

Ποιότητα Ζωής Ηλικιωμένων Χρηστών σε ΚΑΠΗ της Αττικής

Θεοδώρα Μπαμπούρη

The Quality of Life of Elderly

Abstract at the end of the article

Επισκέπτρια Υγείας, MSc, Εθνική Σχολή
Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

Εισαγωγή: Η δημογραφική γήρανση, ως συνέπεια της αύξησης του προσδόκιμου ζωής, της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων και της θνησιμότητας αποτελεί για τις ανεπτυγμένες χώρες ένα κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό πρόβλημα που βρίσκεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος κυβερνήσεων και ερευνητών. Στην Ελλάδα, το 2011 οι ηλικιωμένοι αποτελούσαν το 19,3% του συνολικού πληθυσμού. **Σκοπός:** Η διερεύνηση του επιπέδου διαβίωσης των ηλικιωμένων και της υποκειμενικής αντίληψης για κοινωνική στήριξη από το οικογενειακό και το φιλικό περιβάλλον και ταυτόχρονα η μελέτη του βαθμού επηρεασμού της υγείας των ηλικιωμένων από τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη ζωή. **Υλικό και Μέθοδος:** Στην έρευνα συμμετείχαν οι χρήστες των δομών σε δήμο της Αττικής. **Αποτελέσματα:** Ο μελετώμενος πληθυσμός αποτελούνταν από 150 υπερήλικες. Οι ηλικιωμένοι λάμβαναν υψηλότερη κοινωνική στήριξη από το συγγενικό περιβάλλον σε σχέση με το φιλικό. Η ποιότητα ζωής ήταν αρκετά καλή, ενώ η υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ανδρών ήταν θετικότερη σε σχέση με εκείνη των γυναικών. **Συμπεράσματα:** Η υποκειμενική κοινωνική στήριξη των ηλικιωμένων σχετιζόταν με το φύλο, την ηλικία και την εκπαίδευση. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας επηρεαζόταν από το βαθμό λειτουργικότητας, την εκπαίδευση, το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση.

Λέξεις ευρετηρίου: Γήρανση, ηλικιωμένος, κοινωνική στήριξη, ποιότητα ζωής

Εισαγωγή

Το θέμα των ηλικιωμένων αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που έχει να αντιμετωπίσει ο κόσμος τον 21ο αιώνα, με δεδομένο ότι στις ανεπτυγμένες και τις αναπτυσσόμενες χώρες αυξάνεται συνεχώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων λόγω της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής και της μείωσης του αριθμού των γεννήσεων.¹ Συγκεκριμένα, το 1990 το προσδόκιμο ζωής για τα άτομα ηλικίας >65 ετών ήταν τα 18 έτη, ενώ το 2011 αυξήθηκε στα 19 έτη.²

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση και κατά την ηλικία των 60 ετών στην Ελλάδα παρατηρείται ότι αυξάνεται συνεχώς. Πιο αναλυτικά, το έτος 2000 το προσδόκιμο ζωής ήταν τα 81 έτη και το 2011 τα 84 έτη, ενώ το προσδόκιμο ζωής κατά την ηλικία των 60 ετών ήταν 22 και 24 έτη, αντίστοιχα.³

Η Ελλάδα έρχεται τρίτη σε σειρά στην Ευρωπαϊκή Ένωση (ΕΕ), με ποσοστό 19,3% ηλικιωμένων ατόμων επί του συνολικού πληθυσμού μετά τη Γερμανία και

Υποβλήθηκε: 12.2.2014

Επανυποβλήθηκε: 10.7.2014

Εγκρίθηκε: 24.11.2014

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:

Θεοδώρα Μπαμπούρη

Τηλ.: 6938 492 688

e-mail: ntor_ba8@yahoo.gr

την Ιταλία. Επίσης, ο πληθυσμός των ηλικιωμένων ατόμων >65 ετών αποτέλεσε για το 2010 το 16,4% του συνολικού πληθυσμού της Ευρώπης, ο ανδρικός πληθυσμός το 13,5% και ο γυναικείος το 19,1% του συνολικού πληθυσμού.⁴ Στην Ευρώπη, η αναλογία των γυναικών προς 100 άνδρες στο συνολικό πληθυσμό το 2011 ήταν 104,8 και των ηλικιωμένων >65 ετών ήταν 138,2. Στην Ελλάδα, η εν λόγω αναλογία ήταν 102,0 και 126,5, αντίστοιχα.⁵

Η υποκειμενική ποιότητα της ζωής παρουσιάζει τρεις ιδιότητες, οι οποίες δεικνύουν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή είναι ουσιαστικά μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ατόμου, στην υποκειμενική ευημερία που αναφέρεται στο παρόν και το ηθικό αναφέρεται στην αισιοδοξία και την απαισιοδοξία για το μέλλον.⁶ Από τα τρία στοιχεία της ποιότητας ζωής, η υποκειμενική ευημερία είναι η περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη έννοια με όρους θετικών και αρνητικών συνεπειών, ενώ η ικανοποίηση ζωής και το ηθικό λιγότερο. Η ικανοποίηση ζωής αντανακλά το βαθμό στον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι η ζωή ικανοποιεί τα δικά του κριτήρια για την ποιότητα της ζωής του. Η ικανοποίηση ζωής στην πράξη είναι μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ανθρώπου.⁷

Οι κυριότεροι στόχοι των ηλικιωμένων θα πρέπει να είναι η διατήρηση της καλής ποιότητας ζωής, η εξασφάλιση της αυτονομίας και της αυτάρκειας, καθώς και η αναζήτηση προστασίας σε περίπτωση ασθένειας.

Τέλος, η διαφύλαξη των σωματικών λειτουργιών, που χαρακτηρίζουν τον κάθε άνθρωπο, αντανακλά το ικανοποιητικό ή μη επίπεδο ποιότητας ζωής.⁸

Σκοπός

Η διερεύνηση του επιπέδου διαβίωσης των ηλικιωμένων και η υποκειμενική αντίληψη αυτών για κοινωνική στήριξη από φίλους και συγγενείς. Σε ποιο βαθμό η υγεία των ηλικιωμένων επηρεάζει τον τρόπο που αντιλαμβάνονται τη ζωή, καθώς και κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από αυτή και κατά πόσο η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την καθημερινότητα των ηλικιωμένων.

Υλικό και Μέθοδος

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε σε διάστημα ενός έτους, από τον Ιούνιο του 2012 έως τον Ιούνιο του 2013, όπου διανεμήθηκαν 215 ερωτηματολόγια και απάντησαν 150 άτομα, δηλαδή το 69,8%. Το δείγμα επιλέχθηκε με επιτόπια επιλογή ατόμων-χρηστών στο χώρο του Κέντρου Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ).

Το μεθοδολογικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν

το ερωτηματολόγιο, το οποίο περιλάμβανε κατά κύριο λόγο κλειστές ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες με τρόπο σαφή και άμεσο. Χρησιμοποιήθηκε επομένως ένα ερωτηματολόγιο 16 ερωτήσεων ανοικτού και κλειστού τύπου, καθώς και πολλαπλής επιλογής ώστε να διασφαλιστεί η κατανόησή τους και αφετέρου να διευκολυνθεί η αποτύπωση της απάντησης και να διαμορφωθεί σε συνολικό επίπεδο μια ενιαία βάση διερεύνησης.

Στην πρώτη θεματική ομάδα του ερωτηματολογίου (ερωτήσεις 1–11) υπάρχουν δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, επάγγελμα, διαμονή). Στη δεύτερη θεματική ενότητα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support), το οποίο μελετά το βαθμό της κοινωνικής στήριξης που λαμβάνουν οι ερωτηθέντες. Το ερωτηματολόγιο MSPSS⁹ αποτελείται από 12 ερωτήσεις της επτάβαθμης κλίμακας Likert (διαφωνώ απόλυτα, διαφωνώ πολύ, διαφωνώ κάπως, ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, συμφωνώ κάπως, συμφωνώ πολύ και συμφωνώ απόλυτα) και χωρίζονται σε τρεις ομάδες κοινωνικής στήριξης, δηλαδή την οικογένεια, τους φίλους και ένα ιδιαίτερο πρόσωπο (σύζυγος, σύντροφος). Κάθε ομάδα έχει τέσσερις ερωτήσεις και το πιθανό εύρος αποτελεσμάτων κάθε ομάδας είναι 4–28 μονάδες, όταν έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις της ομάδας. Όταν αθροιστούν όλα τα αποτελέσματα και των 12 ερωτήσεων παράγεται το συνολικό αποτέλεσμα της κοινωνικής στήριξης του ηλικιωμένου που έχει εύρος 12–84 μονάδες. Το υψηλότερο αποτέλεσμα αντανακλά σε μεγαλύτερη κοινωνική στήριξη.

Στην τρίτη θεματική ενότητα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) WHOQOL-OLD (WHO-Quality of Life-Old).¹⁰ Το ερωτηματολόγιο WHOQOL-OLD αποτελείται από 24 ερωτήσεις της πεντάβαθμης κλίμακας Likert (δηλαδή, καθόλου, λίγο, μέτρια, πολύ, απόλυτα), ομαδοποιημένες σε έξι ομάδες (αισθητικότητα, αυτονομία, παρελθούσες, τωρινές και μελλοντικές δραστηριότητες, κοινωνική συμμετοχή, σκέψεις περί θανάτου, συντροφικότητα). Κάθε ομάδα έχει 4 ερωτήσεις και το πιθανό εύρος των αποτελεσμάτων κάθε ομάδας μπορεί να κυμαίνεται από 4–20, όταν έχουν απαντηθεί όλες οι ερωτήσεις της ομάδας. Όταν αθροιστούν όλα τα αποτελέσματα και των 24 ερωτήσεων παράγεται το συνολικό αποτέλεσμα της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου που έχει εύρος 24–120 μονάδες. Το υψηλότερο αποτέλεσμα αντανακλά σε υψηλότερη ποιότητα ζωής. Τέλος, η τέταρτη θεματική ενότητα (ερωτήσεις 14–16) αναφέρεται στην επίπτωση της οικονομικής κρίσης στη ζωή των ηλικιωμένων.

Να σημειωθεί ότι δόθηκε σχετική άδεια στην Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για τη χρήση των δύο προαναφερθέντων ερωτηματολογίων από τους συγγραφείς τους, για την εκπόνηση της έρευνας και τα οποία παραδόθηκαν μεταφρασμένα, έτοιμα για χρήση. Επίσης, δόθηκε σχετική άδεια από το δήμαρχο και τον πρόεδρο του ΚΑΠΗ της περιοχής όπου διεξήχθη η έρευνα τόσο για την πρόσβαση στους χώρους του ΚΑΠΗ, όσο και για την προσέλευση των ηλικιωμένων χρηστών.

Ακόμη, το κάθε ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από ενημερωτική επιστολή, η οποία διασφάλιζε την ανωνυμία των ερωτηθέντων και εξηγούσε το σκοπό της έρευνας.

Κατά τη διάρκεια της έρευνας παρουσιάστηκαν κάποιες δυσκολίες, οι οποίες συνέβαλαν στην καθυστέρηση της συλλογής των ερωτηματολογίων. Πρώτα απ' όλα ήταν η άρνηση και η καχυποψία των ερωτηθέντων ως προς τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, παρόλο που αναλύθηκε ο σκοπός της έρευνας, καθώς και η διασφάλιση της τήρησης ανωνυμίας. Επίσης, ήταν η πλημμελής αντίληψη σχετικά με το περιεχόμενο ορισμένων ερωτήσεων κλειστού ή ανοικτού τύπου. Θεωρήθηκε μεγάλος ο αριθμός των ερωτήσεων και κατ' επέκταση κοπιαστικός μέχρι την ολοκλήρωσή του. Τα μέλη του ΚΑΠΗ επιθυμούν να ασχολούνται με δραστηριότητες που αφορούν στο χώρο του ΚΑΠΗ και δεν εμπιστεύονται ανθρώπους, μη οικείους προς εκείνους. Ένας ακόμη ανασταλτικός παράγοντας ήταν το γεγονός του προβλήματος της μειωμένης όρασης ή της ακοής.

Η ανάλυση των δεδομένων διενεργήθηκε με το Microsoft Excel 2007.

Αποτελέσματα

Στον πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά δεδομένα της έρευνας, όπως προέκυψαν από τις απαντήσεις των ερωτηθέντων ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, το 35% του δείγματος ήταν γυναικείος πληθυσμός και η μέση ηλικία των ερωτηθέντων ήταν τα $78,5 \pm 13,5$ έτη. Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάστασή τους, το 69,4% ήταν παντρεμένοι και το 21% χήροι. Επίσης, το 43,5% διέμεναν με το(η) σύζυγο/σύντροφο, ενώ το 25% μόνοι. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το 22,6% διέμενε με το(η) σύζυγο/σύντροφο και με τέκνο μαζί.

Η υποκειμενική κοινωνική στήριξη μετρήθηκε από τις μορφές συμβίωσης, ποιο άτομο θα τους βοηθούσε στις καθημερινές λειτουργίες αν υπήρχε ανάγκη, από την εμπιστοσύνη και τη στήριξη των φίλων. Η υποκειμενική στήριξη μετρήθηκε με την ύπαρξη και τη στήριξη των συγγενών και των φίλων. Η έρευνα έδειξε ότι οι ηλικιω-

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Χαρακτηριστικό	n (%)	Άνδρες	Γυναίκες
Φύλο		65 (65,0)	35 (35,0)
Ηλικία	78,5 (13,5)*		
Οικογενειακή κατάσταση			
Άγαμος	10 (6,5)		
Παντρεμένος(η)	104 (69,4)		
Διαζευγμένος(η)	5 (3,2)		
Χήρος(α)	31 (21,0)		
Με ποιον διαμένετε μαζί			
Μόνος(η)	25 (16,1)		
Σύζυγο/σύντροφο	65 (43,5)		
Με κόρη/γιο	13 (8,1)		
Με αδελφό(ή)	5 (3,2)		
Με σύντροφο και τέκνο	34 (22,6)		
Με κόρη και εγγόνια	3 (1,6)		
Με σύντροφο και γιαγιά	5 (3,2)		
Διαμονή			
Ιδιόκτητη μονοκατοικία	88 (58,6)		
Ιδιόκτητο διαμέρισμα	49 (32,8)		
Ενοικιαζόμενη μονοκατοικία	3 (1,7)		
Ενοικιαζόμενο διαμέρισμα	10 (6,9)		
Οικονομικοί πόροι			
Σύνταξη	115 (77,0)		
Εργασία	7 (4,9)		
Πρόωρη σύνταξη	10 (6,6)		
Αναπηρική σύνταξη	5 (3,3)		
Σύνταξη χρείας	3 (1,6)		
Καμιά οικονομική ενίσχυση	3 (1,6)		
Άλλο	7 (4,9)		
Επάγγελμα			
Υπάλληλος	43 (28,8)		
Τεχνίτης/εμπόριο	20 (13,6)		
Οικιακά	23 (15,3)		
Διευθυντής	15 (10,2)		
Αγρότης(ισσα)	13 (8,5)		
Σώματα ασφαλείας	8 (5,1)		
Εξειδικευμένος επαγγελματίας	8 (5,1)		
Τεχνικό βοηθητικό προσωπικό	8 (5,1)		
Εκπαίδευση			
Όχι Δημοτικό		27 (17,9)	21 (13,7)
Α' εκπαίδευση		46 (30,8)	34 (22,7)
Β' εκπαίδευση		31 (20,5)	55 (36,4)
Γ' εκπαίδευση		46 (30,8)	22,7)

*Εύρος ηλικίας

ωμένοι που λάμβαναν φροντίδα από το(η) σύντροφο δήλωσαν καλύτερη υποκειμενική υγεία απ' ό,τι εκείνοι που λάμβαναν φροντίδα από τους άλλους, π.χ. φροντιστές, δηλαδή οι μισοί ηλικιωμένοι με καλό επίπεδο υγείας ήταν ευχαριστημένοι από τη ζωή, ενώ το 12% καθόλου. Οι μισοί ηλικιωμένοι του δείγματος υποστήριξαν ότι είχαν φίλους με τους οποίους μπορούσαν να μοιράζονται τις χαρές και τις λύπες τους, ενώ αντίθετη γνώμη είχε το 22%.

Ως διαστάσεις της ποιότητας ζωής μετρήθηκαν η αντικειμενική υγεία, η λειτουργικότητα, η υποκειμενική στήριξη, η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες, η ικανοποίηση από τη ζωή, η λήψη αγάπης από το περιβάλλον τους, όπως φαίνεται στους πίνακες 2, 3 και 4. Πιο αναλυτικά, οι ηλικιωμένοι αναγνώρισαν ότι η εξασθένηση των αισθήσεων τους επηρέαζε την καθημερινή τους ζωή σε απόλυτο βαθμό με ποσοστό 8%, και καθόλου σε ποσοστό 27%, ενώ όσον αφορά στο βαθμό κατά τον οποίο η εξασθένηση των αισθήσεων επηρέαζε τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες, 10% απάντησαν απόλυτα και το 40% δεν τους επηρέαζε καθόλου. Επίσης, μεγάλο ποσοστό (50%) των ερωτηθέντων απάντησαν ότι ήταν ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους σε κοινωνικές δραστηριότητες. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το 69% των ηλικιωμένων ήταν ικανοποιημένοι με όσα είχαν επιτύχει στη ζωή τους. Τέλος, το 29% των ατόμων, ηλικίας >65 ετών πίστευε ότι βίωνε σε απόλυτο βαθμό αγάπης τη ζωή του, ενώ το 10% καθόλου.

Συζήτηση

Το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας. Συγκεκριμένα, τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν θετικότερη υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους σε σχέση με άλλα άτομα.¹¹ Όπως φαίνεται στην παρούσα έρευνα, τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου αντιλαμβάνονταν θετικότερα την υγεία έναντι εκείνων της βασικής εκπαίδευσης. Έτσι, αποδείχθηκε ότι η πλειοψηφία των ηλικιωμένων του

συγκεκριμένου ΚΑΠΗ, χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, απάντησαν αρνητικά σε σχέση με εκείνη του υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου που έδωσαν θετική απάντηση.

Μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων διέμενε με το(η) σύζυγο, αμέσως μικρότερο ποσοστό διέμεναν μόνοι τους, ενώ στη δική μας έρευνα διέμεναν με σύζυγο/σύντροφο (43,5%), αμέσως μετά με το(η) σύζυγο/σύντροφο και τέκνο (22,6%) και μόνοι σε ποσοστό 16,1%.¹²

Οι γυναίκες συνηθίζουν να παραπονούνται συχνότερα για προβλήματα υγείας.¹² Στην παρούσα έρευνα, μεταξύ των δύο φύλων, ομοίως παρατηρήθηκαν μικρές αποκλίσεις, οι οποίες συμφωνούν με την παραπάνω άποψη, της υποκειμενικής αντίληψης της υγείας τους.

Οι άνδρες είναι συνήθως περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους σε σχέση με τις γυναίκες.¹³ Τα παραπάνω ευρήματα συμπίπτουν με αυτά της δικής μας μελέτης. Πιο αναλυτικά, οι άνδρες ένωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή τους (55%) σε σχέση με τις γυναίκες, οι οποίες αισθάνονταν λιγότερη ικανοποίηση (36,4%).

Η ικανοποίηση ζωής αντανακλά το βαθμό, τον οποίο ένα άτομο πιστεύει ότι η ζωή του ικανοποιεί τα δικά του κριτήρια για την ποιότητα της ζωής του. Η ικανοποίηση ζωής στην πράξη είναι μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ανθρώπου.⁷ Η ικανοποίηση από τη ζωή όσον αφορά στο παρελθόν, αλλά και το μέλλον, σημείωσε μεγάλο ποσοστό θετικών στάσεων.¹⁴ Παρόμοια αποτελέσματα καταγράψαμε και εμείς, δηλαδή το 69% των ηλικιωμένων ερωτηθέντων του δείγματός μας αισθάνονταν ικανοποίηση από το παρελθόν και το 64% προσδοκούσαν ικανοποίηση και έβλεπαν με αισιοδοξία το μέλλον, παρ' όλες τις δυσκολίες της εποχής μας.

Όσον αφορά στην ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με την ηλικία, παρατηρήθηκε ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία, τα άτομα εκφράζουν δυσαρέσκεια όλο και πιο συχνά. Η ηλικιακή ομάδα των 65–69 ετών απάντησε θετικά σε ποσοστό 60%, στην ομάδα των 85–89 ετών το ποσοστό αυτό υποχώρησε στο 25%, και αρνητικά απάντησαν οι μισοί από αυτούς, ενώ όσοι ήταν >90 ετών δήλωσαν δυσαρεστημένοι από τη ζωή τους. Αυτό ίσως να εξηγείται με την απογοήτευση που νιώθουν οι ηλικιωμένοι από τη συσσώρευση των χρόνιων προβλημάτων υγείας που βιώνουν.

Σημαντική είναι η συσχέτιση ανάμεσα στο άτομο που βοηθά όταν υπάρχει ανάγκη και στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που λαμβάνουν τη φροντίδα του(της) συζύγου διαθέτουν θετικότερη στάση σε σχέση με αυτούς που δέχονται φροντίδα από άλλα άτομα.¹⁴ Ίδια ευρήματα παρατηρήθηκαν και στην παρούσα έρευνα, δηλαδή το 81,5% είχαν θετική

Πίνακας 2. Κοινωνική στήριξη (MSPSS)

Ομάδες	Μέση τιμή	Εύρος τιμών
Ολικό	58,2	12–84
Ανδρες	60,9	12–84
Γυναίκες	54,4	12–84
Ιδιαίτερο πρόσωπο	21,2	4–28
Οικογένεια	21,2	4–28
Φίλοι	16,3	4–28

MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ORIGINAL PAPER

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Πίνακας 3. Υποκειμενική ποιότητα ζωής

Ερώτηση	Απόλυτα n (%)	Πολύ n (%)	Μέτρια n (%)	Λίγο n (%)	Καθόλου n (%)	ΔΓ/ΔΑ n (%)
Σε ποιο βαθμό η εξασθένηση των αισθήσεων επηρεάζει την καθημερινή μου ζωή;	12 (8,0)	4 (3,0)	32 (21,0)	54 (36,0)	41 (27,0)	7 (5,0)
Σε ποιο βαθμό η εξασθένηση των αισθήσεων επηρεάζει τη συμμετοχή μου σε δραστηριότητες;	15 (10,0)	7 (5,0)	24 (16,0)	29 (19,0)	60 (40,0)	15 (10,0)
Πόση ελευθερία έχω να λάβω μόνος(η) αποφάσεις;	64 (43,0)	47 (31,0)	28 (18,0)	0 (0)	3 (2,0)	9 (6,0)
Πόσο σέβονται την ελευθερία οι άνθρωποι που είναι γύρω μου;	32 (21,0)	72 (48,0)	28 (19,0)	0 (0)	3 (2,0)	15 (10,0)
Σε ποιο βαθμό νιώθω ότι μπορώ να ελέγξω το μέλλον μου;	28 (19,0)	40 (27,0)	30 (20,0)	10 (7,0)	25 (16,0)	16 (11,0)
Πόσο φοβάμαι να μην μπορώ να ελέγξω το θάνατό μου;	32 (21,0)	34 (23,0)	10 (7,0)	17 (11,0)	41 (27,0)	16 (11,0)
Πόσο φοβάμαι μήπως πονάω στο θάνατό μου;	32 (21,0)	51 (34,0)	17 (11,0)	7 (5,0)	34 (23,0)	9 (6,0)
Πόσο φοβάμαι το θάνατο;	21 (14,0)	27 (18,0)	27 (18,0)	17 (11,0)	46 (31,0)	12 (8,0)
Σε ποιο βαθμό νιώθω τη συντροφικότητα στη ζωή μου;	32 (21,0)	59 (39,0)	15 (10,0)	4 (3,0)	33 (22,0)	7 (5,0)
Σε ποιο βαθμό βιώνω αγάπη στη ζωή μου;	43 (29,0)	56 (37,0)	22 (15,0)	4 (3,0)	15 (10,0)	10 (7,0)
Σε ποιο βαθμό η εξασθένηση των αισθήσεων επηρεάζει την ικανότητα συναναστροφής με τους άλλους;	15 (10,0)	10 (7,0)	17 (11,0)	40 (27,0)	51 (34,0)	17 (11,0)
Σε ποιο βαθμό είμαι σε θέση να κάνω πράγματα που θα επιθυμούσα;	24 (16,0)	60 (40,0)	39 (26,0)	9 (6,0)	3 (2,0)	15 (10,0)
Πόσο ικανοποιημένος(η) είμαι από τις ευκαιρίες της ζωής;	15 (10,0)	48 (32,0)	48 (32,0)	10 (7,0)	13 (8,0)	16 (11,0)
Σε ποιο βαθμό νιώθω ότι έχω λάβει την αναγνώριση που αξίζω στη ζωή;	20 (13,0)	60 (40,0)	42 (28,0)	7 (5,0)	5 (3,0)	16 (11,0)
Σε ποιο βαθμό νιώθω ότι έχω να κάνω αρκετά πράγματα καθημερινά;	34 (23,0)	48 (32,0)	36 (24,0)	23 (15,0)	3 (2,0)	7 (5,0)
Σε ποιο βαθμό έχω ευκαιρίες να αγαπήσω;	34 (23,0)	40 (27,0)	42 (28,0)	5 (3,0)	16 (11,0)	13 (8,0)
Σε ποιο βαθμό έχω ευκαιρίες να αγαπηθώ;	20 (13,0)	51 (34,0)	39 (26,0)	10 (7,0)	21 (14,0)	9 (6,0)
Αποτίμηση των αισθήσεων	102 (68,0)	0 (0)	32 (21,0)	0 (0)	7 (5,0)	9 (6,0)

ΔΓ/ΔΑ: Δε γνωρίζω/δεν απαντώ

Πίνακας 4. Υποκειμενική ποιότητα ζωής (2)

Ερώτηση	Ικανοποιημένος n (%)	Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος n (%)	Δυσανεστημένος n (%)	ΔΓ/ΔΑ n (%)
Πόσο ικανοποιημένος(η) είμαι με ό,τι έχω επιτύχει στη ζωή;	104 (69,0)	27 (18,0)	15 (10,0)	4 (3,0)
Πόσο ικανοποιημένος είμαι με τη διαχείριση του χρόνου μου;	78 (52,0)	43 (29,0)	17 (11,0)	12 (8,0)
Πόσο ικανοποιημένος είμαι με το επίπεδο των δραστηριοτήτων μου;	78 (52,0)	39 (26,0)	24 (16,0)	9 (6,0)
Πόσο ικανοποιημένος είμαι με τη συμμετοχή μου σε κοινωνικές δραστηριότητες;	75 (50,0)	36 (24,0)	29 (19,0)	10 (7,0)
Πόσο χαρούμενος είμαι αναφορικά με τα πράγματα που προσμένω;	75 (44,0)	36 (35,0)	29 (15,0)	10 (7,0)

ΔΓ/ΔΑ: Δε γνωρίζω/δεν απαντώ

αντίληψη για την υγεία όταν δίπλα τους βρισκόταν ο(η) σύζυγος, ενώ όταν βρίσκονταν άλλα άτομα (π.χ. τέκνα, αδέρφια, φροντιστές κ.ά.), το 57,1% είχε καλή αντίληψη της υγείας του και μέτρια μόνο το 34,3%.

Επίσης, σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίηση ή μη από τη ζωή ενός ατόμου αποτελεί η οικογενειακή του κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα, οι έγγαμοι ηλικιωμένοι σημειώνουν υψηλότερη βαθμολογία ικανοποίησης, ενώ η χαμηλότερη καταγράφεται από τους διαζευγμένους.⁶ Επίσης, οι μοναχικοί άνθρωποι ηλικίας >65 ετών, υποστηρίζεται σε μια άλλη έρευνα σχετίζεται αρνητικά, με λιγότερο ευχαριστημένα από τη ζωή άτομα.¹⁵ Στην παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι το σύνολο των διαζευγμένων δήλωσαν δυσαρέσκεια από τη ζωή σε αντίθεση με τους έγγαμους που παρουσιάστηκαν ικανοποιημένοι, σε ποσοστό 65,8%.

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας δείκτης ποιότητας ζωής, καθώς τα άτομα της τρίτης ηλικίας που αισθάνονται καλά στην υγεία τους τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένα από τη ζωή τους γενικότερα.⁶ Καλή υγεία σημαίνει καλή λειτουργικότητα και συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή.¹⁶ Όσο αυξάνεται η ικανοποίηση από τη ζωή, μειώνεται παράλληλα η κατάθλιψη και η κακή υγεία.¹⁷ Στη δική μας έρευνα, οι μισοί ηλικιωμένοι με καλό επίπεδο υγείας ήταν ευχαριστημένοι από τη ζωή, το 31% ήταν μέτρια ευχαριστημένοι και το 12% καθόλου. Η υποκειμενική ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων κατά φύλο απεικονίζεται αναλυτικά στον πίνακα 3. Οι άνδρες (86,1) σημείωσαν υψηλότερη βαθμολογία σε σχέση με τις γυναίκες (80,4) σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο WHOQOL-OLD (εύρος

τιμών 24–120).

Σε αντιδιαστολή της παρούσας έρευνας, όπου εμφανίστηκαν οι ηλικιωμένοι να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το(η) σύζυγο που τους βοηθά, κάτι ανάλογο δεν ισχύει σε άλλες έρευνες όπου η φροντίδα η οποία παρέχεται από το(η) σύζυγο, δεν επηρεάζει καθόλου το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή.¹⁸

Όταν υπάρξει ανάγκη για βοήθεια, ανταποκρίνεται η οικογένεια [ο(η) σύζυγος ή και τέκνα].^{12,13,18} Οι χρήστες του ΚΑΠΗ απευθύνονταν πρωταρχικά στην οικογένεια και το ιδιαίτερο πρόσωπο –συνήθως είναι ο(η) σύντροφος– και στη συνέχεια στους φίλους (πίνακας 2).

Στο κοινωνικό δίκτυο στήριξης περιλαμβάνονται, εκτός των άλλων που αναφέρθηκαν παραπάνω, και οι φίλοι. Σύμφωνα με την έρευνα φαίνεται ότι το πλήθος των φίλων αυξάνει την ικανοποίηση, δηλαδή όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των φίλων, τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίησή τους από τη ζωή. Οι μισοί έχουν ένα φίλο να μοιράζονται τις λύπες και τις χαρές τους, μεγάλο όμως είναι το ποσοστό εκείνων που δεν τους εμπιστεύονται (22%). Μόνο το 9,4% των μελών του ΚΑΠΗ, που εδράζεται σε πόλη της περιφέρειας της Ελλάδας δεν έχουν φίλους.¹⁴

Αναφερόμενοι και πάλι στο φιλικό περιβάλλον, οι ηλικιωμένοι έχουν κάποιον δίπλα τους προκειμένου να κουβεντιάζουν για τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους σε ποσοστό 45%, ενώ δεν έχουν κάποιον κοντά τους σε ποσοστό 2%.¹⁴ Τα μέλη του ΚΑΠΗ που μελετήθηκαν στην παρούσα έρευνα είχαν σχεδόν την ίδια άποψη, το 47% αυτών είχαν πάντα έναν άνθρωπο δίπλα τους. Εξίσου σημαντικό είναι το 31% που δήλωσε ότι ήταν στη δυσά-

ρεστη αυτή θέση της απουσίας τους. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας έχουν πάντα κάποιον δίπλα τους που αισθάνονται ότι τους αγαπά σε ποσοστό 49%, ενώ το ποσοστό εκείνων που δεν έχουν κάποιον να τους αγαπά ανέρχεται μόνο στο 0,6%.¹⁴ Στην παρούσα έρευνα, τα ποσοστά ήταν 29% και 10%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα

Σύμφωνα με τους επιμέρους στόχους, επαληθεύεται η σχέση μεταξύ κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων και κοινωνικής στήριξης. Συγκεκριμένα, τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την υποκειμενική κοινωνική στήριξη είναι η ηλικία, το φύλο και η εκπαίδευση.

Την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία των ατόμων φάνηκε να επηρεάζουν παράγοντες, όπως ο βαθμός λειτουργικότητας, η εκπαίδευση, το φύλο, η ηλικία και η οικογενειακή κατάσταση.

Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τη ζωή είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η υποκειμενική καλή υγεία. Πιο αναλυτικά, τα άτομα του δείγματος φάνηκαν να είναι ικανοποιημένα από τη μέχρι τώρα ζωή τους, με υπεροχή των ανδρών σε σχέση με εκείνη των γυναικών, ενώ μετριάστηκε η θετική διάθεση και οι προσδοκίες για το μέλλον. Πιθανόν αυτό να δικαιολογείται από τη θετική υποκειμενική αντίληψη της υγείας τους και την αγάπη στη ζωή, που θεωρούσαν ότι βιώνουν και αισιοδοξούσαν να λάβουν περισσότερη στη ζωή τους (με μικρή υπεροχή των ανδρών έναντι των γυναικών). Αναφερόμενοι στις μετρίου επιπέδου επιθυμίες και προσδοκίες για το μέλλον, πιθανή αιτιολογία είναι η περίοδος της οικονομικής κρίσης που διανύουν, στερώντας τους υλικά αγαθά και έχοντας προβλήματα διαβίωσης πολλοί από αυτούς. Μια ακόμη πιθανή αιτιολογία είναι η απογοήτευση, την οποία αισθάνονται οι ηλικιωμένοι από τη συσσώρευση των χρόνιων προβλημάτων υγείας που βιώνουν ή ο φόβος του πόνου του θανάτου.

Η υποκειμενική κοινωνική στήριξη των ηλικιωμένων μεταφράζεται πρωταρχικά ως βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα και δευτερευόντως σε θέματα συναισθηματικής κάλυψης, όπως αποδείχθηκε από την έρευνα. Επίσης, πολύ σημαντικός αποδείχθηκε ο ρόλος του(της) συζύγου/συντρόφου στην οικογένεια και όχι τόσο των άλλων ατόμων του περιβάλλοντος όσον αφορά στην υποκειμενική αντίληψη της καλής υγείας. Η υποκειμενική κοινωνική στήριξη φάνηκε να είναι υψηλή στο δείγμα μας και ειδικότερα αυτή που προέρχεται από την οικογένεια

και τα ιδιαίτερα πρόσωπα. Οι άνδρες εμφανίστηκαν να απολαμβάνουν μεγαλύτερης κοινωνικής στήριξης από τις γυναίκες.

Ολοκληρώνοντας, εκτός των άλλων στη έρευνα εκφράστηκε δυσαρέσκεια για τις ελλείψεις παροχές των ΚΑΠΗ, τόσο για το ωράριο και τις δραστηριότητές του όσο και για το προσωπικό που στελεχώνεται.

Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων οδηγεί στην εξαγωγή ορισμένων συμπερασμάτων αναγκαίων για τη δημιουργία μιας τελευταίας ολοκληρωμένης συγκεντρωτικής εικόνας όσον αφορά στο συγκεκριμένο ζήτημα. Με αυτόν τον τρόπο μπορούν να προταθούν κάποια μέτρα προκειμένου να ληφθούν υπόψη από τους αρμόδιους φορείς και επιστήμονες, οι οποίοι μπορούν να συνδράμουν στην πρόληψη και την αντιμετώπιση του προβλήματος.

Πρέπει να διενεργηθεί σε βάθος μελέτη της διερεύνησης των εμποδίων για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η εν λόγω μελέτη πρέπει να διεξαχθεί με άμεση επικοινωνία με τα ίδια τα άτομα, την οικογένειά τους και τους επιστήμονες.

Η πολιτεία να εκπονήσει προγράμματα αγωγής υγείας. Τα προγράμματα αυτά θα αναλαμβάνουν να τα εφαρμόζουν καταρτισμένοι επαγγελματίες υγείας, όπως επισκέπτες υγείας, κοινωνικοί λειτουργοί και νοσηλευτές(τριες) και θα μπορούν να απευθύνονται: στους νέους, την οικογένεια και τους ίδιους τους ηλικιωμένους. Τα προγράμματα αποβλέπουν στην εξάλειψη του κοινωνικού αποκλεισμού της τρίτης και τέταρτης ηλικίας.

Προϋπόθεση για να εφαρμοστούν τα παραπάνω αποτελούν:

- (α) Η εναρμόνιση της ελληνικής κοινωνικής πολιτικής για τους ηλικιωμένους με την αντίστοιχη πολιτική της ΕΕ, στην οποία ανήκουμε και τις αποφάσεις της οποίας οφείλουμε να σεβόμαστε και να αποδεχόμαστε. Μόνο τότε η κοινωνική πολιτική και για τους ηλικιωμένους θα αναχθεί σε εθνική κοινωνική πολιτική.
- (β) Η ορθολογική χρήση από το κράτος του ειδικού καταρτισμένου επιστημονικού δυναμικού της χώρας.

Όλοι οι ειδικοί επιστήμονες, όπως επισκέπτες υγείας, νοσηλευτές, ψυχολόγοι, γεροντολόγοι κ.ά. έχουν να προσφέρουν μέγιστες υπηρεσίες στην αρμονική συνύπαρξη ηλικιωμένου και οικογένειας, αρκεί η πολιτεία να βασιστεί πάνω τους. Να κατοχυρώσει νομοθετικά το ρόλο τους, το σκοπό της εργασίας τους και την ευσυνείδητη προσφορά τους.

Επίσης, το κράτος οφείλει να χρηματοδοτεί σεμινάρια τα οποία θα σκοπεύουν στην καλύτερη επιμόρφωση των επαγγελματιών υγείας και στην ενημέρωσή τους αναφορι-

κά με τα σύγχρονα ευρήματα της υγείας και της ποιότητας ζωής με τους ηλικιωμένους και την οικογένειά τους.

Τα ΚΑΠΗ αποτελούν χώρο ύπαρξης μεγάλης συσσώρευσης ηλικιωμένων. Η συνεχής αύξηση του αριθμού της τρίτης και της τέταρτης ηλικίας δημιουργεί όλο και περισσότερη συγκέντρωση ηλικιωμένων σε τέτοιου είδους κέντρα.

Παρατηρούμε λοιπόν ότι οι εν λόγω υπηρεσίες θα πρέπει συνεχώς να βελτιώνονται ώστε να προσφέρουν όλο και καλύτερες παροχές στα ηλικιωμένα άτομα. Τα προγράμματα, τα οποία παρέχονται σκόπιμο θα ήταν να

αξιολογούνται, για να διαπιστώνεται ο τρόπος λειτουργίας και η μελλοντική πορεία τους μέσα από συνεχή εποπτεία.

Το κράτος θα πρέπει να στοχεύσει στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας, παρέχοντας αξιοπρεπείς συντάξεις και ικανοποιητική λειτουργία των ΚΑΠΗ, των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» και των άλλων δημοσίων φορέων προστασίας ηλικιωμένων. Ακόμη, πρέπει να παρέχονται κίνητρα και ερεθίσματα στους ηλικιωμένους ώστε να αξιοποιούν τα ενδιαφέροντά τους. Επίσης, να παρέχονται κίνητρα για να δημιουργούνται νέα ενδιαφέροντα ανάλογα με τις δυνάμεις τους.

ABSTRACT

The Quality of Life of Elderly Users of the “Supportive Centers for the Elderly” in Attiki

Theodora Bampouri

Health Promoter, MSc, National School of Public Health, Athens, Greece

Introduction: Demographic aging, resulting from increasing life expectancy and a decrease in the rates of both birth and mortality, is a social, economic and political problem for industrialized countries and is a key point of concern for governments and researchers. Elderly people in Greece constitute 19.3% of the total population. **Aim:** Investigation of the living standards of the elderly and their subjective perception of social support from family and environment and consideration of the extent to which the health of the elderly affects the way they view life. **Method:** Survey of users of the municipal “Supportive Centers for the Elderly” in the region of Attiki. **Results:** The study population consisted of 150 elderly persons. According to the findings of the survey, the elderly received higher social support from family than from friends. The quality of life was moderately good in the sample and the subjective life perception of the men was more positive than that of the women. **Conclusions:** The subjective social support for the elderly was associated with sex, age and education. The subjective perception of health was influenced by the degree of functionality, education, sex, age and family status.

Key-words: aging, elderly, quality of life, social support



Corresponding Author: Theodora Bampouri, tel.: +30 6938 492 688, e-mail: ntor_ba8@yahoo.gr

Βιβλιογραφία

1. Μουσούρου Λ. Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβολές και σύγχρονα οικογενειακά σχήματα. 3ο Συνέδριο του Ιδρύματος Σάκη Καράγιωργα. Πάντειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, 1991:44–68.
2. World Health Organization. World Health Statistics 2013. Available at: www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/. Assessed September 10, 2014.
3. World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository 2013. Available at: www.who.int/gho/database/en/. Assessed March 16, 2013.
4. Population Reference Bureau. World population data sheet 2010. Available at: www.prb.org. Assessed September 10, 2014.
5. Eurostat. Eurostat news release 2012. Available at: epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_PUBLIC/1-13032012-AP/EN/1-13032012-AP-EN.PDF. Assessed October 25, 2013.
6. Efkliides A, Kalaitzidou M, Chankin G. Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *Eur Psychol* 2003, 8:178–191.
7. Calman KC. Definitions and dimensions of quality of life. In: Aaronsen NK, Beckman J (eds) *The quality of life in cancer patients*. New York, Raven Press, 1987:1–9.
8. Μόρτογλου Τ, Μόρτογλου Κ. *Διατροφή από το σήμερα για το αύριο*. Τόμος Ι. Εκδόσεις Γιαλλέλη, Αθήνα, 2002.
9. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. *J Pers Assess* 1988, 52:30–41.
10. World Health Organization. WHOQOL-OLD manual. Copenhagen, European Office, WHO, Geneva, 2006.
11. Rennemark M, Hagberg B. Gender specific associations between social networks and health behavior in old age. *Aging Ment Health* 1999, 3:320–327.
12. Fernández-Ballesteros R. Social support and quality of life among older people in Spain. *J Soc Issues* 2002, 58:645–659.
13. Bury M, Holme A. Quality of life and social support in the very old. *J Aging Stud* 1991, 4:345–357.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ – ORIGINAL PAPER

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

14. Γιουβανάκης Γ, Σαχαζόγλου Α. Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των ΚΑΠΗ του Δήμου Ηρακλείου. Ηράκλειο Κρήτης, 2007.
15. Tzonichaki I, Kleftaras G, Malikiosi-Loizos M. Differences in loneliness among low, moderate, and high self-esteem young and older adults. *WFOT Bulletin* 1998, 37:30–37.
16. Cole MG, Dendukuri N. The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004, 19:1019–1025.
17. Depp C, Jeste DV. Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006, 14:6–20.
18. Kim HK, Hisata M, Kai I, Lee SK. Social support exchange and quality of life among the Korean elderly. *J Cross Cult Gerontol* 2000, 15:331–347.