

ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ REVIEW

Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια νοσήματα που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία (health related quality of life, HRQoL) είναι μια έννοια με ευρύ περιεχόμενο, η οποία αναφέρεται στις παραμέτρους που συνιστούν την υγεία, δηλαδή τη σωματική, την ψυχική και την κοινωνική ευεξία των ανθρώπων, μέσω της αυτοαξιολόγησης της ζωής, όπως αυτή διαφοροποιείται από ασθένειες, τραυματισμούς και εφαρμοζόμενες θεραπευτικές παρεμβάσεις. Η παρουσία των χρόνιων νοσημάτων είναι συχνή στους ηλικιωμένους που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα, επιδρώντας σημαντικά σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής (Quality of Life, QoL) τους. Η συννοσηρότητα επιβαρύνει ακόμη περισσότερο το προφίλ της HRQoL, ενώ οι παράγοντες που συνήθως την επηρεάζουν είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή και η οικονομική κατάσταση, ο τόπος διαμονής, η εκπαίδευση, η απασχόληση, ο τρόπος ζωής, καθώς και η ικανότητα της αυτοφροντίδας και η ικανοποίηση από τη ζωή. Η έγκαιρη αναγνώριση ασθενών με χρόνια νοσήματα, οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα χαμηλότερης QoL, θα πρέπει να αποτελεί τη βάση των προγραμμάτων της φροντίδας των ηλικιωμένων που διαβιούν ανεξάρτητα στην κοινότητα.

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το γήρας είναι «μια φυσιολογική διαδικασία εξέλιξης, καθολική, εγγενής, προοδευτική και μη αναστρέψιμη, ενώ η προσαρμοστικότητα, η ευαισθησία, η ακρίβεια και η αντοχή του οργανισμού παρουσιάζει προοδευτική μείωση με την πάροδο του χρόνου». ¹ Στις ανεπτυγμένες χώρες, η χρονολογική ηλικία διαδραματίζει πρωταρχικό ρόλο και η ηλικία των 60 ή 65 ετών θεωρείται ως η αρχή του γήρατος, ενώ στον αναπτυσσόμενο κόσμο, η ανάθεση ή η απώλεια ειδικών κοινωνικών ρόλων –ως απόρροια της φυσικής παρακμής– σηματοδοτεί τον καθορισμό της γήρανσης. ²⁻⁴

Η χρόνια ασθένεια είναι μια «κατάσταση υγείας που

διαρκεί ένα έτος ή περισσότερο και απαιτεί συνεχή ιατρική φροντίδα ή περιορίζει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής ή και τα δύο». ^{5,6} Οι επιβλαβείς –για την υγεία– συμπεριφορές, όπως είναι η χρήση καπνού και οιοσπνεύματος, η έλλειψη σωματικής άσκησης και οι κακές διατροφικές συνήθειες, συμβάλλουν σημαντικά στην εμφάνιση των χρόνιων παθήσεων. ^{7,8} Οι κυριότερες νόσοι και οι διαταραχές των ατόμων προχωρημένης ηλικίας αφορούν σε χρόνια νοσήματα ⁹ (εικ. 1), τα οποία επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό τις εθνικές οικονομίες, περιορίζουν την παραγωγικότητα, αυξάνουν τις αναπηρίες και επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής (Quality of Life, QoL) των ασθενών. ¹⁰⁻¹²

Η συννοσηρότητα, η οποία αντιστοιχεί στην εμφάνιση

ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 2022, 39(6):751 –759
ARCHIVES OF HELLENIC MEDICINE 2022, 39(6):751 –759

Ε. Αρβανιτάκη,^{1,2,3}

Μ. Σαρρής¹

¹Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

²Τμήμα Πολιτικών Δημόσιας Υγείας, Σχολή Δημόσιας Υγείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

³Τμήμα Προστασίας Τρίτης Ηλικίας, Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Δήμος Κερατσινίου-Δραπετσώνας, Κερατσίνι

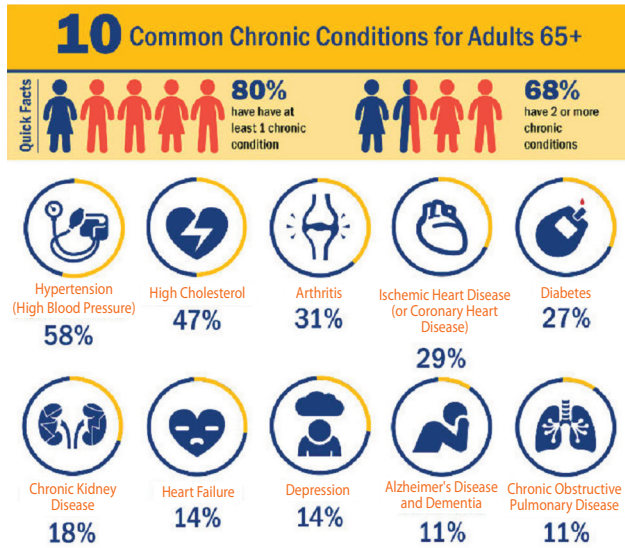
Health related quality of life of elderly patients with chronic diseases living independently in the community

Abstract at the end of the article

Λέξεις ευρετηρίου

Γήρανση
Ηλικιωμένοι
Κοινότητα
Ποιότητα ζωής
Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την υγεία
Χρόνια νοσήματα

Υποβλήθηκε 4.1.2022
Εγκρίθηκε 22.1.2022



Εικόνα 1. Οι 10 πιο συχνές χρόνιες ασθένειες σε ηλικιωμένους ενήλικες.⁹

διαφορετικών προβλημάτων υγείας στο ίδιο άτομο, είναι ένα συχνό πρόβλημα στον ηλικιωμένο πληθυσμό, με σημαντική συσχέτιση του επιπολασμού του με ανθυγιεινές συνήθειες του τρόπου ζωής, τη διαμονή σε αγροτικές περιοχές, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τη χρήση υπηρεσιών υγείας, το γυναικείο φύλο, την προχωρημένη ηλικία, την οικογενειακή δομή και τη μη συμβίωση με τα παιδιά, την πολυφαρμακία και την αρνητική αντίληψη των ηλικιωμένων ατόμων για την υγεία τους.¹³⁻¹⁶

Οι χρόνιοι ασθενείς αντιμετωπίζουν μια σειρά διακριτών και έντονων στρεσογόνων καταστάσεων, όπως ο πόνος και άλλα δυσάρεστα συμπτώματα, περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες, ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων και άλλα θέματα που άπτονται της διάγνωσης, της θεραπείας ή και της υποτροπής της νόσου.¹⁷⁻¹⁹ Σε όλες τις φάσεις της χρόνιας ασθένειας πολύ σημαντικό είναι το θέμα της QoL, αφού στόχος όλων των παρεμβάσεων είναι πλέον όχι μόνο η εξασφάλιση περισσότερου χρόνου ζωής, αλλά και η βελτιωμένη ζωή όσον αφορά στη σωματική κατάσταση και στη λειτουργικότητα, στην κοινωνική και επαγγελματική δραστηριότητα, στη συναισθηματική κατάσταση και στον βαθμό της γενικής ικανοποίησης του ασθενούς από τη ζωή του.^{17,18}

2. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Η QoL έχει απασχολήσει από αρχαιοτάτους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης, στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια», απέδιδε τους όρους «ποιότητα ζωής» («εὖ ζῆν») και «ευημερία» («εὖ πράττειν») με τη λέξη «ευδαιμονία», δηλαδή «το τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που

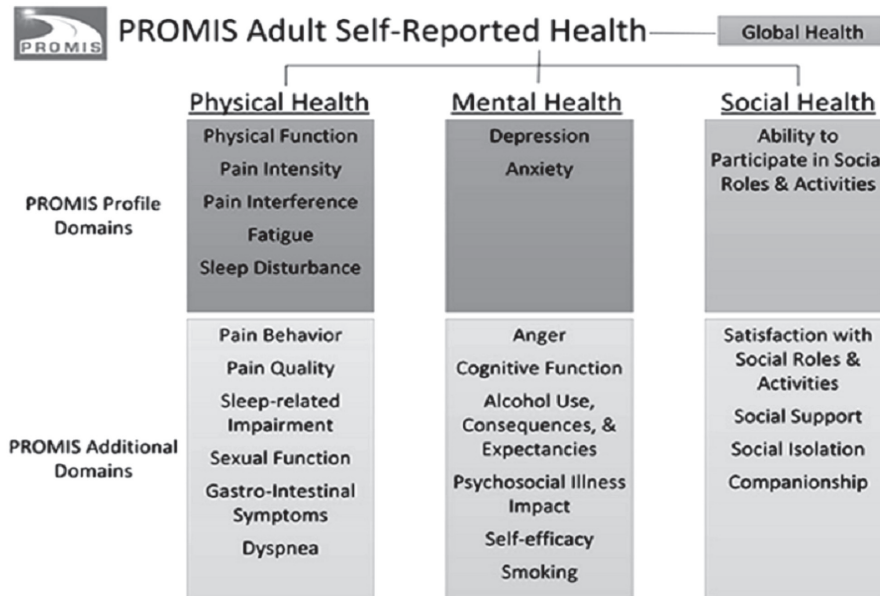
συνιστά τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου.^{20,21}

Η QoL, ως όρος, παρουσιάστηκε για πρώτη φορά μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο, σημαίνοντας αρχικά την κατοχή χρήματος και υλικών αγαθών. Στη δεκαετία του 1960 ο όρος διευρύνθηκε, περιλαμβάνοντας την εκπαίδευση και την υγεία, καθώς και τη διάθεση ελεύθερου χρόνου για ανάπαυση και δραστηριότητες. Στη δεκαετία του 1970 τονίστηκε η προσωπική ελευθερία, η συναισθηματική και η ψυχοκοινωνική ευεξία και ισορροπία, ενώ δόθηκε και ιδιαίτερη έμφαση στην QoL σε καταστάσεις ασθένειας, θεραπείας και αποκατάστασης.²²⁻²⁴ Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), ως QoL ορίζεται η «αντίληψη των ατόμων για τη θέση τους στη ζωή, στο πλαίσιο του πολιτισμού και των συστημάτων αξιών στα οποία ζουν και σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους».²⁵

Η ποιότητα ζωής που σχετίζεται με την υγεία (Health Related Quality of Life, HRQoL) αφορά στην «αξία που αποδίδεται στη διάρκεια της ζωής, όπως αυτή τροποποιείται από τις διαταραχές, τις λειτουργικές καταστάσεις, τις αντιλήψεις και τις κοινωνικές ευκαιρίες, οι οποίες επηρεάζονται από ασθένειες, τραυματισμούς, θεραπευτικές παρεμβάσεις ή πολιτικές αποφάσεις».²⁵ Ένα εννοιολογικό μοντέλο της HRQoL, το οποίο παρέχει μια θεωρητική προσέγγιση της HRQoL, ως πολυδιάστατης κατασκευής, ενσωματώνει βιολογικές και ψυχολογικές πτυχές των αποτελεσμάτων της υγείας.²⁵ Άλλο μοντέλο που βασίζεται στον ορισμό της υγείας του ΠΟΥ είναι το εννοιολογικό μοντέλο PROMIS, η αποστολή του οποίου συνίσταται στη δημιουργία ενός ιδιαίτερα σύγχρονου συστήματος αξιολόγησης για την αυτοαναφερόμενη υγεία, περιλαμβάνοντας μια ευρεία λειτουργικότητα της σωματικής, της ψυχικής και της κοινωνικής υγείας²⁶ (εικ. 2).

Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών (ΚΠΛ) παρουσιάζει μια θεωρητική προσέγγιση του τρόπου επίδρασης της ασθένειας στην QoL. Στηρίζεται στο αξίωμα ότι οι άνθρωποι προάγουν τη δική τους ευεξία προσπαθώντας να ικανοποιήσουν τις πρωταρχικές τους ανάγκες μέσα από αντιξοότητες της καθημερινότητάς τους. Τρεις σημαντικές αρχές χαρακτηρίζουν τη θεωρία της ΚΠΛ: (α) η σχέση της ικανοποίησης των αναγκών με την ευεξία, (β) η διάκριση μεταξύ πρωταρχικών αναγκών και λειτουργικών στόχων και (γ) η αντικατάσταση ή η αναπλήρωση των λειτουργικών στόχων.²²⁻²⁴

Υπάρχουν >800 εργαλεία μέτρησης της HRQoL, δίνοντας έμφαση είτε στη γενική κατάσταση υγείας του ατόμου (γενικά ερωτηματολόγια) είτε σε επιπτώσεις συγκεκριμένων ασθενειών στην QoL (ειδικά ερωτηματολόγια). Μερικά από τα κυριότερα ερωτηματολόγια μέτρησης της QoL είναι τα ακόλουθα: Δείκτης λειτουργικότητας Karnofski (Karnofski



Εικόνα 2. Εννοιολογικό πλαίσιο PROMIS.²⁶

Index), δείκτης λειτουργικότητας του ΠΟΥ (The WHO Performance Status), δείκτης Spitzer για την QoL (The Spitzer Quality of Life Index), δείκτης Katz των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (The Katz Index of Activities of Daily Living), ερωτηματολόγιο McGill για τον πόνο (The McGill Pain Questionnaire), Nottingham Health Profile (NHP), ερωτηματολόγιο γενικής υγείας (General Health Questionnaire, GHQ), επισκόπηση της επίδρασης της ασθένειας (Sickness Impact Profile, SIP), Medical Outcomes Study-Short Form 36 (SF-36), επισκόπηση υγείας EQ-5D (EuroQol) και επισκόπηση υγείας EQ-15D.^{22-24,27,28}

3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΧΝΟΤΕΡΑ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σε δείγμα 567 ενηλίκων ασθενών (το 83,4% αυτών ηλικίας ≥60 ετών) με αρτηριακή υπέρταση που επισκέπτονταν τοπικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (ΠΦΥ) στο Chongqing της Κίνας, χρησιμοποιώντας την επισκόπηση υγείας SF-36, βρέθηκε ότι η αυτοαντιληπτή σχετικά χαμηλή οικονομική επιβάρυνση που προκαλείται από την υπέρταση, η νεότερη ηλικία για τις γυναίκες, η διαμονή με >3 μέλη της οικογένειας, καθώς και η τακτική σωματική δραστηριότητα είχαν θετικό αντίκτυπο στην HRQoL και για τα δύο φύλα.²⁹

Η έρευνα σε 60 ασθενείς (το 77% αυτών ηλικίας >70 ετών) που νοσηλεύονταν σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας με καρδιακή ανεπάρκεια NYHA IV και με χρήση της

κλίμακας Minnesota Living with Heart Failure (MLHFQ) έδειξε ότι το 50% αυτών είχαν βαθμολογία >66 (διάμεσος) στη συνολική βαθμολογία της QoL και >30 και >13 στη σωματική και στην ψυχική κατάσταση, αντίστοιχα, προσδιορίζοντας τη μέτρια έως υψηλή επίδραση της καρδιακής ανεπάρκειας στην QoL των συγκεκριμένων ασθενών.³⁰

Με την εφαρμογή της επισκόπησης υγείας SF-12v2 σε 200 πάσχοντες με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), μέσης ηλικίας 64,9 ετών, που νοσηλεύονταν σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης και αποθεραπείας στην Τρίπολη, η προκύπτουσα μέση βαθμολογία ήταν <50, γεγονός που δείχνει ότι οι ασθενείς με ΑΕΕ είχαν χειρότερη QoL σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Επί πλέον, οι εξωτερικοί ασθενείς και εκείνοι με μερική έως πλήρη αυτοεξυπηρέτηση σημείωσαν καλύτερες τιμές QoL στις περισσότερες κλίμακες της SF-12v2, καθώς και στη Physical Component Summary (PCS).³¹

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης σε 340 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, μέσης ηλικίας 68,7±9,7 ετών, που προσέρχονταν σε δομές της ΠΦΥ (κέντρα υγείας και περιφερειακά ιατρεία) στον νομό Ιωαννίνων, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο SF-12 και το ερωτηματολόγιο Audit of Diabetes Dependent Quality of Life-19 (ADDQoL-19), ο σακχαρώδης διαβήτης είχε αρνητική επίπτωση στην QoL τους, με τη μεγαλύτερη αρνητική επίδραση να αφορά στην «απόλαυση των δραστηριοτήτων του ελεύθερου χρόνου» και στην «ελευθερία να τρως όπως επιθυμείς», ενώ αυτοί που λάμβαναν και ινσουλίνη θεωρούσαν ότι επιβαρυνόταν ακόμη περισσότερο η γενική κατάσταση της υγείας τους.³²

Σε ένα σύνολο 319 ηλικιωμένων ανδρών, η ομάδα Radical Prostatectomy (RP), που ήταν νεότερα άτομα και υποβλήθηκαν σε ριζική προστατεκτομή, είχε υψηλότερες βαθμολογίες για αρκετές υποκατηγορίες της επισκόπησης υγείας SF-36, συγκριτικά με την ομάδα External Beam Radiation Therapy (EBRT), στους οποίους εφαρμόζονταν εξωτερική ακτινοθεραπεία. Στην ομάδα EBRT δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στις γενικές βαθμολογίες HRQoL μεταξύ της αρχικής γραμμής και οποιασδήποτε από τις περιόδους παρατήρησης, ενώ η ομάδα RP είχε σημαντικά χειρότερη λειτουργία ούρων και ενοχλητικά μετεγχειρητικά αποτελέσματα συγκριτικά με την άλλη ομάδα.³³

Η ανασκόπηση για τη διερεύνηση της HRQoL γυναικών με καρκίνο του μαστού αναφέρει ότι οι συγκεκριμένες ασθενείς έχουν πτωχότερη κοινωνικοοικονομική, ψυχολογική και πνευματική ποιότητα ζωής, βιώνουν πόνο, σοβαρή δυσλειτουργία του βραχίονα και προβλήματα που αφορούν στις καθημερινές τους συνήθειες. Παράλληλα, η ποιότητα ζωής τους εξαρτάται από πολλούς παράγοντες, όπως η ηλικία, η εκπαίδευση, η κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση και το είδος της χειρουργικής επέμβασης, ενώ η κοινωνική υποστήριξη σε αυτές είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση της νόσου και τη διαχείριση των συναισθηματικών τους διαταραχών.³⁴

Από την έρευνα σε 150 ασθενείς με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια (ΧΑΠ) και μέση ηλικία τα 67,3 έτη, που νοσηλεύονταν στο Γενικό Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Σωτηρία», με την εφαρμογή του ερωτηματολογίου St George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) βρέθηκε ότι η χαμηλότερη τιμή επίδρασης της νόσου στην υγεία σημειώθηκε στην «κλίμακα των δραστηριοτήτων» και η βέλτιστη τιμή στην «κλίμακα των συμπτωμάτων» της νόσου. Τα συμπτώματα της ΧΑΠ οδήγησαν σε μειωμένη ικανότητα και επιθυμία για δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, ιδιαίτερα στους μεγαλύτερους ασθενείς, ενώ σχετικά με τις «επιπτώσεις» της νόσου, περίπου το 1/3 των ασθενών αναγκάστηκε να αλλάξει επάγγελμα εξ αιτίας της πάθησης.³⁵

Σε 135 ασθενείς, από τους οποίους οι 77 υποβάλλονταν σε χρόνια περιοδική αιμοκάθαρση (ΑΚ) στο νοσοκομείο και οι 58 σε συνεχή φορητή περιτοναϊκή κάθαρση (ΣΦΠΚ/ΠΚ), σε 3 γενικά νοσοκομεία της ευρύτερης περιοχής των Αθηνών, οι ασθενείς σε ΑΚ για >4 έτη παρουσίασαν συγκριτικά τις χαμηλότερες βαθμολογίες στις ενότητες του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF. Αναφορικά με τις πεποιθήσεις για την υγεία, οι ασθενείς που είχαν ενταχθεί πρόσφατα σε ΑΚ σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά στη διάσταση της «εσωτερικής εστίασης ελέγχου», ενώ εκείνοι που υποβάλλονταν σε πολύχρονη ΠΚ παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά στη «διάσταση της τύχης».³⁶

Σε μελέτη στην Ιταλία, σε 264 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) (105 μόνο με ΟΑ ισχίου, 108 μόνο με ΟΑ γόνατος και 51 με αμφότερες ΟΑ ισχίου και γόνατος) και 112 υγιείς μάρτυρες, βρέθηκε ότι η ΟΑ των κάτω άκρων –σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες– είχε δυσμενή επίδραση στη βαθμολογία και των οκτώ κλιμάκων της επισκόπησης υγείας SF-36, καθώς και στα σωματικά (PCS) και στα ψυχικά (MCS) συνοπτικά μέτρα. Παράλληλα, μεταξύ των τριών ομάδων ασθενών με ΟΑ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στις προκύπτουσες βαθμολογίες, ενώ στους ασθενείς με ΟΑ μόνο του γόνατος η βαθμολογία του πόνου συσχετίστηκε αντίστροφα με τα έτη επίσημης εκπαίδευσης.³⁷

Χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο Quality of Life-Alzheimer Disease (QoL-AD) σε 123 άτομα ηλικίας ≥65 ετών με ήπια έως μέτρια νόσο Alzheimer (AD), σε 7 νοσοκομεία στη Γαλλία και στην Ελβετία, προέκυψε ότι η κατάθλιψη συσχετίστηκε σημαντικά με χαμηλότερη HRQoL, ενώ η πολυφαρμακία και το άγχος των συγκεκριμένων ασθενών έτειναν επίσης να σχετίζονται με χαμηλότερες βαθμολογίες της ποιότητας ζωής.³⁸

Σε δείγμα 40 ασθενών μιας υπηρεσίας ψυχικής υγείας ηλικιωμένων στην Αυστραλία, για τη διερεύνηση της επίδρασης του άγχους στην ποιότητα ζωής τους με χρήση του ερωτηματολογίου WHOQoL-BREF, αναδείχθηκε σημαντική συσχέτιση του αυτοαναφερόμενου άγχους με μειωμένη συνολική QoL και, συγκεκριμένα, με τον ψυχολογικό, τον κοινωνικό και τον περιβαλλοντικό τομέα της κλίμακας, αλλά όχι με τον τομέα της σωματικής υγείας.³⁹

4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σε δείγμα ηλικιωμένων ενηλίκων ≥65 ετών, με τουλάχιστον δύο χρόνιες παθήσεις, μέσω τριών μελετών κοορτής στην Ισπανία (705, 443 και 4.995 άτομα ανά κοορτή, αντίστοιχα), χρησιμοποιώντας εργαλεία μέτρησης της QoL (EQ-5D3L, EQ-5D-5L, Personal Wellbeing Index [PWI]) και εργαλεία μέτρησης της αναπηρίας, διαπιστώθηκε ότι το ποσοστό των ατόμων με αναπηρία κυμαινόταν από 10–51,25% στις τρεις κοορτές, ενώ ο μέσος αριθμός προβλημάτων υγείας ανά άτομο ήταν 4,08–5,70. Η αναπηρία ήταν ο ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου χαμηλότερης QoL, με τις ΟΑ διαταραχές και την ψυχική νόσο να συνιστούν σημαντικούς, συνεπείς και ισχυρούς παράγοντες κινδύνου χαμηλότερης QoL στους ηλικιωμένους.⁴⁰

Από μελέτη 1.278 ηλικιωμένων σε τρεις κοινότητες, που επιλέχθηκαν σκόπιμα από τις περιοχές της βόρειας, της βορειοανατολικής και της κεντρικής Ταϊλάνδης, με χρήση του εργαλείου μέτρησης της ποιότητας ζωής των ηλικιω-

μένων WHOQoL-OLD δεν προέκυψε σχέση μεταξύ χρόνιων παθήσεων και QoL. Επί πλέον, οι ηλικιωμένοι που έκαναν χρήση οιοπνεύματος το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα είχαν μεγαλύτερες πιθανότητες να αποδεχθούν τη φυσική πορεία της γήρανσης και τον επακόλουθο θάνατο, γεγονός που βελτίωνε την ποιότητα ζωής τους.⁴¹

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας σε 73 ερωτηθέντες ηλικίας 60–80 ετών που διέμεναν σε αγροτικές περιοχές της νοτιοανατολικής Πολωνίας (περιφέρεια Podkarpackie), χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης WHOQoL-BREF, όλοι οι τομείς της ποιότητας ζωής που αξιολογήθηκαν βρέθηκαν πάνω από τις μέσες τιμές της κλίμακας. Οι υψηλότερες τιμές σημειώθηκαν στον κοινωνικό τομέα και οι χαμηλότερες στον σωματικό τομέα. Όλες οι τιμές QoL μειώνονταν με την αύξηση της ηλικίας και του αριθμού των χρόνιων ασθενειών των συμμετεχόντων, με υψηλότερη QoL να παρατηρείται σε άτομα που ήταν σωματικά και κοινωνικά δραστήρια.⁴²

Με τη χρήση του εργαλείου μέτρησης WHOQoL-OLD και του δείκτη ευπάθειας Tilburg Frailty Indicator (TFI) σε 241 ηλικιωμένους (≥70 ετών) που παρακολουθούνταν από έναν γενικό ιατρό στην Ολλανδία, διαπιστώθηκε ότι η αρθροπάθεια ήταν η πλέον κοινή χρόνια νόσος (39,8%), ο επιπολασμός της γηριατρικής ευπάθειας στο δείγμα ήταν 32,8% και συννοσηρότητα υπήρχε στο 30,3% των συμμετεχόντων. Τα ευπαθή άτομα σημείωσαν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλες τις μεταβλητές της ποιότητας ζωής, ενώ η συννοσηρότητα συσχετίστηκε σημαντικά με τις περισσότερες πτυχές της ποιότητας ζωής, εμφανίζοντας τον ισχυρότερο συσχετισμό με την κοινωνική συμμετοχή, ενώ δεν συσχετίστηκε μόνο με την πτυχή του θανάτου (death and dying) της QoL.¹⁴

Από μελέτη η οποία διεξήχθη σε 11.523 άτομα ηλικίας ≥50 ετών που συμμετείχαν στο κύμα 1 της αγγλικής διαχρονικής μελέτης της γήρανσης, όπου η γενική QoL αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης Control, Autonomy, Self-Realization and Pleasure (CASP-19), προέκυψε ότι οι μεγαλύτερες ηλικιακές ομάδες είχαν σημαντικά χαμηλότερες βαθμολογίες QoL συγκριτικά με τους νεότερους, οι γυναίκες είχαν ελαφρώς υψηλότερες βαθμολογίες από τους άνδρες, ενώ και αυτοί με καλύτερη οικονομική κατάσταση παρουσίασαν βελτιωμένη QoL. Συγχρόνως, όσοι είχαν υποστεί AEE εμφάνισαν την πτωχότερη QoL, ακολουθούμενοι από τους πάσχοντες από ΧΑΠ, ρευματοειδή αρθρίτιδα και στεφανιαία νόσο.⁴³

Αξιολογώντας την HRQoL με το ερωτηματολόγιο SF-36v2 σε 217 άτομα από την Ιαπωνία και 220 από τη Ρωσία, με ηλικιακό εύρος τα 65–95 έτη, με βάση τα «Σπίτια Επικοινωνίας για Ηλικιωμένους» στις περιοχές Bunkyo

και Toshima στο Τόκιο, καθώς και τρεις «Δομές Πρόληψης και Αποκατάστασης για Ηλικιωμένους» στην περιοχή Vladivostok στη Ρωσία, αναδείχθηκε ότι η μέση βαθμολογία σωματικής λειτουργίας των Ιαπώνων ήταν υψηλότερη από των συνομηλίκων τους Ρώσων, ενώ τόσο στην Ιαπωνία όσο και στη Ρωσία τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα εκτίμησαν σημαντικά χειρότερα το επίπεδο της ψυχικής τους υγείας.⁴⁴

Σύμφωνα με έρευνα σε 848 άτομα που προσέρχονταν σε 15 υπηρεσίες ΠΦΥ στην Αγγλία, μέσης ηλικίας 67 ετών, με χρήση της κλίμακας ποιότητας ζωής EQ-5D-5L και της οπτικής αναλογικής κλίμακας EQ5D-Visual Analog Scale (EQ-VAS) (συνιστά μέτρο της συνολικής υγείας), ο αριθμός των νοσημάτων κυμαινόταν από 2–25, με μέσο όρο 6,5 νοσηρές καταστάσεις ανά συμμετέχοντα. Οι τρεις πιο συχνές παθήσεις ήταν η υπέρταση, τα προβλήματα όρασης και η αύξηση του σωματικού βάρους, με τη βαθμολογία EQ-5D-5L να διαφέρει σημαντικά ανάλογα με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση και την απασχόληση, ενώ τα αποτελέσματα της EQ-VAS διέφεραν σημαντικά –επί πλέον των προηγούμενων μεταβλητών– και με την ηλικία των συμμετεχόντων.⁴⁵

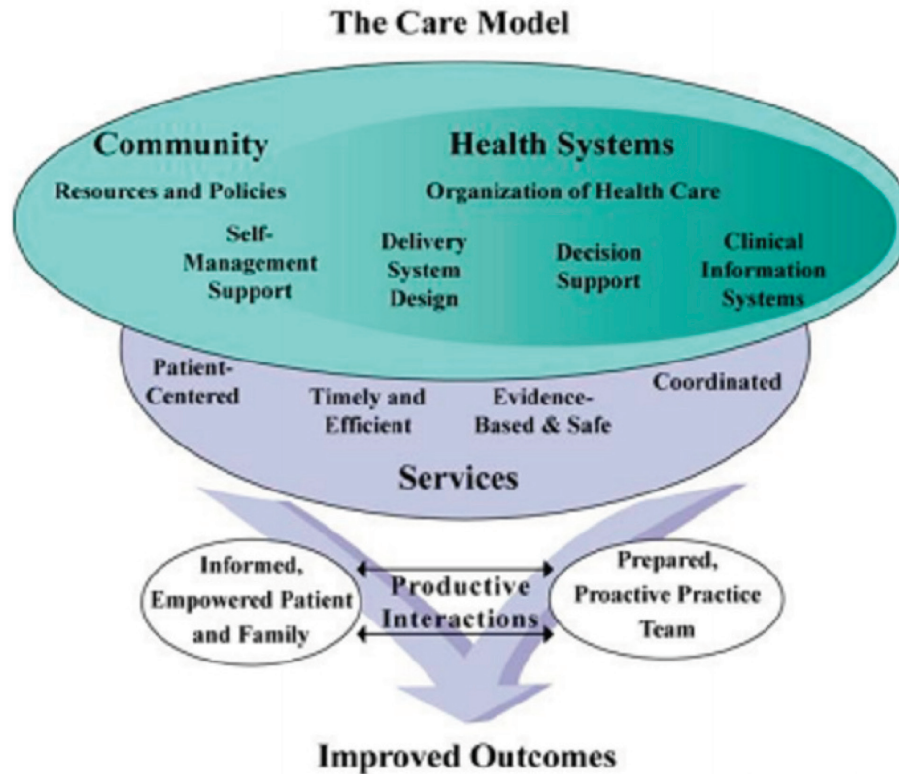
5. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

Η ανάπτυξη προγραμμάτων παρέμβασης που μπορούν να εκπαιδεύσουν και να βοηθήσουν τους ανθρώπους στην υιοθέτηση και στη διατήρηση μιας μακροπρόθεσμης αλλαγής συμπεριφοράς στην υγεία, στο πλαίσιο αποτροπής περαιτέρω επιδείνωσης της νόσου και βελτίωσης της QoL, είναι μια διαρκής και επιτακτική ανάγκη.⁴⁶

Οι προληπτικές παρεμβάσεις μπορεί να επηρεάσουν τη διαδικασία, την εξέλιξη ή τις επιπλοκές της χρόνιας νόσου. Πολλά είναι τα στοιχεία που καταδεικνύουν τη θετική επίδραση της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία των ηλικιωμένων ατόμων.⁴⁷ Η άσκηση, σε συνδυασμό με τη μεσογειακή διατροφή και τη φροντίδα της συναισθηματικής υγείας των ηλικιωμένων, βελτιώνει την κατάσταση της υγείας τους, ενώ οι δραστήριοι ηλικιωμένοι νιώθουν περισσότερο δυνατοί, υγιείς και ευτυχισμένοι.^{48–54}

Στο «Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας», η αποτελεσματική περίθαλψη χρόνιας ασθένειας χαρακτηρίζεται από τις παραγωγικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ενεργοποιημένων ασθενών, οικογένειας και φροντιστών, από τη μια, και μιας κατάλληλα προετοιμασμένης ομάδας επαγγελματιών, από την άλλη⁵⁵ (εικ. 3).

Με την πάροδο του χρόνου και τη συνεχώς βελτιούμενη τεχνολογία, το κόστος των εφαρμογών Τηλεϊατρικής μειώ-



Εικόνα 3. Το Διευρυμένο Μοντέλο Χρόνιας Φροντίδας.⁵⁵

νεται και το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την πρόοδο στις τηλεπικοινωνίες, συνιστά μια πρόκληση για τη μελλοντική επιτυχία των ιατρικών παρεμβάσεων από απόσταση στη βελτίωση της υγείας και της ευεξίας των ηλικιωμένων ασθενών με χρόνια προβλήματα υγείας.⁵⁶

Η συμμετοχή στο πρόγραμμα «εποχιακές τέχνες στο Samford για εσένα» συνέβαλε στη βελτίωση της ψυχολογικής ευημερίας και της HRQoL των ηλικιωμένων ατόμων. Κατά την τελευταία δεκαετία, η χρήση της υποκριτικής για την προαγωγή της υγείας και της ευεξίας μεταξύ των ηλικιωμένων έχει αυξηθεί σε σημαντικό βαθμό.⁵⁷

Οι ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως συμβουλευτική και υποστηρικτικές παρεμβάσεις που παρέχονται μεμονωμένα ή σε ομάδες, εκπαιδεύοντας στην απόκτηση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων που προκύπτουν από τη χρόνια νόσο, καθώς και τρόπων αναγνώρισης και διαχείρισης του άγχους των ηλικιωμένων ασθενών.⁵⁸

6. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρόνια ασθένεια διαταράσσει τη ζωή του ηλικιωμένου ατόμου και η διαταραχή αυτή μπορεί να ερμηνευτεί ως προς τον αντίκτυπό της στην ποιότητα ζωής του. Ση-

μαντικοί περιορισμοί, όπως η μείωση της συμμετοχής σε δραστηριότητες, η αλλαγή στον τρόπο ζωής που απαιτεί η συμμόρφωση σε μια θεραπευτική αγωγή, καθώς και η αναστολή βίωσης συναισθημάτων προσωπικού ελέγχου, διακυβεύουν τη σωματική και την ψυχοκοινωνική ευημερία του ηλικιωμένου. Σημαντικοί και ισχυροί παράγοντες κινδύνου χαμηλότερης HRQoL είναι το ΑΕΕ, η ΧΑΠ, οι ΟΑ και η στεφανιαία νόσος, αλλά και οι ψυχικές παθήσεις (κυρίως η κατάθλιψη και το άγχος).

Η QoL των ηλικιωμένων με χρόνια νοσήματα που διαβιούν στην κοινότητα μειώνεται σημαντικά με την αύξηση της ηλικίας σε όλες σχεδόν τις διαστάσεις της, καθώς τα προβλήματα υγείας γίνονται όλο και πιο σοβαρά με την πάροδο των ετών. Παράλληλα, στην πλειονότητα των ερευνών οι άνδρες σημειώνουν υψηλότερες βαθμολογίες σε όλες σχεδόν τις κλίμακες της HRQoL –συγκριτικά με τις ηλικιωμένες γυναίκες– γεγονός που μπορεί να οφείλεται στο ότι απολαμβάνουν καλύτερες παροχές και οφέλη της κοινωνίας σε σχέση με εκείνες.

Η συναισθηματική και η σωματική υποστήριξη από την οικογένεια και την κοινωνική δικτύωση των ηλικιωμένων βελτιώνουν την κατάσταση της υγείας τους και αυξάνουν την ικανοποίησή τους από τη ζωή, διασφαλίζοντας με τον τρόπο αυτόν την ποιότητα ζωής τους. Επί πλέον, η οικονομική

κατάσταση είναι ένας ουσιαστικός παράγοντας στις περισσότερες πτυχές της ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου με χρόνια νοσήματα, ικανός να επηρεάσει την ποιότητα ζωής του.

Η πρόσβαση στην εκπαίδευση έχει αναγνωριστεί από τον ΠΟΥ ως ένας από τους πρωταρχικούς κοινωνικούς καθοριστές. Μια βελτιωμένη εκπαίδευση αυξάνει την ευαισθητοποίηση των ατόμων, επιτρέποντας έτσι στους εκπαιδευμένους ηλικιωμένους να έχουν καλύτερο έλεγχο των παραγόντων που επηρεάζουν τη σωματική και την ψυχική τους υγεία, με αποτέλεσμα μια καλύτερη QoL.

Το κάπνισμα σε χρόνιους ασθενείς συνδέεται με χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλους σχεδόν τους τομείς της αυτοαντιλαμβανόμενης QoL, καθώς συνιστά σημαντικό παράγοντα κινδύνου αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας στους ηλικιωμένους. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλους ερευνητές, το κάπνισμα και η χρήση οινοπνεύματος μπορεί να έχουν και θετικές επιδράσεις στην HRQoL, οφειλόμενες στα μειωμένα επίπεδα άγχους ή στην αυξημένη εμπλοκή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες και διαθέσιμα κοινωνικά δίκτυα.

Οι ασθενείς με υψηλότερα επίπεδα αυτοφροντίδας και αυτοαποτελεσματικότητας μπορούν να κινητοποιήσουν συναισθηματικούς και ψυχολογικούς πόρους για την αντιμετώπιση των αγχωτικών στοιχείων της ζωής τους, ενώ, παράλληλα, οι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να ακολουθήσουν την κατάλληλη γι' αυτούς θεραπευτική αγωγή, αναλαμβάνοντας παράλληλα ενεργό ρόλο στη φροντίδα της υγείας τους.

Είναι γεγονός ότι χρειάζεται περισσότερη μελέτη για

την καλύτερη διερεύνηση επί πλέον πτυχών της HRQoL των ηλικιωμένων στην κοινότητα, καθώς κάθε ξεχωριστή ομάδα έχει ιδιαίτερα χαρακτηριστικά που μπορούν να συμβάλλουν στην προσέγγιση μιας περισσότερο ολοκληρωμένης εικόνας του πολυδιάστατου αυτού θέματος.

Σημαντικοί περιορισμοί της συνήθους ερευνητικής προσέγγισης είναι το συχνά μικρό μέγεθος των δειγμάτων, ο συνολικός υπολογισμός της διάρκειας των χρόνιων νόσων, η χρήση κυρίως ποσοτικής και συγχρονικής διερευνητικής προσέγγισης, καθώς και ο προσδιορισμός των χρόνιων καταστάσεων με βάση –στην πλειονότητα των περιπτώσεων– αποκλειστικά την αυτοαναφορά των ίδιων των ασθενών.

Το παραδοσιακό ιατρικό μοντέλο, το οποίο ιστορικά έχει επικεντρωθεί στη διαχείριση μιας συγκεκριμένης πάθησης, σε αντίθεση με τη διαχείριση του ασθενούς (“patient-centered medicine” και “case-management”) και την ενίσχυση της αυτοδιαχείρισης της νόσου (“self-management”) από τον ίδιο τον ασθενή, έχει αποδειχθεί τόσο ακριβό όσο και αναποτελεσματικό στη θεραπεία χρόνιων παθήσεων.

Η «υγιής γήρανση» είναι μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπίσει η Ευρώπη, καθώς ο πληθυσμός της συνεχώς γηράσκει, επηρεάζοντας την οικονομία, την υγειονομική φροντίδα και την κοινωνική πρόνοια, με βασικά ζητήματα υλοποίησης των αρχών της τη διά βίου μάθηση, την παραμονή στην εργασία για περισσότερο χρόνο και τη διατήρηση της δραστηριοποίησης των ηλικιωμένων μετά τη συνταξιοδότηση, με τρόπο που να αυξάνει τις δυνατότητες των ατόμων, συμβάλλοντας σημαντικά στην προάσπιση της υγείας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

ABSTRACT

Health related quality of life of elderly patients with chronic diseases living independently in the community

E. ARVANITAKI,^{1,2,3} M. SARRIS¹

¹Department of Business Administration, School of Management, Economics and Social Sciences, University of West Attica, Athens, ²Department of Public Health Policy, School of Public Health, University of West Attica, Athens, ³Department of Elderly's Protection, Open Elderly Care Centers of Municipality of Keratsini-Drapetsona, Keratsini, Greece

Archives of Hellenic Medicine 2022, 39(6):751–759

Health related quality of life (HRQoL) is a broad concept, referring to the parameters that constitute health, namely the physical, mental and social well-being of people, as differentiated by diseases, injuries and applied therapeutic interventions, estimated by self-evaluation. Chronic diseases are common in the elderly who live independently in the community, and may exert a significant effect on almost all aspects of their QoL. Comorbidity further aggravates the HRQoL profile, and other factors that usually modify the HRQoL status are age, gender, marital and financial status, place of residence, level of education, employment, lifestyle, self-care capacity and life satisfaction. Early iden-

tification of patients with chronic diseases who are at risk of lower QoL should be the basis of community care programs for the elderly who live independently in the community.

Key words: Aging, Chronic diseases, Community, Elderly, Health related quality of life, Quality of life

Βιβλιογραφία

1. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΔΟΥ Β, ΝΑΚΑ Ο, ΠΑΝΤΕΛΙΔΟΥ-ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Ο, ΣΑΚΕΛΛΑΡΗ Δ, ΤΟΠΙΤΣΟΓΛΟΥ Β, ΤΟΡΤΟΠΙΔΗΣ Δ. *Διαχείριση σύνθετων καταστάσεων στα πλαίσια της Γηριατρικής Οδοντιατρικής*. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις, Αθήνα, 2015:18–40
2. KOWAL P, DOWD JE. Definition of an older person. Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS project. WHO, Geneva, 2001. Available at: <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health and aging. WHO, Geneva, 2011. Available at: http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf
4. BUCKLEY BM. Healthy ageing: Ageing safely. *Eur Heart J* 2001, 3(Suppl N):N6–N10
5. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. About chronic diseases. Available at: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>
6. BERNELL S, HOWARD SW. Use your words carefully: What is a chronic disease? *Front Public Health* 2016, 4:159
7. ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΥ-ΚΟΥΡΕΑ Τ. *Δημόσια υγεία: Θεωρία-πράξη-πολιτικές*. Εκδόσεις Τεχνόγραμμα, Αθήνα, 2010:557–584
8. KASSA M, GRACE J. The global burden and perspectives on non-communicable diseases (NCDs) and the prevention, data availability and systems approach of NCDs in low-resource countries. In: Anugwom EE, Awofeso N (eds) *Public health in developing countries*. IntechOpen, 2020. Available at: <https://www.intechopen.com/online-first/the-global-burden-and-perspectives-on-non-communicable-diseases-ncds-and-the-prevention-data-available>
9. DAILYCARING. 10 common chronic diseases in seniors: How to prevent and manage. Available at: <https://dailycaring.com/prevent-and-manage-the-10-most-common-chronic-diseases-in-older-adults/>
10. EUROSTAT. Ageing Europe – looking at the lives of older people in the EU. Eurostat, 2020. Available at: https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Ageing_Europe_looking_at_the_lives_of_older_people_in_the_EU
11. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT. State of health in the EU: Ελλάδα – προφίλ υγείας 2017. OECD, Brussels, 2017. Available at: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_gr_greece.pdf
12. BRENNAN P, PEROLA M, VAN OMMEN GJ, RIBOLI E; EUROPEAN COHORT CONSORTIUM. Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts. *Eur J Epidemiol* 2017, 32:741–749
13. DE MELO LAD, BRAGA LDC, LEITE FPP, BITTAR BF, OSÉAS JMD, LIMA KCD. Factors associated with multimorbidity in the elderly: An integrative literature review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia (RBGG)* 2019, 22:e180154
14. RENNE I, GOBBENS RJ. Effects of frailty and chronic diseases on quality of life in Dutch community-dwelling older adults: A cross-sectional study. *Clin Interv Aging* 2018, 13:325–334
15. JINDAI K, NIELSON CM, VORDERSTRASSE BA, QUINONES AR. Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older, NHANES 2005–2012. *Prev Chronic Dis* 2016, 13:E151
16. GU J, CHAO J, CHEN W, XU H, ZHANG R, HE T ET AL. Multimorbidity and health-related quality of life among the community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Arch Gerontol Geriatr* 2018, 74:133–140
17. ΓΙΑΒΑΣΟΠΟΥΛΟΣ ΕΚ, ΓΟΥΡΝΗ ΠΓ. Ψυχολογικές αλληλεπιδράσεις στη χρόνια ασθένεια. Εκπαίδευση – νοσηλευτικές παρεμβάσεις στους χρονίως πάσχοντες ασθενείς. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2008, 7:12–39
18. ΚΑΡΑΔΗΜΑΣ Ε. Ψυχολογία της υγείας. Ενότητα 6: Χρόνια ασθένεια. Τμήμα Ψυχολογίας, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Πανεπιστήμιο Κρήτης. Διαθέσιμο στο: https://opencourses.uoc.gr/courses/pluginfile.php/14119/mod_resource/content/1/6%29%CE%A7%CF%81%CF%8C%CE%BD%CE%B9%CE%B1%20%CE%B1%CF%83%CE%B8%CE%AD%CE%BD%CE%B5%CE%B9%CE%B1.pdf
19. ASMUNDSON GJ, NORTON PJ, NORTON GR. Beyond pain: The role of fear and avoidance in chronicity. *Clin Psychol Rev* 1999, 19:97–119
20. ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Χ, ΝΤΑΓΑΝΟΥ Μ, ΑΛΕΞΙΑΣ Γ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Από τη θεωρία στην πράξη. *Info Respir Intern Med* 2008, 49:31–41
21. ΝΑΚΟΥ Σ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στο χώρο της υγείας. Εφαρμογές στην Παιδιατρική. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:254–266
22. ΣΑΡΡΗΣ Μ. *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2001:251–347
23. ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΓΝ. Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:230–238
24. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΑΡΡΗΣ Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μεθοδολογία μέτρησης. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2001, 18:218–229
25. MEGARI K. Quality of life in chronic disease patients. *Health Psychol Res* 2013, 1:e27
26. POST MWM. Definitions of quality of life: What has happened and how to move on. *Top Spinal Cord Inj Rehabil* 2014, 20:167–180
27. LIN XJ, LIN IM, FAN SY. Methodological issues in measuring health-related quality of life. *Tzu Chi Med J* 2013, 25:8–12
28. ΟΥΖΟΥΝΗ Χ, ΝΑΚΑΚΗΣ Κ. Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική* 2011, 50:231–239
29. XIAO M, ZHANG F, XIAO N, BU X, TANG X, LONG Q. Health-related quality of life of hypertension patients: A population-based cross-sectional study in Chongqing, China. *Int J Environ Res*

- Public Health* 2019, 16:2348
30. KIKIRA A, KOUTELEKOS I, PARISSOPOULOS S, TSAMI A, FOUKA G, POLIKANDRIOTI M. Quality of life of hospitalized patients with heart failure, ΝΥΗΑ ΙV. *Arch Hellen Med* 2018, 35:490–496
 31. ΓΑΛΑΝΗΣ Π, ΠΟΛΙΤΗ Β, ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ο, ΜΠΙΛΑΛΗ Α, ΒΡΑΚΑ Ε, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Γ. Ποιότητα ζωής ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 2018, 17:128–141
 32. ΣΙΟΝΤΗ Β, ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ Γ, ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Γ, ΠΕΣΧΟΣ Δ, ΓΑΛΑΝΗΣ Π, ΓΟΥΡΝΗ Μ. Ποιότητα ζωής ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 2019, 36:800–809
 33. NAMIKI S, ISHIDOYA S, KAWAMURA S, TOCHIGI T, ARAI Y. Quality of life among elderly men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy. *J Cancer Res Clin Oncol* 2010, 136:379–386
 34. ΥΦΑΝΤΗΣ Α, ΙΝΤΑΣ Γ, ΚΟΝΤΟΣ Μ. Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής και κοινωνική υποστήριξη γυναικών με καρκίνο του μαστού: Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2017, 10:7–14
 35. ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ, ΜΗΤΣΙΟΥ Π, ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ, ΤΣΙΑΚΟΥ Ο, ΣΑΜΠΑΝΗ ΧΑ, ΠΑΥΛΑΤΟΥ Ν. Ποιότητα ζωής ασθενών με χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης* 2017, 11:51–62
 36. ΘΕΟΦΙΛΟΥ Π, ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΗ Ε. Παράγοντες επίδρασης στην ποιότητα ζωής ατόμων με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου. *Νοσηλευτική* 2010, 49:174–181
 37. SALAFFI F, CAROTTI M, STANCATI A, GRASSI W. Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: A comparison with matched healthy controls. *Aging Clin Exp Res* 2005, 17:255–263
 38. BARBE C, JOLLY D, MORRONE I, WOLAK-THIERRY A, DRAMÉ M, NOVELLA JL ET AL. Factors associated with quality of life in patients with Alzheimer's disease. *BMC Geriatr* 2018, 18:159
 39. SARMA SI, BYRNE GJ. Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients. *Australas J Ageing* 2014, 33:201–204
 40. FORJAZ MJ, RODRIGUEZ-BLAZQUEZ C, AYALA A, RODRIGUEZ-RODRIGUEZ V, DE PEDRO-CUESTA J, GARCIA-GUTIERREZ S ET AL. Chronic conditions, disability, and quality of life in older adults with multimorbidity in Spain. *Eur J Intern Med* 2015, 26:176–181
 41. SOMRONGTHONG R, HONGTHONG D, WONGCHALEE S, WONGTONGKAM N. The influence of chronic illness and lifestyle behaviors on quality of life among older Thais. *Biomed Res Int* 2016, 2016:2525941
 42. ĆWIRLEJ-SOZAŃSKA A, SOZAŃSKI B, WIŚNIEWSKA-SZURLEJ A, WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA A. Quality of life and related factors among older people living in rural areas in south-eastern Poland. *Ann Agric Environ Med* 2018, 25:539–545
 43. WIKMAN A, WARDLE J, STEPTOE A. Quality of life and affective well-being in middle-aged and older people with chronic medical illnesses: A cross-sectional population based study. *PLoS One* 2011, 6:e18952
 44. KOSILOV K, AMEDZAWA H, KUZINA I, KUZNETSOV V, KOSILOVA L. The impact of variable factors on the health-related quality of life in the elderly in Japan and Russia. *Curr Aging Sci* 2020, 13:119–128
 45. PETERS M, KELLY L, POTTER CM, JENKINSON C, GIBBONS E, FORDER J ET AL. Quality of life and burden of morbidity in primary care users with multimorbidity. *Patient Relat Outcome Meas* 2018, 9:103–113
 46. ALLEGRANTE JP, WELLS MT, PETERSON JC. Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annu Rev Public Health* 2019, 40:127–146
 47. BLAIR SN, KOHL HW 3rd, BARLOW CE, PAFFENBARGER RS Jr, GIBBONS LW, MACERA CA. Changes in physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy and unhealthy men. *JAMA* 1995, 273:1093–1098
 48. BELZA B, WALWICK J, SHUI-THORNTON S, SCHWARTZ S, TAYLOR M, LÖGERFO J. Older adult perspectives on physical activity and exercise: Voices from multiple cultures. *Prev Chronic Dis* 2004, 1:A09
 49. VERBERNE L, BACH-FAIG A, BUCKLAND G, SERRA-MAJEM L. Association between the Mediterranean diet and cancer risk: A review of observational studies. *Nutr Cancer* 2010, 62:860–870
 50. TYROVOLAS S, BOUNTZIOUKA V, PAPAIRAKLEOUS N, ZEIMBEKIS A, ANASTASSIOU F, GOTSIS E ET AL. Adherence to the Mediterranean diet is associated with lower prevalence of obesity among elderly people living in Mediterranean islands: the MEDIS study. *Int J Food Sci Nutr* 2009, 60(Suppl 6):137–150
 51. SHAH RV, MURTHY VL, ALLISON MA, DING J, BUDOFF M, FRAZIERWOOD AC ET AL. Diet and adipose tissue distributions: The Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. *Nutr Metab Cardiovasc Dis* 2016, 26:185–193
 52. SCARMEAS N, STERN Y, TANG MX, MAYEUX R, LUCHSINGER JA. Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 2006, 59:912–921
 53. SOFI F, ABBATE R, GENSINI GF, CASINI A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: An updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010, 92:1189–1196
 54. TRICHOPOULOU A, ORFANOS P, NORAT T, BUENO-DE-MESQUITA B, OCKÉ MC, PEETERS PHM ET AL. Modified Mediterranean diet and survival: EPIC-elderly prospective cohort study. *Br Med J* 2005, 330:991
 55. VICTORIA STATE GOVERNMENT – DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. The Expanded Chronic Care Model. Expanded CCM, Melbourne, Victoria, 2014. Available at: <https://www.gvpcp.org.au/wp-content/uploads/2016/11/2014-Hume-Expanded-Chronic-Care-Model.pdf>
 56. MUDIYANSELAGE SB, STEVENS J, WATTS JJ, TOSCANO J, KOTOWICZ MA, STEINFORT CL ET AL. Personalised telehealth intervention for chronic disease management: A pilot randomised controlled trial. *J Telemed Telecare* 2019, 25:343–352
 57. YUEN HK, MUELLER K, MAYOR E, AZUERO A. Impact of participation in a theatre programme on quality of life among older adults with chronic conditions: A pilot study. *Occup Ther Int* 2011, 18:201–208
 58. ΖΑΡΤΑΛΟΥΔΗ Α, ΚΟΥΤΕΛΕΚΟΣ Ι. Άγχος και ποιότητα ζωής σε ασθενείς με ρευματικά νοσήματα. *Νοσηλευτική* 2017, 56:305–314
- Corresponding author:*
- E. Arvanitaki, 51 Evinou street, 188 63 Perama, Attica, Greece
e-mail: arvanitaki.eirini20@gmail.com