



ΔΙΑΦΥΛΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΠΟΥ ΔΙΑΒΙΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ.

Στασινοπούλου Φ.¹, Χλέτσος Μ.², Μάλλη Φ.³, Μέντης Ε.⁴

^{1,2,3,4}Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού συνιστά θέμα παγκόσμιας ανησυχίας. Οι φυσιολογικές αλλαγές που συμβαίνουν κατά τη γήρανση σε συνδυασμό με πολλές χρόνιες παθήσεις, και πλήθος διαπρωσωπικών και κοινωνικών αλλαγών που συμβαίνουν στους ηλικιωμένους επηρεάζουν σημαντικά τη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) τους. **Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφυλικών διαφορών στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής (ΣΥΠΖ) των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα αλλά και των διαφόρων κοινωνικο-δημογραφικών χαρακτηριστικών τους, των χρόνιων παθήσεων και της φαρμακευτικής αγωγής τους, του τρόπου ζωής τους καθώς και των δραστηριοτήτων που τους ευχαριστούν. **Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη σε δύο ιδιωτικά ιατρεία Γενικής Ιατρικής όπου μελετήθηκαν οι πρώτοι 120 ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών που πληρούσαν τα κριτήρια και συναίνεσαν. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «επισκόπηση υγείας SF-36» καθώς κι ερωτηματολόγιο καταγραφής συγκεκριμένων χαρακτηριστικών τους. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πρόγραμμα Statistical Package for Social Sciences (SPSS), έκδοση 22.0. **Αποτελέσματα:** Οι γυναίκες του δείγματος φάνηκε να έχουν μεγαλύτερα ποσοστά σε σχέση με τους άνδρες στη διάσταση της οικογενειακής κατάστασης που αφορά τη χηρεία, τη μοναχική διαμονή, τα έτη εκπαίδευσης, την πολυνοσηρότητα, τον αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν και την έλλειψη ελεύθερου χρόνου. Ως προς την ΣΥΠΖ οι γυναίκες τη βαθμολογούν χαμηλότερα σε όλες τις τις διαστάσεις. Παράγοντες που επιβαρύνουν τη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων, εκτός από το γυναικείο φύλο, είναι η μεγαλύτερη ηλικία, τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης και η πολυφαρμακία. Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου, φαίνεται να επηρεάζει θετικά σωματικές διαστάσεις του SF-36, ενώ η συνέπεια σε κάποιο πρόγραμμα διατροφής βελτιώνει τη διάσταση της Ψυχικής Υγείας. **Συμπεράσματα:** Η ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων είναι χαμηλή και ιδιαίτερα των ηλικιωμένων γυναικών. Απαιτούνται στοχευμένες δράσεις από την πολιτεία, τους κοινωνικούς φορείς και τις υπηρεσίες υγείας με σκοπό τη στήριξη των ηλικιωμένων σε συγκεκριμένους τομείς λαμβάνοντας υπόψη τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις διαφυλικές διαφορές τους.

Λέξεις κλειδιά: Ποιότητα Ζωής Σχετιζόμενη με την Υγεία, Ηλικιωμένοι, Διαφυλικές διαφορές, Γήρανση, Επισκόπηση Υγείας SF-36

INTERSCIENTIFIC HEALTH CARE



TRANSGENDER DIFFERENCES IN HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE AMONG COMMUNITY-DWELLING OLDER ADULTS.

Stasinopoulou F.¹, Chletsos M.², Malli F.³, Mentis E.⁴

^{1,2,3,4}Faculty of Social Sciences, Hellenic Open University, Patras, Greece

ABSTRACT

Introduction: Demographic aging of the population is a matter of global concern. The physiological changes that occur during aging combined with many chronic conditions, and a multiple of interpersonal and social changes occurring in the elderly, affect significantly the Health-Related Quality of Life (HRQoL). **Aim:** The goal of the present study is to investigate the transgender differences in Health Related Quality of Life (HRQoL) among community-dwelling older adults but also their different sociodemographic aspects, chronic diseases and their medication, their lifestyle and the activities that pleases them. **Material-Method:** The research was conducted in two private General Medicine Clinics where the first 120 elderly over 65 years old who met the criteria and consented to, were studied. The Health Survey SF-36 questionnaire was used as well as a questionnaire to record specific features. For the statistical analysis of the results the Statistical Package for Social Sciences (SPSS), v. 22.0 was used. **Results:** The women in the sample seemed to have a higher percentage than men in the marital status of widowhood, lonely residence, years of education, multi-ethnicity, the number of drugs they receive, and lack of leisure time. About HRQoL, women evaluated it lower in all its dimensions. Factors that burden the HRQoL of the elderly, apart from female gender, are older age, fewer years of education, and polypharmacy. The existence of free time seems to be positively correlative to the physical dimensions of SF-36 while consistency in a diet program improves the mental health dimension. **Conclusions:** The HRQoL of the elderly is low and especially of the elderly women. Targeted actions by the state, social entities and the health services are required in order to support older people in specific sectors, taking into account their particular characteristics and their transgender differences.

Key words: Health related quality of life, Elderly, Transgender differences, Ageing, Health survey (SF-36)

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η γήρανση χαρακτηρίζεται από προοδευτικό εκφυλισμό των ιστών οποίος έχει αρνητικό αντίκτυπο στη δομή και τη λειτουργία των ζωτικών οργάνων (Heid et al., 2017). Αυτό συνεπάγεται την προοδευτική μείωση της ομοιόστασης και μειωμένη ικανότητα αντίδρασης σε εξωγενή ερεθίσματα και τελικά στην αύξηση του κινδύνου νοσηρότητας και θνητότητας.

Η διαδικασία της γήρανσης δεν ταυτίζει τα βασικά χαρακτηριστικά της με κάποια συγκεκριμένη νόσο (Gladyshev & Gladyshev, 2016), δεν είναι από μόνη της μία ασθένεια, αλλά αυξάνει την ευπάθεια στις ασθένειες. Όλα τα όργανα τείνουν να εκπέσουν λειτουργικά με την ηλικία. Η συσσώρευση της μοριακής βλάβης αποτελεί κοινό παρονομαστή στις διαδικασίες που συμβαίνουν κατά τη γήρανση (Chandrasekaran & Melendez, 2017).

Η γήρανση του πληθυσμού αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα κοινωνικοπολιτικά ζητήματα παγκοσμίως λόγω της δραματικής αύξησης της αναλογίας, αλλά και του απόλυτου αριθμού των ηλικιωμένων (World Health Organisation, 2015). Η γήρανση σχετίζεται τόσο με την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης όσο και με τη μείωση του ποσοστού γεννήσεων (The World Bank, 2015).

Η γήρανση αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για τις περισσότερες χρόνιες νόσους (Dillin et al., 2014). Περίπου 100.000 άνθρωποι παγκοσμίως πεθαίνουν καθημερινά από αιτίες που σχετίζονται με την ηλικία (Harris, 2013). Οι αλλαγές που εμφανίζονται στο σώμα με την ηλικία (Sgarbieri & Pacheco, 2017) και οι συνήθειες γηριατρικές καταστάσεις, όπως η πολυνοσηρότητα, η κατάθλιψη, η άνοια, οι πτώσεις, η ακράτεια και άλλα γηριατρικά σύνδρομα υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

Η ποιότητα ζωής (ΠΖ) είναι ο τρόπος που κάποιος αξιολογεί τη ζωή του και σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης των διαφόρων αναγκών του. Η ΣΥΠΖ αφορά στην αντίληψη του ασθενούς για τη νόσο ή την αναπηρία, αλλά και τη θεραπεία (Huang et al., 2017). Οι διαστάσεις που περιλαμβάνονται σ' αυτήν είναι κυρίως η σωματική, η ψυχολογική, η κοινωνική και η πνευματική (Vyas et al., 2018).

Η επίδραση της ηλικίας στην ποιότητα ζωής μπορεί να οφείλεται σε άμεση επίδραση της γήρανσης, αλλά και σε έμμεση μέσω επίδρασης της γήρανσης σε παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής (Fancourt & Steptoe, 2018). Άλλωστε, αναπτύσσονται και μηχανισμοί προστασίας, όπως η προσαρμοστικότητα, η ανθεκτικότητα, η πνευματικότητα και άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Ponocny et al., 2016).

Η ΠΖ των ηλικιωμένων έχει καταστεί σημαντική σε σχέση με τη μετατόπιση της δημογραφικής πυραμίδας λόγω της γήρανσης του πληθυσμού. Η ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων επηρεάζεται από βιολογικούς παράγοντες, συμπτώματα, λειτουργικές καταστάσεις και γενικές

αντιλήψεις (Harris, 2013). Για τη μέτρηση της ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων χρησιμοποιούνται τόσο γενικά όσο και ειδικά εργαλεία μέτρησης (Forte et al., 2015). Όσον αφορά στα γενικά εργαλεία, συχνά χρησιμοποιείται η Επισκόπηση Υγείας, και μάλιστα η σύντομη μορφή της, Sort Form-36 (SF-36) (Kastanias et al., 2015).

Η ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων παρουσιάζει σημαντικές διαφοροποιήσεις ως προς τα δύο φύλα (Hajian-Tilaki et al 2017, Feng et al 2015, Zajacova et al 2017) και διαπιστώνονται ως καθοριστικοί παράγοντες πολλά κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά (Zajacova et al., 2017), η κατάσταση της υγείας (Hajian-Tilaki et al., 2016), ο τρόπος ζωής (Stahl & Schulz, 2014), το περιβάλλον τους (δομημένο και μη) (Raggi et al., 2016), τα κοινωνικά δίκτυα (Moriyama et al., 2018) κ.α.

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τις διαφυλικές διαφορές στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα. Θα επιχειρηθεί να εξεταστεί εάν υπάρχουν διαφυλικές διαφορές και αν αυτές έχουν σχέση με τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των εξεταζόμενων ατόμων (ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, τόπος διαμονής, εκπαιδευτικό επίπεδο), αλλά και με την πολυνοσηρότητα και την πολυφαρμακία. Πεδίο μελέτης θα αποτελέσει κι ο ελεύθερος χρόνος τους και η ικανοποίησή τους από τη ζωή.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Απρίλιο έως το Μάιο του 2018. Το δείγμα αφορά σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών που διαβιούν στην κοινότητα και επισκέφθηκαν δύο ιδιωτικά ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με υπεύθυνο Γενικό Ιατρό. Το πρώτο ιατρείο βρίσκεται στην Καλαμάτα (δήμος Καλαμάτας, αστική περιοχή) και το δεύτερο στο Μελιγαλά (δήμος Οιχαλίας, ημιαστική περιοχή). Τα δύο ιατρεία επισκέπτονται άτομα από όλη την Περιφερειακή Ενότητα Μεσσηνίας, η οποία σύμφωνα με την απογραφή του 2011 έχει μόνιμο πληθυσμό 159.954 άτομα, εκ των οποίων τα 37.479 είναι άνω των 65 ετών.

Από τους ηλικιωμένους άνω των 65 ετών που επισκέφθηκαν τα δύο ιατρεία έλαβαν μέρος στην έρευνα όλοι όσοι συγκατατέθηκαν, διαβιούσαν στην κοινότητα και δεν έπασχαν από σοβαρά ψυχιατρικά ή διανοητικά προβλήματα. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν οι πρώτοι 120 ασθενείς με τα άνωθεν χαρακτηριστικά.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου έγινε από τους ίδιους τους ασθενείς, στο χώρο των ιατρείων μετά το πέρας της επίσκεψης. Η ερευνήτρια παρενέβη στις περιπτώσεις όπου χρειαζόταν κάποια διευκρίνιση ή υπήρχε δυσκολία στην κατανόηση κάποιας ερώτησης.

Μετά τη συλλογή των 120 ερωτηματολογίων αυτά κωδικοποιήθηκαν στο πρόγραμμα Excel και επεξεργάστηκαν στατιστικά με το πρόγραμμα SPSS.

Έγινε διάκριση κατηγορικών και μη κατηγορικών δεδομένων. Τα μη κατηγορικά ελέγχθηκαν ως προς το αν ακολουθούν κανονική ή μη κανονική κατανομή με τα στατιστικά κριτήρια Kolmogorov-Smirnov. Ο παραπάνω έλεγχος έδειξε πως όλες οι μη κατηγορικές μεταβλητές δεν ακολουθούν κανονική κατανομή. Για τη στατική ανάλυση των κατηγορικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά στατιστικά (συχνότητες, μέσες τιμές κ.α.) και ο έλεγχος χ^2 του Pearson ή το Fisher's Exact Test για τον έλεγχο ύπαρξης διαφορών μεταξύ τους. Για τα μη κατηγορικά δεδομένα χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος U των Mann-Whitney (Δαφέρμος, 2013). Τέλος έγιναν πολλαπλές συσχετίσεις μεταξύ των διαφόρων μεταβλητών με τη χρήση του συντελεστή γραμμικής συσχέτισης Spearman's rho. Η στατιστική σημαντικότητα θεωρήθηκε σημαντική στο επίπεδο του p-value <0,05.

Ένα από τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα γενικά εργαλεία για την αξιολόγηση της ΠΖ αποτελεί η Επισκόπηση Υγείας, και μάλιστα η σύντομη μορφή της, Sort Form-36 (SF-36) (Γούλα και συν., 2018). Το SF-36 είναι ένα δομημένο ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 36 ερωτήσεις που κωδικοποιούνται σε οκτώ διαστάσεις υγείας (από 2 έως 10 ερωτήσεις η καθεμία). Οι οκτώ αυτές κλίμακες είναι: Σωματική λειτουργικότητα (ΣΛ), κοινωνική λειτουργικότητα (ΚΛ), σωματικός πόνος (ΣΠ), ψυχική υγεία (ΨΥ), ζωτικότητα (Ζ), συναισθηματικός ρόλος (ΣΡ), σωματικός ρόλος (Σωμ.Ρ) και γενική υγεία (ΓΥ). Η 36η ερώτηση, Μεταβολή της υγείας, αναφέρεται στις αλλαγές που έχουν υπάρξει στην υγεία του ατόμου είτε προς το χειρότερο είτε προς το καλύτερο. Δεν ανήκει σε καμιά από τις προηγούμενες 8 διαστάσεις, αλλά έχει βρεθεί πως είναι χρήσιμη για την εκτίμηση της προσωπικής αντίληψης των αλλαγών στην υγεία.

Κάθε διάσταση του SF-36 βαθμολογείται από 0–100 (όσο υψηλότερη βαθμολογία τόσο καλύτερη η υγεία) και κατηγοριοποιείται σε δύο συνοπτικές κλίμακες, αυτή της Σωματικής Υγείας και της Ψυχικής Υγείας (Καρανικόλα και συν., 2018). Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται από τον ίδιο τον ασθενή (εάν χρειάζεται μπορεί ο ερευνητής να παρέμβει μόνο για να διευκρινίσει κάποια ερώτηση) και απαιτεί περίπου 5-10 λεπτά.

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-36 οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε ερωτήσεις για το κοινωνικο-δημογραφικό προφίλ τους, τις χρόνιες ασθένειες και κάποιες συνήθειές τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι 120 συμμετέχοντες στη μελέτη είχαν ηλικιακή μέση τιμή (mean) 78,863 έτη (SD±7,86). Η μικρότερη ηλικία βρέθηκε στα 65 έτη (το όριο που είχε θέσει η μελέτη) και η μεγαλύτερη στα 101 έτη. Οι γυναίκες του δείγματος έχουν μεγαλύτερη τιμή μέσης κατάταξης (Mean Rank) από τους άνδρες, 62,94 και 57,31 αντίστοιχα.

Και τα δύο ιατρεία συνολικά επισκέφθηκαν 52 άνδρες και 68 γυναίκες. Σε ποσοστό 30% προέρχονται από το ιατρείο της Καλαμάτας και σε ποσοστό 70% από το ιατρείο του Μελιγαλά.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν έγγαμοι (55,8%) εκ των οποίων το 30% ήταν άνδρες και το 25,8% γυναίκες. Άγαμοι δήλωσαν, το 10% του συνόλου. Ποσοστό 1,7% του συνόλου βρέθηκαν να συζούν με άλλο άτομο, και 4,2% ήταν διαζευγμένοι. Όσον αφορά τη χηρεία, αποτελεί το 28,3% του συνόλου, δεύτερη συχνότερη οικογενειακή κατάσταση μετά τον έγγαμο βίο, με το 21,7% να είναι γυναίκες. Από τον στατιστικό έλεγχο Fisher's Exact Test προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με την οικογενειακή τους κατάσταση ($p=0,013<0,05$).

Οι γυναίκες που ζουν μόνες αποτελούν το 19,2% του συνόλου και οι άνδρες το 5,8%. Τα περισσότερα άτομα συζούν με ένα ακόμη (ποσοστό 50,8% του συνόλου), ενώ σε μικρότερα ποσοστά συμβιώνουν στην ίδια οικία από 3 έως και 6 άτομα. Ο μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney για τον αριθμό ατόμων του νοικοκυριού σε σχέση με τα δύο φύλα εμφανίζει το μέσο της κατάταξης (mean rank) υψηλότερο για τους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες, χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,156>0,05$).

Το 25,8% των ατόμων που μετείχαν στην έρευνα, διαβιούσαν σε αστική περιοχή και κυρίως στη Δημοτική Ενότητα Καλαμάτας (αστική περιοχή με πληθυσμό άνω των 10.000 κατοίκων, ημιαστική περιοχή με πληθυσμό μεταξύ 2.000 και 10.000 κατοίκων και αγροτική περιοχή με πληθυσμό μικρότερο των 2.000 κατοίκων). Σε ημιαστική περιοχή, κυρίως στη Δημοτική Ενότητα Μελιγαλά του Δήμου Οιχαλίας διαβιούσαν το 2,7%, ενώ σε αγροτική περιοχή κατοικούσε το 72,5% του συνόλου. Οι αγροτικές περιοχές που κατοικούν οι ηλικιωμένοι περιλαμβάνουν κυρίως χωριά των Δήμων Καλαμάτας και Οιχαλίας.

Τα στοιχεία δείχνουν πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων (70,8%) ζει με κάποιο συγγενή του (36,7% άνδρες και 34,2% γυναίκες). Πολύ μικρότερο ποσοστό (4,2%) αποτελούσαν οι ηλικιωμένοι που διαβιούν με προσωπικό βοηθό (συνήθως πρόκειται για αλλοδαπές γυναίκες που συγκατοικούν με τον ηλικιωμένο φροντίζοντάς τον). Η μεγάλη διαφυλική διαφορά βρίσκεται σε αυτούς που ζουν μόνοι και αποτελούν το 25% του συνόλου (5,8% άνδρες και 19,2% γυναίκες). Το Fisher's Exact Test επιβεβαίωσε αυτό το εύρημα με σημαντικά στατιστική διαφορά ($p=0,011<0,05$).

Το 57,5% του συνόλου, (το 22,5% άνδρες και το 35% γυναίκες) έχουν λάβει κατώτερη εκπαίδευση (6 έτη ή λιγότερα). Το 32,5% (15,8 άνδρες και 16,7 γυναίκες) έχουν λάβει μέση εκπαίδευση (7 έως 12 έτη) και το 4,2% (2,5 άνδρες και 1,7 γυναίκες) έχουν ανώτερη (φοίτηση σε σχολές ανωτέρου επιπέδου). Ανώτατη εκπαίδευση έχει λάβει ποσοστό 5,8% (2,5% άνδρες και 3,3% γυναίκες). Τα έτη εκπαίδευσης των ηλικιωμένων κυμαίνονται από 0 έως 18 με μέση τιμή τα 6,6917 (SD=±4,42262) έτη. Ο μη παραμετρικός έλεγχος U Mann-Whitney έδειξε πως το

μέσο της κατάταξης για τα έτη εκπαίδευσης στους άνδρες ήταν υψηλότερο από αυτό στις γυναίκες και μάλιστα με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,034<0,05$).

Οι γυναίκες ήταν πιο επιβαρυνμένες με μεγαλύτερο αριθμό χρόνιων παθήσεων, μεγαλύτερη πολυφαρμακία, αλλά και περισσότερα γενόσημα (το mean rank των τιμών των γυναικών ήταν μεγαλύτερο από αυτό των ανδρών και για τα τρία χαρακτηριστικά), χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά για κανένα από αυτά. Από τη μελέτη όμως των περιγραφικών στατιστικών φαίνεται πως οι ηλικιωμένοι εμφανίζουν από 0 έως 11 χρόνια παθήσεις, με μέση τιμή 4,48 (SD=2,122) παθήσεις για κάθε άτομο. Η χρόνια λήψη φαρμακευτικών σκευασμάτων κυμάνθηκε από 0 έως και 15 σκευάσματα με μέση τιμή 6,233 (SD=3,490). Τα γενόσημα φάρμακα που λάμβαναν οι ηλικιωμένοι ήταν από 0 έως και 6 με μέση τιμή 1,216 (SD=1,379).

Οι ηλικιωμένοι ερωτήθηκαν εάν ακολουθούν συγκεκριμένο πρόγραμμα διατροφής που να τους έχει προταθεί από επαγγελματία υγείας και να σχετίζεται με την υγεία τους. Σε ποσοστό 33,3% απάντησαν θετικά (22,5% γυναίκες και 10,8% άνδρες). Το 66,7% (32,5% άνδρες και 34,2% γυναίκες) δεν ακολουθούσαν πρόγραμμα διατροφής.

Στην ερώτηση εάν ακολουθούσαν κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα άσκησης τα άτομα που μετείχαν στην έρευνα απάντησαν θετικά σε ποσοστό 14,2% (5,8% άνδρες και 8,3% γυναίκες) και αρνητικά σε ποσοστό 85,8% (37,5% άνδρες και 48,3% γυναίκες).

Τα άτομα που ανέφεραν πως διέθεταν ελεύθερο χρόνο ανέρχονται σε ποσοστό 84,2%, εκ των οποίων το 36,7% είναι άνδρες και το 47,5% γυναίκες. Ένα μικρότερο ποσοστό 15,8% (6,7% άνδρες και 9,2% γυναίκες) δήλωσαν πως δεν έχουν ελεύθερο χρόνο.

Στην ερώτηση που αφορά στο εάν υπάρχουν δραστηριότητες που δίνουν ευχαρίστηση στους ηλικιωμένους παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με το φύλο. Φαίνεται πως το 82,5% (41,7% άνδρες και 40,8% γυναίκες) του συνόλου των ερωτηθέντων έβρισκαν ικανοποίηση από κάποιες δραστηριότητες. Αντίθετα, το 17,5% (1,7% άνδρες και 15,8% γυναίκες) απάντησαν πως δε έβρισκαν ικανοποίηση σε κάποια δραστηριότητα. Οι γυναίκες ευχαριστούνται λιγότερο σε σχέση με τους άνδρες τις δραστηριότητες που έχουν κατά τον ελεύθερο χρόνο τους ($p<0,01$).

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων συσχέτισης με το συντελεστή Spearman's (Spearman's rho) που αφορούν σε όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που αναλύθηκαν έως τώρα και εμφανίζουν στατιστικά σημαντική διαφορά, διαπιστώνεται πως το φύλο παρουσιάζει αρνητική συσχέτιση ($p=0,033$) με τα έτη εκπαίδευσης, δηλαδή, οι ηλικιωμένοι άνδρες έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν λάβει περισσότερα έτη εκπαίδευσης συγκριτικά με τις ηλικιωμένες γυναίκες και αντίστροφα. Επίσης, προκύπτει πως το φύλο

σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από τις καθημερινές δραστηριότητες τους ($p=0,000$), γεγονός που δείχνει πως οι ηλικιωμένες γυναίκες συγκεντρώνουν στατιστικά πολύ περισσότερες πιθανότητες σε σχέση με τους ηλικιωμένους άνδρες να ικανοποιούνται από τις καθημερινές δραστηριότητες και αντίστροφα. Εξάλλου, η ηλικία εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τα έτη εκπαίδευσης ($p=0,000$). Θετική συσχέτιση παρουσιάζεται στο πρόγραμμα άσκησης με αυτό της διατροφής ($p=0,003$) καθώς επίσης και στον αριθμό χρόνιων παθήσεων με την κατανάλωση φαρμάκων ($p=0,000$) και την κατανάλωση γενοσήμων ($p=0,000$) (πίνακας 1).

Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 8 διαστάσεων και των 2 συνοπτικών κλιμάκων της ποιότητας ζωής της επισκόπησης υγείας SF-36. Οι μεγαλύτερες μέσες τιμές, στο σύνολο των ατόμων που έλαβαν μέρος στην έρευνα, παρατηρήθηκαν στις κλίμακες του ΣΠ (62,187, SD=±27,760), της ΚΛ (55,416, SD=±30,778) και της ΣΛ (55,000, SD=±28,733). Από τον μη παραμετρικό έλεγχο των διαστάσεων της ποιότητας ζωής του SF-36 σε σχέση με το φύλο των ηλικιωμένων, φαίνεται πως το μέσο της κατάταξης (Mean Rank) όλων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής των ανδρών υπερέχει αυτού των γυναικών και μάλιστα με πολύ σημαντικές στατιστικά διαφορές (πλην της Ζ) ($p=0,000<0,05$) (εικόνα 1). Αυτό επιβεβαιώνεται κι από το συντελεστή συσχέτισης Spearman's rho.

Όσον αφορά στη σχέση ηλικίας και διαστάσεων ποιότητας ζωής, αυτή φαίνεται να είναι αρνητική για όλες τις διαστάσεις και για τη ΣΛ, το Σωμ.P, το ΣΠ, την ΚΛ και το ΣΠ καταγράφηκε μεγάλη στατιστική διαφορά ($p=0,000$, $p=0,005$, $p=0,013$, $p=0,01$ και $p=0,004$ αντίστοιχα), δηλαδή, τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα βαθμολογούν κατά κανόνα χαμηλότερα την ποιότητα ζωής τους και αντίστροφα (πίνακας 2).

Σε σχέση με τον αριθμό των ατόμων που συγκατοικούν στο ίδιο νοικοκυριό δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Αντίθετα, τα έτη εκπαίδευσης φάνηκε να σχετίζονται θετικά με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων (δηλαδή όσο περισσότερα εκπαιδευτικά έτη έχουν παρακολουθήσει τόσο μεγαλύτερες είναι οι πιθανότητες να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ποιότητα ζωής τους και αντίστροφα).

Η σχέση αριθμού φαρμάκων και γενόσημων φαρμάκων, που λαμβάνονται σε χρόνια βάση, με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής γενικά ήταν αρνητική (όσο περισσότερα φάρμακα λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι τόσο μεγαλύτερες πιθανότητες έχουν να έχουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής και αντίστροφα), αλλά στατιστικά σημαντική διαφορά σημειώθηκε στη ΣΛ, Σωμ.P, ΣΠ και ΓΥ ($p=0,000$, $p=0,007$, $p=0,001$ και $p=0,01$ αντίστοιχα) για το συνολικό αριθμό των φαρμάκων που λαμβάνουν και στη ΣΛ ($p=0,006$) σε σχέση με τον αριθμό λήψης γενόσημων φαρμάκων.

Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου στους ηλικιωμένους του δείγματος συσχετίστηκε θετικά σε βαθμό στατιστικά σημαντικό με τη ΣΛ και το Σωμ,Ρ ($p=0,021$ και $p=0,007$ αντίστοιχα). Επίσης, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση στην τήρηση κάποιου διατροφικού προγράμματος με την ΨΥ ($p=0,05$), δηλαδή, οι ηλικιωμένοι που εφαρμόζουν ενδεδειγμένο διατροφικό πρόγραμμα από ειδικό έχουν περισσότερες πιθανότητες να έχουν μεγαλύτερες τιμές στον παράγοντα «ψυχική υγείας» της Επισκόπησης Υγείας SF-36 και αντίστροφα.

Όσον αφορά στις συσχετίσεις των διαστάσεων της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων μεταξύ τους (στο σύνολό τους), για όλες τις περιπτώσεις υπάρχει θετική συσχέτιση και μάλιστα με μεγάλη στατιστική διαφορά ($p=0,000<0,05$). Εξάιρεση αποτελεί η διάσταση της Ζωτικότητας, που αφορά στη ζωντάνια, την ενεργητικότητα αλλά και την κόπωση, η οποία δε βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με καμία από τις υπόλοιπες διαστάσεις.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υπεροχή του γυναικείου φύλου στους ηλικιωμένους τόσο αριθμητικά, όσο και ως προς τον ηλικιακό μέσο όρο αποδεικνύεται από τα αποτελέσματα κι άλλων ερευνών και στατιστικών δεδομένων, από τα οποία τεκμαίρεται και η μεγαλύτερη νοσηρότητα και πολυνοσηρότητα που μπορούν να τις οδηγήσουν συχνότερα σε ένα ιατρείο πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Ward et al., 2014).

Όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των ηλικιωμένων που πήραν μέρος στη μελέτη, τα ποσοστά πλησιάζουν σ' αυτά της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής για την τελευταία απογραφή του πληθυσμού το 2011 (ΕΛΣΤΑΤ, 2011). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών αφορά σε έγγαμους κυρίως άρρενες και το αμέσως επόμενο αφορά σε χήρες. Τα μεγαλύτερα ποσοστά χηρείας στις γυναίκες προφανώς σχετίζονται με τη μακροβιότερη επιβίωση από τους συζύγους (οι άνδρες πεθαίνουν νωρίτερα από τις γυναίκες) (Romero-Ortuno et al., 2013).

Ένα σημαντικό στοιχείο που προκύπτει από τα αποτελέσματα της μελέτης αφορά στη διαμόρφωση των ηλικιωμένων. Φαίνεται πως το 25% (ένας στους τέσσερις) κατοικεί μόνος του ασχέτως της οικογενειακής του κατάστασης. Επίσης, η πλειοψηφία αυτών των ατόμων είναι γυναίκες (76,7%). Αυτό θα μπορούσε να δικαιολογηθεί λόγω της υπεροχής του γυναικείου φύλου στη χηρεία, αλλά και λόγω της συχνής αδυναμίας των ανδρών να αυτοεξυπηρετούνται όσον αφορά τις απαιτούμενες καθημερινές εργασίες του νοικοκυριού. Σε ανάλογες διαπιστώσεις καταλήγουν και άλλες έρευνες. Μελέτη διάρκειας δύο ετών σε ηλικιωμένους που επισκέφθηκαν δύο ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αστικών και αγροτικών περιοχών κατέδειξε παραπλήσια αποτελέσματα: ένας στους 4-5 ηλικιωμένους ζει μόνος του, κυρίως λόγω της απώλειας του συζύγου, υπάρχουν τρεις φορές περισσότερες γυναίκες από ό, τι οι άνδρες που ζουν μόνοι (Velarde-

Mayol et al., 2016). Σε μελέτες στις ΗΠΑ τα ποσοστά των ηλικιωμένων που ζουν μόνοι κυμαίνονται από 19,3 έως 29% (Ong et al., 2016). Σε μελέτη που έγινε στη Νορβηγία, το αντίστοιχο ποσοστό ανέρχεται στο 30,2% (Nicolaisen & Thorsen, 2014) ενώ σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες σε 20,1 έως 34% (Ong et al., 2016). Πολύ πρόσφατη έρευνα στην Ελλάδα έδειξε πως το 43% των ηλικιωμένων ζει με την οικογένειά του (Σαρλά, 2017).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που μελετήσαμε έχει λάβει κατώτερη εκπαίδευση (πάνω από τους μισούς), το οποίο συμφωνεί με τα στατιστικά ευρήματα της τελευταίας απογραφής (ΕΛΣΤΑΤ, 2011). Από τη μελέτη του αριθμού των ετών εκπαίδευσης φαίνεται πως οι άρρενες συμμετέχοντες έχουν περισσότερα συνολικά εκπαιδευτικά έτη απ' ό,τι οι γυναίκες.

Οι γυναίκες "υπερτερούν" στην πολυνοσηρότητα και πολυφαρμακία (Abad-Díez et al 2014, Zielinski & Halling 2015, Wang et al 2014, Wagner et al 2013). Κι αν αυτό σχετίζεται με τη αριθμητική υπεροχή των ηλικιωμένων γυναικών και το μεγαλύτερο ποσοστό σε μη θανατηφόρες χρόνιες παθήσεις (π.χ. οστεοαρθρίτιδα), οι μέγιστοι αριθμοί χρόνιων παθήσεων και φαρμάκων που καταγράφονται στην έρευνα είναι εντυπωσιακοί. Καταγράφονται έως και 11 χρόνιες παθήσεις και έως και 15 διαφορετικά φαρμακευτικά σκευάσματα που λαμβάνονται ημερησίως ή σε τακτά χρονικά διαστήματα. Σε μια μελέτη, ο αριθμός των φαρμάκων που συνταγογραφούνται σε ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και λαμβάνονται από τους ασθενείς σχετίζεται θετικά με την αύξηση της ηλικίας, με το γυναικείο φύλο, με το χαμηλό εισόδημα και το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο (Skoog et al., 2014). Η πολυνοσηρότητα και πολυφαρμακία αποτελεί εξέχον πρόβλημα όλων των χωρών και συστημάτων υγείας. Σε έρευνα που έγινε στην Πορτογαλία βρέθηκε πως το 72% των ενηλίκων που έλαβαν μέρος έπασχαν από δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις (Prazeres & Santiago, 2015).

Η χρήση των γενόσημων φαρμάκων κυμαίνεται στο 1,2 περίπου ανά ηλικιωμένο που συμμετείχε στην έρευνα ποσοστό περίπου 19% στο σύνολο των φαρμάκων που λαμβάνουν για τις χρόνιες παθήσεις τους. Αυτό το ποσοστό είναι λίγο μικρότερο από το επίσημο ποσοστό διείσδυσης των γενόσημων φαρμάκων στην Ελλάδα που δίνει ο ΟΟΣΑ σε πρόσφατη έκθεσή του (OECD, 2017). Εκεί φαίνεται πως τα γενόσημα καλύπτουν το 23% της συνολικής αξίας των φαρμάκων που καταναλώνονται και το 24% των κυτίων, 24η θέση και 4η από το τέλος στο σύνολο των χωρών του ΟΟΣΑ. Στις περισσότερες χώρες είναι πολύ μεγαλύτερο και το ποσοστό κατανάλωσης, αλλά κυρίως το ποσοστό της αξίας των γενόσημων σε σχέση με τη συνολική φαρμακευτική δαπάνη. Η διερεύνηση των αιτιών καταλήγει στο συμπέρασμα πως το πρόβλημα είναι πολυπαραγοντικό. Κυρίως αφορά στην πολιτική που ακολουθείται και ειδικότερα στην οικονομική προσέγγιση του θέματος.

Η επίδραση της υγιεινής διατροφής και της άσκησης στην ποιότητα ζωής έχει μελετηθεί εκτενώς με θετικά αποτελέσματα (Schuch et al 2015, Carson, et al 2014,

Ehlers et al 2018, Veronese et al 2016). Τα αποτελέσματα της μελέτης δείχνουν μάλλον χαμηλά ποσοστά των ηλικιωμένων που ακολουθούν προγράμματα διατροφής και άσκησης. Είναι ένα πολυπαράγοντικό πρόβλημα που σχετίζεται τόσο με τον ίδιο τον ηλικιωμένο, το περιβάλλον του, αλλά και τους επαγγελματίες υγείας.

Η έλλειψη ελεύθερου χρόνου σε ένα ποσοστό 15,8% των ηλικιωμένων φαίνεται πως αφορά κυρίως άτομα με καλή λειτουργικότητα και γνωστική επάρκεια που εργάζονται ακόμη ή διαθέτοντας τον προσωπικό τους χρόνο βοηθούν άλλα άτομα της οικογένειάς τους. Η οικονομική κρίση, η μείωση των συντάξεων, η ανεπάρκεια παροχών προς τους ηλικιωμένους που έχουν ανάγκη και κυρίως η κουλτούρα της ελληνικής οικογένειας που θέλει να είναι ενεργά παρούσα σε κάθε δυσκολία οποιοδήποτε μέλους της τροφοδοτούν συχνά την έλλειψη ελεύθερου χρόνου σε κάποιους ηλικιωμένους.

Ένα ποσοστό 17,5 % των ερωτηθέντων απαντά πως δεν υπάρχουν δραστηριότητες που να τους ικανοποιούν. Δηλαδή, ενώ μπορεί να διαθέτουν το χρόνο να ασχοληθούν με διάφορα πράγματα, δεν τους/τις ευχαριστεί κάτι. Η διαχείριση του ελεύθερου χρόνου είναι δύσκολο θέμα για όλους πόσο μάλλον για έναν ηλικιωμένο (Sirgy et al., 2018). Δεν είναι μόνο η λειτουργική και γνωστική έκπτωση που συχνά τους απομονώνει, είναι και έλλειψη συντροφικότητας και κυρίως δομών που θα φροντίσουν γι' αυτό.

Από τα άτομα που μας απάντησαν πως δεν υπάρχουν δραστηριότητες που να τους ικανοποιούν το συντριπτικό ποσοστό τους (90,5%) ήταν γυναίκες. Αυτό δείχνει μια τάση των ηλικιωμένων γυναικών (στατιστικά σημαντική) για ανηδονία, εγκατάλειψη και απόσυρση. Αυτό το αποτέλεσμα συμφωνεί με άλλες μελέτες που διαπιστώνουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία στις ηλικιωμένες γυναίκες απ' ότι στους άνδρες (Hajian-Tilaki et al., 2017). Η απόσυρση κάποιων πολύ ηλικιωμένων γυναικών μπορεί να τεκμηριωθεί από μελέτες που καταλήγουν στο συμπέρασμα πως η επίδραση των κοινωνικών δικτύων σ' αυτές δε βελτιώνει ιδιαίτερα την ποιότητα ζωής τους (Tobiasz-Adamczyk et al., 2017). Εξάλλου, τα υψηλότερα ποσοστά εξασθένησης και ανικανότητας που παρατηρούνται στις ηλικιωμένες (Gomez-Olive et al., 2017), αλλά και η μοναξιά (Taube et al., 2013) συμβάλουν στην διαπίστωση της μη ικανοποίησης από κάποιες δραστηριότητες.

Γενικά η ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων είναι υποβαθμισμένη σε όλες τις διαστάσεις, κάτι που επιβεβαιώνεται και από άλλες μελέτες (Kautonen et al., 2017). Χαμηλότερες μέσες τιμές παρατηρούνται στις διαστάσεις της Γενικής Υγείας, του Συναισθηματικού Ρόλου και του Σωματικού Ρόλου. Επίσης οι γυναίκες εμφανίζουν χαμηλότερες τιμές από τους άνδρες σε όλες τις διαστάσεις της επισκόπησης υγείας SF-36 και μάλιστα με στατιστικά σημαντική διαφορά (εκτός από τη Ζωτικότητα). Με αυτά τα ευρήματα συμφωνούν πολλές μελέτες (Hajian-Tilaki et al 2017, Baladón et al 2016, Santos-Lozada & Daw

2018, Hornby-Turner et al 2017, Kojima et al 2016, Tomini et al 2016).

Για να κατανοήσουμε τις διαφορές των ηλικιωμένων ως προς τη ΣΥΠΖ, πρέπει να μελετήσουμε το αν αυτές σχετίζονται με τα επί μέρους χαρακτηριστικά τους. Το γυναικείο φύλο όπως είδαμε αποτελεί βασικό παράγοντα που διαμορφώνει την ποιότητα ζωής σε χαμηλά επίπεδα. Η αύξηση της ηλικίας επίσης σχετίζεται με μείωση της ποιότητας ζωής σε όλες τις διαστάσεις της Σωματικής Υγείας και τη Κοινωνική Λειτουργικότητα και τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης με όλες τις διαστάσεις της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής εκτός από το Σωματικό Ρόλο και τη Ζωτικότητα. Επίσης, ο μεγαλύτερος αριθμός φαρμάκων (και γενοσήμων) καθιστά χαμηλότερες όλες τις διαστάσεις της Σωματικής Υγείας.

Αυτοί οι καθοριστικοί (και άλλοι) παράγοντες βρέθηκε πως επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και κάποιιοι από αυτούς διαμορφώνουν τις διαφυλικές διαφορές. Διαπιστώσαμε πως οι γυναίκες της μελέτης είχαν συνολικά λιγότερα εκπαιδευτικά έτη από τους άνδρες και ελάμβαναν μεγαλύτερο αριθμό φαρμάκων, κάτι που παραπέμπει σε μεγαλύτερη πολυνοσηρότητα. Σε αντίστοιχη μελέτη βρέθηκε πως προσαρμόζοντας τις διαφυλικές διαφορές στα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (ηλικία, εκπαιδευτικό επίπεδο, αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί με τον ηλικιωμένο, οικογενειακή κατάσταση, σωματική άσκηση και χρόνιες παθήσεις) παρέμεναν οι διαφυλικές διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής τους (Hajian-Tilaki et al., 2017), ενώ σε άλλη μελέτη φάνηκε πως οι διαφορές αμβλύθηκαν κάτω από το όριο της στατιστικής διαφοράς (Read et al., 2016). Η χαμηλότερη ποιότητα ζωής των γυναικών μπορεί να οφείλεται σε υψηλότερα ποσοστά λειτουργικής ανεπάρκειας και αναπηρίας, αλλά και στις διαφορετικές αντιλήψεις για την υγεία από αυτές των ανδρών. Εξάλλου, οι γυναίκες μπορεί να "υπερβάλουν" ως προς την αυτοαξιολόγηση της υγείας τους. Αναφέρεται πως οι άνδρες μπορεί να δείχνουν μεγαλύτερη αυτοεκτίμηση και αυτοσεβασμό ως προς τη βαθμολόγηση της ποιότητας ζωής, αλλά και ως προς την υγεία τους.

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της μελέτης:

- Οι ηλικιωμένες γυναίκες υπερέχουν των ανδρών αριθμητικά, ως προς τη χηρεία, τη μοναχική διαβίωση, την πολυνοσηρότητα, τον αριθμό φαρμάκων (και γενοσήμων) και την ανηδονία.
- Οι ηλικιωμένοι άνδρες υπερέχουν των γυναικών ως προς τα έτη εκπαίδευσης και τη βαθμολογία που δίνουν σε όλες τις διαστάσεις της ΣΥΠΖ του SF-36.
- Οι ηλικιωμένοι ακολουθούν σε χαμηλά ποσοστά προγράμματα διατροφής κι άσκησης.
- Ένας στους έξι ηλικιωμένους δε διαθέτει ελεύθερο χρόνο.
- Παράγοντες που επιβαρύνουν τη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων, εκτός του γυναικείου φύλου, είναι η

μεγαλύτερη ηλικία, τα λιγότερα έτη εκπαίδευσης και η χρόνια λήψη μεγάλου αριθμού φαρμάκων.

- Η ύπαρξη ελεύθερου χρόνου και διατροφικού προγράμματος επηρεάζει θετικά τη ΣΥΠΖ των ηλικιωμένων.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abad-Díez, J.M., Calderón-Larrañaga, A., Poncel-Falcó, A., Poblador-Plou, B., Calderón-Meza, J.M., Sicras-Mainar, A., Clerencia-Sierra, M. and Prados-Torres, A., 2014. Age and gender differences in the prevalence and patterns of multimorbidity in the older population. *BMC geriatrics*, 14(1), p.75.

Baladón, L., Rubio-Valera, M., Serrano-Blanco, A., Palao, D.J. and Fernández, A., 2016. Gender differences in the impact of mental disorders and chronic physical conditions on health-related quality of life among non-demented primary care elderly patients. *Quality of Life Research*, 25(6), pp.1461-1474.

Carson, T.L., Hidalgo, B., Ard, J.D. and Affuso, O., 2014. Dietary interventions and quality of life: a systematic review of the literature. *Journal of nutrition education and behavior*, 46(2), pp.90-101.

Chandrasekaran, A., Idelchik, M.D.P.S. and Melendez, J.A., 2017. Redox control of senescence and age-related disease. *Redox biology*, 11, pp.91-102.

Γούλα, Α., Πιερράκος, Γ., Λατούς, Δ., Βάθη, Α., Λιβάνη, Ε., Ξαγοράρη, Μ. and Λούκας, Θ., 2018. Διαφορές στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μεταξύ αστικών και απομακρυσμένων περιοχών. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(5).

Δαφέρμος Β., 2013. Παραγοντική ανάλυση με τα SPSS, LISREL, EQS, AMOS και STATA. Εκδόσεις ΖΗΤΗ, Θεσσαλονίκη. Available at: <http://www.ziti.gr/docs/pdf/1533.pdf>

Dillin, A., Gottschling, D.E. and Nyström, T., 2014. The good and the bad of being connected: the integrins of aging. *Current opinion in cell biology*, 26, pp.107-112.

EHLERS DK, SALERNO EA, AGUINAGA S, McAULEY E. Physical activity interventions: Effects on well-being outcomes in older adults. Handbook of well-being. Salt Lake City, 2018. UT: DEF Publishers. DOI: nobascholar. Com.

Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2011. Δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ανακτήθηκε 10/6/2018 από <http://www.statistics.gr/el/statistics/-/publication/SAM03/>

Fancourt, D. and Steptoe, A., 2018. Community group membership and multidimensional subjective well-being in older age. *J Epidemiol Community Health*, 72(5), pp.376-382.

Feng, Y., Devlin, N. and Herdman, M., 2015. Assessing the health of the general population in England: how do

the three-and five-level versions of EQ-5D compare?. *Health and quality of life outcomes*, 13(1), p.171.

Forte, R., Boreham, C., De Vito, G. and Pesce, C., 2015. Health and quality of life perception in older adults: the joint role of cognitive efficiency and functional mobility. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), pp.11328-11344.

Gomez-Olive, F.X., Schröders, J., Aboderin, I., Byass, P., Chatterji, S., Davies, J.I., Debpuur, C., Hirve, S., Hodgson, A., Juvekar, S. and Kahn, K., 2017. Variations in disability and quality of life with age and sex between eight lower income and middle-income countries: data from the INDEPTH WHO-SAGE collaboration. *BMJ global health*, 2(4), p.e000508.

Gladyshev, T.V. and Gladyshev, V.N., 2016. A disease or not a disease? Aging as a pathology. *Trends in molecular medicine*, 22(12), pp.995-996.

Harris, R.E., 2013. *Epidemiology of chronic disease: global perspectives*. Jones & Bartlett Publishers.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B. and Hajian-Tilaki, A., 2016. Solitary and combined negative influences of diabetes, obesity and hypertension on health-related quality of life of elderly individuals: A population-based cross-sectional study. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 10(2), pp.S37-S42.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B. and Hajian-Tilaki, A., 2017. Are gender differences in health-related quality of life attributable to sociodemographic characteristics and chronic disease conditions in elderly people?. *International journal of preventive medicine*, 8.

Hajian-Tilaki, K., Heidari, B. and Hajian-Tilaki, A., 2017. Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: a population based cross-sectional study. *Journal of caring sciences*, 6(1), p.39.

Heid, J., Cencioni, C., Ripa, R., Baumgart, M., Atlante, S., Milano, G., Scopece, A., Kuenne, C., Guenther, S., Azzimato, V. and Farsetti, A., 2017. Age-dependent increase of oxidative stress regulates microRNA-29 family preserving cardiac health. *Scientific reports*, 7(1), p.16839.

Hornby-Turner, Y.C., Peel, N.M. and Hubbard, R.E., 2017. Health assets in older age: a systematic review. *BMJ open*, 7(5), p.e013226.

Huang, T.Y., Liang, C.K., Shen, H.C., Chen, H.I., Liao, M.C., Chou, M.Y., Lin, Y.T. and Chen, L.K., 2017. Gait Speed rather than Dynapenia Is a Simple Indicator for Complex Care Needs: A Cross-sectional Study Using Minimum Data Set. *Scientific reports*, 7(1), p.8418.

Καρανικόλα, Ε.Κ., Δημόπουλος, Ε.Χ., Νιάκας, Δ.Α. and Αλετράς, Β.Ο., 2018. Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(2).

- Kastanias, T.V., Douda, H.T., Batsiou, S.A. and Tokmakidis, S.P., 2015. Health-related quality of life in parents of children with intellectual disability. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 32(3).
- Kautonen, T., Kibler, E. and Minniti, M., 2017. Late-career entrepreneurship, income and quality of life. *Journal of Business Venturing*, 32(3), pp.318-333.
- Kojima, G., Iliffe, S., Morris, R.W., Taniguchi, Y., Kendrick, D., Skelton, D.A., Masud, T. and Bowling, A., 2016. Frailty predicts trajectories of quality of life over time among British community-dwelling older people. *Quality of Life Research*, 25(7), pp.1743-1750.
- Moriyama, Y., Tamiya, N., Kawachi, N. and Miyairi, M., 2018. What Makes Super-Aged Nations Happier? Exploring Critical Factors of Happiness Among Middle-Aged Men and Women in Japan. *World medical & health policy*, 10(1), pp.83-98.
- Nicolaisen, M. and Thorsen, K., 2014. Who are lonely? Loneliness in different age groups (18–81 years old), using two measures of loneliness. *The International Journal of Aging and Human Development*, 78(3), pp.229-257.
- Indicators, O.E.C.D., 2015. Health at a Glance 2011. *OECD Indicators, OECD Publishing, Paris*. DOI: https://doi.org/10.1787/health_glance-2015-en. Accessed February, 15, p.2016.
- Ong, A.D., Uchino, B.N. and Wethington, E., 2016. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), pp.443-449.
- Ponocny, I., Weismayer, C., Stross, B. and Dressler, S.G., 2016. Are most people happy? Exploring the meaning of subjective well-being ratings. *Journal of Happiness Studies*, 17(6), pp.2635-2653
- Prazeres, F. and Santiago, L., 2015. Prevalence of multimorbidity in the adult population attending primary care in Portugal: a cross-sectional study. *BMJ open*, 5(9), p.e009287.
- Raggi, A., Corso, B., Minicuci, N., Quintas, R., Sattin, D., De Torres, L., Chatterji, S., Frisoni, G.B., Haro, J.M., Koskinen, S. and Martinuzzi, A., 2016. Determinants of quality of life in ageing populations: results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain. *PLoS One*, 11(7), p.e0159293.
- Read, S., Grundy, E. and Foverskov, E., 2016. Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: a systematic narrative review. *Aging & mental health*, 20(5), pp.529-542.
- Romero-Ortuno, R., Fouweather, T. and Jagger, C., 2013. Cross-national disparities in sex differences in life expectancy with and without frailty. *Age and ageing*, 43(2), pp.222-228.
- Santos-Lozada, A.R. and Daw, J., 2018. The contribution of three dimensions of allostatic load to racial/ethnic disparities in poor/fair self-rated health. *SSM-population health*, 4, pp.55-65.
- Σαρλά, Ε., 2017. Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ υποστηρικτικού περιβάλλοντος, υγείας και ποιότητας ζωής ηλικιωμένων που ζουν στην κοινότητα (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. Τομέας Δημόσιας Υγείας).
- Schuch, F.B., Vasconcelos-Moreno, M.P., Borowsky, C., Zimmermann, A.B., Rocha, N.S. and Fleck, M.P., 2015. Exercise and severe major depression: effect on symptom severity and quality of life at discharge in an inpatient cohort. *Journal of psychiatric research*, 61, pp.25-32.
- Sgarbieri, V.C. and Pacheco, M.T.B., 2017. Healthy human aging: intrinsic and environmental factors. *Brazilian Journal of Food Technology*, 20.
- Sirgy, M.J., Uysal, M. and Kruger, S., 2018. A benefits theory of leisure well-being. In *Handbook of leisure, physical activity, sports, recreation and quality of life* (pp. 3-18). Springer, Cham.
- Skoog, J., Midlöv, P., Beckman, A., Sundquist, J. and Halling, A., 2014. Drugs prescribed by general practitioners according to age, gender and socioeconomic status after adjustment for multimorbidity level. *BMC family practice*, 15(1), p.183.
- Stahl, S.T. and Schulz, R., 2014. The effect of widowhood on husbands' and wives' physical activity: the cardiovascular health study. *Journal of behavioral medicine*, 37(4), pp.806-817
- Taube, E., Kristensson, J., Midlöv, P., Holst, G. and Jakobsson, U., 2013. Loneliness among older people: Results from the Swedish national study on aging and care—Blekinge. *Open Geriatric Medicine Journal*, 6(1), pp.1-10.
- Tobiasz-Adamczyk, B., Galas, A., Zawisza, K., Chatterji, S., Haro, J.M., Ayuso-Mateos, J.L., Koskinen, S. and Leonardi, M., 2017. Gender-related differences in the multi-pathway effect of social determinants on quality of life in older age—the COURAGE in Europe project. *Quality of Life Research*, 26(7), pp.1865-1878.
- Tomini, F., Tomini, S.M. and Groot, W., 2016. Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries using SHARE data. *BMC geriatrics*, 16(1), p.203.
- Velarde-Mayol, C., Fragua-Gil, S. and García-de-Cecilia, J.M., 2016. Validation of the UCLA loneliness scale in an elderly population that live alone. *Semergen*, 42(3), pp.177-183.
- Veronese, N., Stubbs, B., Noale, M., Solmi, M., Luchini, C. and Maggi, S., 2016. Adherence to the Mediterranean diet is associated with better quality of life: data from the

Osteoarthritis Initiative. *The American journal of clinical nutrition*, 104(5), pp.1403-1409.

Vyas, S., Nagarajappa, S., Dasar, P.L. and Mishra, P., 2018. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of oral health impact profile among school teacher community. *Journal of Education and Health Promotion*, 7.

Wagner, A.K., Graves, A.J., Fan, Z., Walker, S., Zhang, F. and Ross-Degnan, D., 2013. Need for and access to health care and medicines: are there gender inequities?. *PloS one*, 8(3), p.e57228.

Wang, H.H., Wang, J.J., Wong, S.Y., Wong, M.C., Li, F.J., Wang, P.X., Zhou, Z.H., Zhu, C.Y., Griffiths, S.M. and Mercer, S.W., 2014. Epidemiology of multimorbidity in China and implications for the healthcare system: cross-sectional survey among 162,464 community household residents in southern China. *BMC medicine*, 12(1), p.188.

Ward, B.W., Schiller, J.S. and Goodman, R.A., 2014. Peer reviewed: multiple chronic conditions among us adults: a 2012 update. *Preventing chronic disease*, 11.

World Health Organization, 2015. *World report on ageing and health*. World Health Organization. Ανακτήθηκε 22/9/18 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=6977D27159D91EB84EC39A7BCFFDA03F?sequence=1

World Health Organization and UNICEF, 2015. Trends in maternal mortality: 1990-2015: estimates from WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Ανακτήθηκε 22/9/18 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/194254>

Zajacova, A., Huzurbazar, S. and Todd, M., 2017. Gender and the structure of self-rated health across the adult life span. *Social Science & Medicine*, 187, pp.58-66.

Zielinski, A. and Halling, A., 2015. Association between age, gender and multimorbidity level and receiving home health care: a population-based Swedish study. *BMC research notes*, 8(1), p.714.

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Μη παραμετρικός έλεγχος Spearman's rho δημογραφικών κι άλλων χαρακτηριστικών - Μεταξύ τους σχέσεις με στατιστικά σημαντική διαφορά ($p < 0,05$)

		Έτη Εκπαίδευσης	Αριθμός Φαρμάκων	Αριθμός Γενοσήμων	Ικανοποίηση από τη ζωή	Διατροφικό πρόγραμμα
Φύλο	Συντελεστής συσχέτισης	-0,195			0,314	
	ρ	0,033			0,000	
Ηλικία	Συντελεστής συσχέτισης	-0,513				
	ρ	0,000				
Αριθμός Χρόνιων Παθήσεων	Συντελεστής συσχέτισης		0,886	0,480		
	ρ		0,000	0,000		
Αριθμός Φαρμάκων	Συντελεστής συσχέτισης	-0,232		0,529		
	ρ	0,011		0,000		
Άσκηση	Συντελεστής συσχέτισης				0,270	
	ρ				0,003	

Πίνακας 2: Συσχετίσεις με το δείκτη Spearman's rho διαστάσεων της ΣΥΠΖ με κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των ηλικιωμένων

		ΣΛ	Σωμ.Ρ	ΣΡ	Z	ΨΥ	ΚΛ	ΣΠ	ΓΥ
Φύλο	Συντελεστής συσχέτισης	-0,494	-0,330	-0,370	-0,092	-0,469	-0,511	-0,624	-0,559
	P	0,000	0,000	0,000	0,318	0,000	0,000	0,000	0,000
Ηλικία	Συντελεστής συσχέτισης	-0,462	-0,255	-0,226	-0,026	-0,173	-0,235	-0,258	-0,133
	P	0,000	0,005	0,013	0,782	0,059	0,010	0,004	0,147
Αριθμός Ατόμων Νοικοκυριού	Συντελεστής συσχέτισης	0,890	-0,036	-0,046	0,017	-0,073	-0,124	-0,078	0,010
	P	0,765	0,693	0,619	0,853	0,430	0,177	0,395	0,914
Έτη Εκπαίδευσης	Συντελεστής συσχέτισης	0,394	0,160	0,201	0,109	0,278	0,243	0,339	0,302
	P	0,000	0,080	0,028	0,236	0,002	0,007	0,000	0,001
Αριθμός Φαρμάκων	Συντελεστής συσχέτισης	-0,374	-0,246	-0,121	-0,088	-0,150	-0,138	-0,291	-0,234
	P	0,000	0,007	0,187	0,341	0,102	0,133	0,001	0,010
Αριθμός Γενοσήμων	Συντελεστής συσχέτισης	-0,249	-0,112	-0,043	-0,138	-0,064	-0,115	-0,130	-0,90
	P	0,006	0,223	0,640	0,134	0,486	0,212	0,158	0,330
Διατροφικό Πρόγραμμα	Συντελεστής συσχέτισης	-0,052	0,153	0,171	0,078	0,179	0,079	0,008	0,113

	ρ	0,570	0,095	0,061	0,399	0,050	0,393	0,933	0,219
Πρόγραμμα Άσκησης	Συντελεστής συσχέτισης	-0,144	0,035	-0,029	-0,083	-0,019	-0,016	0,005	-0,111
	ρ	0,118	0,706	0,754	0,365	0,840	0,865	0,961	0,228
Ελεύθερος Χρόνος	Συντελεστής συσχέτισης	0,210	0,244	0,089	0,036	0,042	0,040	0,139	0,070
	ρ	0,021	0,007	0,335	0,097	0,646	0,668	0,131	0,445

ΕΙΚΟΝΕΣ

Εικόνα 1: Διάμεσος διαστάσεων SF-36, μη παραμετρικός έλεγχος U των Mann-Whitney

