για τους ηλικιωμένους να γίνουν παρεμβάσεις βελτίωσης.

Για τη συλλογή δεδομένων οι ηλικιωμένοι θα κληθούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο Nottingham Health Profile, που είναι διεθνώς αναγνωρισμένο για την καταλληλότητα του στην αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. ηλικιωμένων που διαβιούν σε γηροκομεία.

Η Κοινωνική Λειτουργός κ. Σμυρνωτάκη Αρετή, που εκπονεί την παρούσα έρευνα στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Δημόσια Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιατρικής Κρήτης, με ενημέρωσε για το θέμα, τον σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας, γραπτά και προφορικά απαντώντας στις ερωτήσεις μου. Παράλληλα δεσμεύτηκε για την αυστηρή τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών τους δεδομένων καθώς επίσης και χρήσης των δεδομένων των ερωτηματολογίων κατά αποκλειστικότητα μόνο για την εν λόγω έρευνα. Κατόπιν τούτου, δέχομαι να συμμετέχω στην έρευνα, ως ερωτώμενος για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων συλλογής των δεδομένων της έρευνας.

Ο /Η ένοικος του ιδρύματος
Υπογραφή:

Ηράκλειο Κρήτης Ιανουάριος 2014

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

Ηράκλειο Σεπτεμβρίου 2013

Προς: Κ. Αλέξανδρο Καλλέργη
Διευθυντή Πτωχοκομείου – Γηροκομείου
Φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων
Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού

Σχετικά: Αίτηση άδειας συλλογής πληροφοριών για εκπόνηση μεταπτυχιακής μελέτης στα πλαίσια του ιδρύματος

Αξιότιμε κ. Καλλέργη

Ονομάζομαι Αρετή Σμυρνωτάκη και είμαι Κοινωνική Λειτουργός και φοιτήτρια του μεταπτυχιακού Προγράμματος Δημόσιας Υγείας & Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας του Πανεπιστημίου Ιατρικής Κρήτης. Στα πλαίσια των μεταπτυχιακών σπουδών μου, εκπονώ μία έρευνα με θέμα την Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) των ηλικιωμένων τροφίμων του Πτωχοκομείου – Γηροκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Σύμβουλος της μελέτης είναι ο κ. Βλασιάδης και επιβλέπων ο κ. Τ. Φιλαλήθης, Διευθυντής του Μεταπτυχιακού προγράμματος που παρακολουθώ.

Η διερεύνηση της ποιότητας ζωής ηλικιωμένων που ζουν σε ιδρύματα παρουσιάζει επιστημονικό ενδιαφέρον σε επίπεδο Δημόσιας Υγείας το οποίο δεν έχει διερευνηθεί ως τώρα στην Ελλάδα. Σκοπός της έρευνας είναι να αξιολογηθεί η Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων του ιδρύματος, ώστε να γίνει κατανοητό σε ποιους τομείς, θα ήταν ωφέλιμο για τους ηλικιωμένους να γίνουν παρεμβάσεις βελτίωσης. Φυσικά μόλις ολοκληρωθεί η διατριβή, θα σας παραδοθεί ένα αντίτυπο. Μετά από ενημέρωση των ηλικιωμένων σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της έρευνας θα ζητηθεί γραπτή συγκατάθεση τους για εθελοντική συμμετοχή. Για τη συλλογή δεδομένων οι ηλικιωμένοι θα κληθούν εθελοντικά να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο Nottingham Health Profile, που είναι διεθνώς αναγνωρισμένο για την καταλληλότητα του στην αξιολόγηση της Σ.Υ.Π.Ζ. ηλικιωμένων που διαβιούν σε γηροκομεία. Παράλληλα δεσμευόμαστε για την αυστηρή τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, την τήρηση του απορρήτου των προσωπικών τους δεδομένων καθώς επίσης και χρήσης των δεδομένων των ερωτηματολογίων κατά αποκλειστικότητα μόνο για την εν λόγω έρευνα.

Με το παρόν έγγραφο ζητώ την άδεια σας για την πραγματοποίηση της παραπάνω μελέτης στα πλαίσια του ιδρύματος το οποίο διευθύνετε. Ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία σας η οποία είναι πολύτιμη για την πραγματοποίηση αυτής της μελέτης.

Με εκτίμηση
Αρετή Σμυρνωτάκη
Επικοινωνία τηλ.: 6975835210 / e-mail: arieta1@live.com



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ



Άδεια συλλογής πληροφοριών για την εκπόνηση μεταπτυχιακής μελέτης στα πλαίσια του ιδρύματος: «Πτωχοκομείο – Γηροκομείο Φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού».

Η άδεια δίδεται κατόπιν γραπτής και προφορικής ενημέρωσης σχετικά με το σκοπό και τον τρόπο διεξαγωγής της μελέτης.

Τίτλο μελέτης:

Αξιολόγηση της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (Σ.Υ.Π.Ζ.) σε ηλικιωμένους τροφίμους γηροκομείου στο Ηράκλειο.

Υπεύθυνη φοιτήτρια για την εκπόνηση της μεταπτυχιακής μελέτης
Σμυρνιωτάκη Αρετή
Κοινωνική Λειτουργός
Φοιτήτρια Μεταπτυχιακού Δημόσιας Υγείας και Διοίκησης Υπηρεσιών Υγείας
Επικοινωνία: τηλ.: 6975835210 / e-mail: arietal@live.com

Υπογραφή

Διευθυντής του ιδρύματος: «Πτωχοκομείο – Γηροκομείου Φιλανθρωπικών Ιδρυμάτων Ανδρέα και Μαρίας Καλοκαιρινού».

Αλέξανδρος Καλλέργης

Υπογραφή

Ηράκλειο 9 Σεπτεμβρίου 2013



Enterprise House, Manchester Science Park,
Lloyd Street North, Manchester, M15 6SE.
Phone: +44 (0)161 226 4446 Fax: +44 (0)161 226 4478
E-mail: kfirth@galen-research.com

INVOICE

5th December 2013
Invoice number: I13/028

For the attention of:
Smymiotaki Areti
University of Crete
Department of Medicine
P.O. Box 2208,
71003 Iraklion, Crete, Greece

	GBP £
Administration and supply of the NHP (Greek) for use in the study 'Assessment of Health – Related Quality of Life in elderly nursing home residents in Heraklion.'	100.00
Total amount due and payable:	<u>£100.00</u>

Payment terms: By return

Bank Details

Bank: Bank of Scotland
Account: Galen Research Limited
Sort code: 12-24-81
Account number: 06178046
IBAN Number: IBAN GB27 BOFS 1224 8106 1780 46
SWIFT BIC: BOFSGBS1BBL

Vat Reg No.: GB 519 5394 21
Company Registration Number 6282937

```

=ΤΡΑΠΕΖΑ ΠΕΙΡΑΙΩΣ= 9/12/13 10:07:31
FED116AS FED116A ΑΙΤΗΣΗ ΕΞΕΡΧΟΜΕΝΟΥ ΕΜΒΑΣΜΑΤΟΣ ΑΡ.ΑΙΤΗΣΗΣ : 1366 / 0000180
ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ :
Λ/ΜΟΣ ΧΡΕΩΣΗΣ ΕΜΒΑΣΜΑΤΟΣ : 6157 - 010418 - 702 102.08 EUR
Λ/ΜΟΣ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΩΝ : 6157 - 010418 - 702 102.08 EUR
CRS CODE : 11650826 ΑΡΕΤΗ ΣΜΥΡΝΙΩΤΑΚΗ
ΧΩΡΑ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΥ : GB ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ
ΝΟΜΙΣΜΑ : GBP Pound Sterling
ΠΟΣΟ : 100.00
ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΣ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ : GB27B0FS12248106178046
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ : GALEN RESEARCH LIMITED
SWIFT BIC ΤΡΑΠΕΖΑΣ : BOFSGBS1BBL BANK OF SCOTLAND PLC
ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΡΑΠΕΖΑΣ :
ΠΑΡΗΛΟΙΠΕΣ ΓΙΑ ΤΟ : PAYMENT TO USE THE GREEK VERSION OF
ΔΙΚΑΙΟΥΧΟ NHP QUESTIONNAIRE
ΕΞΟΔΑ ΒΑΡΥΝΟΥΝ : S (S=SHARE, B=BEN, O=OUR)
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ : 6975835210 ΗΜ/ΝΙΑ ΕΚΤΕΛΕΣΗΣ: 9/12/2013
ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΝΑΜΟΝΗ ΣΤΗ Κ.Υ.Ε.
F3=ΕΞΟΔΟΣ F6=ΤΗΛ.ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ F7=ΕΞΟΔΑ F9=ΠΛΗΡΕΣ ΠΕΔΙΟ F11=ΙΣΟΖΥΓΙΟ
F12=ΠΡ.ΘΘΟΝΗ F13=ΕΚΤ.ΑΔΥ. F14=ΕΚΤ.CONF

```



NON-COMMERCIAL LICENCE

BY

GALEN RESEARCH LIMITED

Dated: 08/10/2013

LICENSE

Please note that our terms cannot be varied or amended.

The Guiding Principles of this licence. These guiding principles are to assist your understanding of the full terms of the License but do not form part of the License.

Parties – both you and the Institution are parties to this License and must agree to be bound by its terms. Where your study is a multi – centre study, your principal institution must sign this License.

What you can and cannot do under the terms of this license (the Conditions)

- This is a non-commercial license. This means that the purpose of the license must also be non-commercial. You cannot use the measure for any study funded by a commercial company or for any study that will show the effect of a company-specific product on patients.
- You can only use the measure for one study. You must tell Galen if any part of the Study changes (funding/sample size/duration).
- You cannot alter or amend the format of the measure including wording/layout/structure or style.
- You cannot publish or use any aspect of the Measure in a research report or publication relating to the Study or any other study without the written consent of Galen. You must notify Galen when you publish anything in relation to the measure.
- You must not sell, lend, sub-licence or otherwise provide any third party (other than patients and anyone running or managing the study) with a copy of the language versions or measure. This includes providing any other student with a photocopy.
- You cannot store the measure or language version in any public place. This includes leaving the book in any library or classroom.
- You cannot publish or report the psychometric properties of the measure.
- You cannot translate or use any additional language versions of the measure other than given by Galen to you.
- At the end of the study, when you have finished with the measure and any language versions, you must either return it to Galen or destroy it.
- At the end of your study, you must supply us with a copy of your report.

Duration of the license

- This license lasts for as long as your study or research (whichever is earlier) lasts. However, the Conditions of this license must be complied with, even after the study ends.

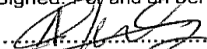
Fees

- You only have to pay the administration fee, provided that you comply with the conditions of this license. This includes what you can and cannot do.
- **You will have to pay the full current commercial Licence fee of £6000 if you breach any of the conditions at any time. This includes after your study ends.**

Please sign below as acceptance of the full terms of this license. Your institution must also sign this license. A signed copy of this license must be returned to us at: Enterprise House, Manchester Science Park, Lloyd Street North, Manchester, M15 6SE

Signed: For and on behalf of the Licensee

Signed: For and on behalf of the Institution


.....
(Signature) (Principal Researcher)


.....
(Signature) (Institution)

Print Name: Areti Smarniotaki
Social Worker / master's
student of Public Health and
Dated: Health Care Management
Medicine University 2
of Crete.
20/11/2013

Print Name: ANASTAS PHILACTIS
Position: Professor of Social Medicine,
Dated: Director of Studies, MPH
programme