

STUDI E RICERCHE

La qualità di vita raccontata dagli anziani. Risultati di una ricerca fenomenologica

The quality of life as perceived by older people. Results of a phenomenological study

Silvia Grosso¹

Elisa Ambrosi²

Carla Benagli³

Luigina Mortari⁴

Federica Canzan⁵

RIASSUNTO

1 LM, Docente e tutor didattico CdL Infermieristica Università degli Studi di Padova - sede di Feltre, Ulss 1 Dolomitica Università degli Studi di Padova
Corrispondenza: silviagrosso.sg@gmail.com

2 PHD, docente CdL Infermieristica Università degli Studi di Verona

3 Docente e Direttrice del Diplomado en Educaci3n, Facultad de Medicina Clinica Alemana, Santiago, Chile

4 Presidente del Dipartimento di Filosofia, Pedagogia e Psicologia Università degli Studi di Verona

5 PHD, docente CdL Infermieristica Università degli Studi di Verona

INTRODUZIONE. La qualità di vita (QoL) degli anziani è vulnerabile a causa del declino delle capacità fisiche e mentali, dell'uscita dal lavoro, della frantumazione della famiglia e dell'isolamento. Molti strumenti che la rilevano sono costruiti per adulti: poche ricerche indagano come le persone anziane intendono la propria QOL.

SCOPO. Questo studio ha l'obiettivo di esplorare e comprendere le percezioni delle persone anziane riguardo la QOL.

Metodo e strumenti. È stata condotta una ricerca qualitativa, fenomenologico-ermeneutica. Le narrazioni sono state analizzate attraverso il metodo fenomenologico-grounded (Mortari, 2007).

RISULTATI. Sono stati intervistati 16 anziani (età compresa tra 80 e 93 anni), residenti a domicilio.

L'analisi conferma che la QOL è un concetto multifattoriale e multidimensionale, che racchiude in sé diverse componenti della vita. Dalle interviste, sono emersi 7 temi condivisi e ricorrenti, che riflettono l'esperienza di benessere nelle persone anziane che vivono a domicilio. Le dimensioni emerse sono: vivere relazioni che allontanino la solitudine, occupare il tempo con attività che assecondano i propri interessi, accettarsi come persona anziana, poter scegliere come e dove vivere, riflettere sulla propria morte.

CONCLUSIONI. I risultati dello studio mostrano che gli anziani percepiscono la QOL formata da più componenti e variabili. Gli anziani si focalizzano sulle capacità residue, sull'accettazione degli aspetti positivi della propria vita piuttosto che su quello che non riescono più a fare o che manca.

Questo studio può aiutare ad individuare alcune strategie sociali e sanitarie da applicare per garantire agli anziani il modo migliore di vivere l'ultima parte della vita.

PAROLE CHIAVE: anziani, qualità di vita, ricerca qualitativa, narrazioni

ABSTRACT

INTRODUCTION. Elderly Quality of life (QoL) is vulnerable because of the decline in physical and mental capacity, discharge from work, rupture of the family and isolation. Many QoL Scales are made for adults: there is little research investigating how older people perceive QOL.

AIM. This study aims to explore and understand the perceptions that older people have about their QOL.

METHOD. A qualitative research hermeneutics-phenomenological was done. Narratives were analyzed by mixed method phenomenological-grounded (Mortari, 2007).

RESULTS. 16 elderly were interviewed (aged between 80 and 93 years), residents in their home. The analysis of the interviews confirm that QoL is a multidimensional concept that encompasses several components of life. There were 7 shared themes, reflecting the experience of well-being in older people living at home. The dimensions are: living relationships that drive away loneliness, fill the time with activities that follow their own interests, accept themselves as elderly person, choose how and where to live, think about death.

CONCLUSIONS. The results of the study show that older people perceive QOL as made of multiple components and variables. Elderly are focused on the remaining capacities, on the acceptance of the positive aspects of their lives rather than on what they can no longer do. This study help to identify some social and health strategies to guarantee the best way to live the last part of life.

KEY WORDS: quality of life, elderly, qualitative research, personal narratives

INTRODUZIONE

Il World Health Organisation Quality Of Life Group nel 1993 ha definito la Qualità di Vita (QOL) come la percezione individuale della propria posizione esistenziale, messa in relazione al contesto culturale, al sistema di valori in cui si vive, ai propri obiettivi, aspettative, standard di vita e interessi personali. La QOL dovrebbe essere lo scopo principale degli individui e della società, tanto che alcuni la usano come variabile proxy per definire la salute, la funzionalità fisica e il benessere psicologico.

Molti studi hanno cercato di comprendere cosa s'intende per QOL, ma manca ancora una definizione unanime che ne consenta una misurazione e valutazione accurata. L'indagine sulla QOL può essere affrontata sia con studi quantitativi, che ne danno una misurazione, che con studi qualitativi che tentano di definirne il significato; in letteratura, si trovano soprattutto studi quantitativi e per lo più provenienti da paesi anglosassoni. Gli indicatori usati per studiare e rilevare la QOL negli studi quantitativi sono molti, non sempre simili e sono associati in modo vario. Le dimensioni più indagate sono la salute fisica e mentale, la partecipazione sociale e lo stato economico (scala CASP-Control Autonomy Self-realization Pleasure-19, in Layte, Sexton & Savva, 2013 e Bowling & Stenner, 2011); scala QLI-Quality of Life Index, in Levasseur, Desrosiers & St-Cry Tribble, 2008). Gran parte dei questionari per l'assessment della QOL sono stati elaborati per giovani e adulti e quindi potrebbero non cogliere alcune delle dimensioni specifiche dell'anziano (Bowling & Stenner, 2011). Un questionario elaborato nello specifico per cogliere la QOL nelle persone anziane è il OPQOL (Older People Quality Of Life, in Bilotta et Al, 2012, Bowling & Stenner, 2011): in questo strumento le variabili considerate sono la salute, le relazioni sociali, il grado di indipendenza e di libertà, il benessere psicologico, lo stato economico e la religione. Non è specificato tuttavia quanto ed in che modo queste singole dimensioni impattino sulla percezione della qualità di vita.

L'utilizzo di tali strumenti è dibattuto in letteratura ed alcuni ricercatori criticano l'uso di strumenti per valutare e rilevare la QOL (Hendry & McVittie, 2004), poiché enfatizzano gli aspetti oggettivi lasciando poco spazio all'esperienza soggettiva della persona, dato che essi sono generalmente basati su set standard di circostanze di vita. Questi strumenti, infatti, possono non essere efficaci per rilevare la QOL effettivamente percepita dai soggetti intervistati, data la sua importante componente soggettiva (Bowling, Hankins, Windle, Bilotta, Grant, 2013).

La QOL degli anziani è particolarmente vulnerabile a causa del declino delle capacità fisiche e mentali, dell'uscita dal lavoro (con conseguente maggior dipen-

denza economica), della progressiva frantumazione della famiglia e dell'isolamento dovuto alla morte del partner o coetanei (Fernandez-Mayoralas et al, 2011, Golden et al, 2009, Borg et al, 2008, Netuveli & Blane, 2008, Berg et al, 2006). Anche Nygren et al (2007) affermano che un aspetto dell'essere anziani è il fare esperienza del declino generale e di differenti tipi di perdita: partner, amici, abilità, salute.

I ricercatori che studiano la QOL consigliano per un approccio multidimensionale che valuti le diverse esperienze come parte integrante del processo di invecchiamento (Prieto-Flores et al, 2010).

In Italia, complice l'aumento dell'aspettativa di vita, il numero di anziani sta aumentando sia in termini assoluti che relativi; la percentuale della popolazione oltre i 65 anni è passata dal 18,7% del 2001 al 21,2% del 2012 (dati ISTAT 2013). Promuovere una sempre maggiore qualità di vita degli anziani richiede importanti iniziative politiche, sociali e sanitarie. Tuttavia pochi studi hanno analizzato cosa rappresenta per gli anziani vivere una vita di qualità.

Questo studio si propone di esplorare e comprendere le percezioni che le persone anziane hanno rispetto la propria qualità di vita. Si è dunque scelto un approccio qualitativo fenomenologico, in accordo con gli obiettivi dello studio, per indagare le percezioni su alcuni aspetti relativi alla definizione della QOL; questo metodo infatti è il più appropriato per analizzare le qualità dell'esperienza umana (Wimpenny & Gass, 2000; Balls, 2009). Giorgi (2006) ritiene, infatti, che il ricercatore può conoscere le teorie e la letteratura ma non conosce le dimensioni rilevanti dell'esperienza concreta così com'è riportata da chi la esperisce, e che dunque il soggetto della ricerca sia l'esperto rispetto al fenomeno indagato.

METODO

È stata condotta una ricerca qualitativa, fenomenologica, per entrare nel mondo dei partecipanti e raggiungere una comprensione più profonda dell'esperienza in sé (Mortari, 2007).

Nel periodo compreso tra gennaio e luglio 2014 è stato selezionato un campione propositivo di 16 anziani residenti a domicilio in una provincia del Nord Italia. I pazienti sono stati inclusi nello studio su base volontaria e dovevano avere le seguenti caratteristiche: età >80 anni, non avere difficoltà nella comunicazione e nella comprensione verbale. Gli anziani sono stati contattati chiedendo ai medici di medicina generale di identificare persone anziane che provenissero da diversi contesti sociali, economici, di salute, per massimizzare la variabilità e arricchire i dati.

Per raccogliere i dati sono state condotte delle inter-

viste semi-strutturate per favorire, attraverso la narrazione, l'accesso all'esperienza così come viene agita e vissuta; sentirsi ascoltati inoltre induce un atteggiamento di valorizzazione del proprio pensare e della propria esperienza. Le domande sono state scelte in maniera da poter essere facilmente comprensibili: si è scelto di non utilizzare termini tecnici e scientifici, ma parole e frasi di uso comune anche per le persone anziane cui le domande erano rivolte.

Per esplorare la percezione dei partecipanti del significato della QOL e incoraggiarli a condividere le loro esperienze sono state utilizzate le seguenti domande: che cosa la fa stare bene? Quali sono le cose importanti per lei nella vita? Per lei e alla sua attuale età, cosa è una buona QOL? Cosa considera "vivere bene"? Cosa rende una giornata bella e degna di essere vissuta? Cosa significa invecchiare per lei?

Per analizzare le narrazioni è stato utilizzato il metodo fenomenologico-grounded proposto da Mortari (2007) attraverso alcuni passaggi: le interviste sono state lette ripetutamente per pervenire ad una visione d'insieme del materiale; sono state individuate le unità di testo significative (parole o frasi); è stata attribuita un'etichetta descrittiva ad ogni unità di testo; le etichette analoghe sono state poi raggruppate in categorie di significato per identificare una descrizione fenomenologica della qualità di vita dal punto di vista dei partecipanti.

Il rigore metodologico e il principio di fedeltà ai dati sono stati perseguiti con diverse strategie. L'audio-registrazione delle interviste e la trascrizione parola per parola ha assicurato l'accuratezza dei dati e aumentato la credibilità del materiale di ricerca.

Tutto il processo di codifica è stato condotto in maniera indipendente da due ricercatori (SG, FC) e i risultati sono stati poi comparati e discussi nel gruppo di ricerca fino a raggiungere il consenso. La scrittura da parte dei ricercatori di un diario della ricerca ha permesso una continua auto riflessione critica, di giungere alla consapevolezza delle proprie pre-comprensioni, dei propri assunti teoretici e ideologici ed ha favorito un accostarsi ai dati evitando prospettive precostituite. Nel diario della ricerca sono state raccolte sia note riflessive personali che metodologiche, che hanno documentato tutti i passaggi e gli snodi critici del lavoro (Mortari, 2007).

Al termine di tutti i livelli di analisi si è tornati nuovamente ai dati, si sono messi a confronto i prodotti dell'analisi con le rispettive unità di testo significative per pervenire ad una concettualizzazione che fosse il più fedele possibile al materiale testuale, e al senso delle parole dei pazienti intervistati. Questo costante confronto con i dati ha permesso di verificare etichette non adeguate e sovrapposizioni (Canzan et al., 2013).

Per ciascuna etichetta descrittiva è stato riportato almeno un excerpt tratto dalle interviste.

CONSIDERAZIONI ETICHE

Ad ogni partecipante è stata assicurata l'opportuna informazione riguardo gli obiettivi dello studio e la libera adesione; sono stati informati sul fatto che avrebbero potuto ritirarsi liberamente dallo studio in qualsiasi momento. È stato chiesto il consenso alla partecipazione allo studio e all'audio-registrazione delle interviste, che sono state rese anonime prima della fase di analisi. Per esprimere la propria partecipazione gli intervistati sono stati invitati a formalizzare la loro adesione durante la prima fase dell'intervista audio-registrata.

RISULTATI

Sono stati intervistati 8 donne e 8 uomini, con un'età fra gli 80 e i 93 anni (età media complessiva 86.1 anni). Il 75 % degli anziani soffriva di qualche patologia (artrite reumatoide, difficoltà a deambulare, cardiopatia, ipertensione arteriosa, ...) in proporzione uguale tra maschi e femmine. Almeno una parziale autonomia nelle attività di vita quotidiana era conservata in tutte le persone coinvolte nello studio. Le donne anziane erano più frequentemente vedove (n=5) rispetto agli uomini (n=3) e vivono da sole nel 50% dei casi, a differenza degli uomini che vivono da soli solo in due casi; delle persone intervistate solo 2 vivevano con la badante e solo una donna viveva nella stessa casa dei figli. I figli abitano vicino (a meno di 30 km) nel 68,75% dei casi.

L'analisi delle interviste ha confermato che la QOL è una condizione multifattoriale e multidimensionale che racchiude in sé diverse componenti della vita: i partecipanti hanno espresso una percezione di benessere non attraverso una dimensione specifica, ma considerando determinanti tutte le dimensioni coinvolte. Dalle interviste, sono emersi 7 temi condivisi e ricorrenti, che riflettono l'esperienza di benessere nelle persone anziane che vivono a domicilio; di seguito sono presentate le categorie in ordine decrescente di ricorrenza, accompagnate dalle parole utilizzate dai partecipanti.

Vivere relazioni che allontanano la solitudine

Alcuni anziani ritengono che l'aspetto più critico della vecchiaia sia la solitudine che si prova quando vengono a mancare relazioni di vicinanza emotiva con altre persone.

"Certo che non avere più compagnia, sentirsi soli... dicono che la vecchiaia è brutta e invece finché si ha compagnia non è brutta... si fa una parola, si sta in compagnia, ci si aiuta l'uno con l'altro..." Uomo, 83 anni

Le relazioni allontanano la solitudine quando sono di comunicazione, comunione e scambio; il più delle volte riguardano persone della propria cerchia familiare. Questo tipo di relazioni garantisce un sostegno emotivo prima ancora che materiale o economico; per gli anziani intervistati il sapere di poter contare su qualcuno costituisce uno degli aspetti fondamentali della propria QoL.

Per essere significative le relazioni non necessitano di una presenza fisica continua e costante, molte volte basta il pensiero rivolto ai propri cari, il sapere che stanno bene e, per quello che si può, il riuscire ad aiutarli ancora. Una signora esprime così questi sentimenti:

“Cosa importante per me sarebbe quella di vivere tranquilla, che tutto andasse bene e di non aver paura che stiano male i miei [familiari], vedere che tutti stanno bene, contenti e felici... gli altri più di me, i miei cari prima di tutto... sapere che i miei figli stanno bene che sono arrivati dove volevano, averli portati al di sopra della mia posizione. Ecco, questo mi rende felice, mi basta pensare che stanno bene...” Donna, 90 anni

Il benessere sembra quindi basarsi innanzitutto su relazioni affettive private, sulle relazioni con la propria famiglia e meno sui rapporti sociali; nelle interviste è comparsa molte volte una estraneità verso la società odierna e la sensazione di non appartenere a questo tempo, come dice questa signora:

“Mi sento un marziano per certe cose, per esempio i gusti dei giovani, le loro abitudini... non intervengo, a giudicare perché capisco che c'è un fossato tra me e loro; cioè tanti cambiamenti nella vita dei giovanissimi, nei costumi e nei gusti... Mi sento un marziano: so che non sono di questo tempo, ma cerco di capire... io sono nel '900, non sono nel 2000...il mio secolo è il '900 si proprio.” Donna, 93 anni

Occupare il tempo con attività che assecondano i propri interessi

Gli anziani intervistati hanno descritto gli interessi e le attività che danno loro soddisfazione e che li fanno stare bene. Sono emersi interessi molto diversi, talvolta sono interessi giovanili adattati alle attuali capacità, altre volte sono nuovi. Hanno raccontato di passare il tempo leggendo, guardando la televisione, interessandosi di politica (una maniera di rimanere in contatto con la realtà) e svolgendo attività domestiche. Ritengono fondamentale per vivere bene la vecchiaia il tenersi occupati durante le giornate, come questo signore:

“Si deve pensare sempre a cosa fare, dopo che si faccia o no è un'altra cosa... ma la giornata deve trascorrere sempre facendo qualcosa, guai perdersi di coraggio, di dire non faccio più niente, no no bisogna...o camminare o fare un po' di ginnastica in qualche modo, quello che si può... o se no fare qualche lavoretto, io magari saldo, faccio la saldatura, magari qualcosa col trapano...”

in modo da essere sempre occupato, guai perdersi di testa e non essere occupati.” Uomo, 85 anni

Un tema ricorrente nelle interviste è stata la soddisfazione che i soggetti provano svolgendo attività all'aria aperta e il loro rapporto con la natura, come coltivare l'orto o prendersi cura delle piante.

Accettarsi come persona anziana

Accettare la propria condizione e i cambiamenti relativi all'età compare spesso nelle interviste con una connotazione positiva, non come rassegnazione; gli anziani valorizzano quello che rimane anziché focalizzarsi su quanto perduto.

“È importante intanto poter ancora ragionare, con scarsa memoria, però insomma, leggo e capisco ancora le cose! Ho meno capacità di concentrazione e faccio più fatica... Bisogna accontentarsi! Io mi accontento insomma, perché d'accordo che potrei essere meglio però potrei essere anche molto peggio! Io penso sempre al mezzo bicchiere pieno, solo che il mio pieno si accorcia, però continuo a guardare quello che c'è.” Donna, 93 anni

Il benessere è quindi un fenomeno relativo, messo in relazione all'età, alle capacità residue e allo stato di salute; la vecchiaia e le perdite che ne derivano sono considerate un fatto naturale.

Gli anziani percepiscono come aspetti negativi della vecchiaia i problemi di salute, le ridotte possibilità di movimento e il senso di stanchezza generale, che impediscono di realizzare quanto desidererebbero fare.

La vecchiaia talvolta è anche sentita in modo positivo perché può essere un periodo della vita nel quale si fa un bilancio della propria esistenza, si riflette e si pensa a quello che è stato, a quello che si è vissuto, accettando ciò che si è perso e valorizzando quello che rimane.

“Invecchiare vuol dire avere coscienza che la salute, lo spirito, che tutto il mondo cambia e che vai perdendo molti interessi, molte attività che avevi. Quello è invecchiare! Io sono soddisfatto di quello che ho fatto, l'ho fatto quasi tutto da solo, mi sono arrangiato perché ne ho avuto la necessità e ora ne sono soddisfatto!” Uomo, 90 anni

Desiderare e ricercare ciò che da benessere

La percezione di QoL è delineata da tante sfaccettature; anche se ne manca una gli anziani continuano a percepire una buona situazione.

L'aspetto economico, ad esempio, è uno dei tanti fattori sentito come un modo per vivere in tranquillità, ma non fondamentale per definire una buona QoL.

Il desiderio e la ricerca di benessere influenza la QoL: gli anziani desiderano, ad esempio, avere più salute e quindi se ne prendono cura attivamente. Descrivendo la salute fisica, gli anziani intervistati hanno raccontato come la capacità di muoversi favorisca la loro

autonomia e rappresenti un aspetto rilevante per migliorare la QoL.

Talvolta però la salute fisica sembra passare in secondo piano rispetto all'importanza data alla ricerca del benessere interiore, che procura pace e tranquillità. Un altro aspetto che è emerso è l'importanza di godere e apprezzare ancora la vita.

“Stare in pace, essere in pace dentro, con sé stessi... sentirsi a proprio agio, non vuol dire necessariamente stare bene fisicamente, anche perché io ho perennemente un sottofondo di dolori. Diciamo che mi sono abituata a questo, quindi considero di stare bene anche se ho molti dolori se mi sento tranquilla, in pace con il resto.” Donna, 93 anni

Poter scegliere come e dove vivere

Un aspetto importante del benessere, riportato frequentemente nelle interviste, è la possibilità di rimanere nella propria casa. Questo consente di esercitare la propria autodeterminazione e di restare in un posto che piace, che ci si è costruiti da soli o dove si ha passato tutta una vita.

“Qui sono nel mio [nella mia proprietà], faccio quello che voglio, mi alzo quando voglio... qui a casa mia faccio quello che voglio: io sto bene qui! Se fossi ricoverato dovrei sempre dire signora e invece così dico anche di no! Potrei anche andare in paese e prendermi un appartamento, ma non voglio! Qui è mio! Qui sono nato, mi sono comperato il terreno e mi sono fatto la casa e da qui non mi staccano! Ho la fortuna di avere questa casetta con davanti uno spazio, una scarpata che guarda verso il torrente, la città di fronte lontana, i fiori, gli alberi...” Uomo, 85 anni

Le case di riposo sono considerate un posto per persone con elevati bisogni di assistenza, anche perché la maggior parte degli intervistati considera come fatto negativo il dover restare sempre e solo tra anziani. Apprezzano invece i modelli innovativi di servizi, quelli che mostrano un'attenzione alle capacità residue, mantenendo le attività e stimolando gli interessi.

“Non vedo perché gli anziani debbano stare con gli anziani, se hanno bisogno di assistenza materiale questo è un altro discorso. Ho visto a Bologna per esempio un bellissimo istituto; intanto là c'era una grande libertà, le donne se avevano voglia andavano in cucina, tagliavano le carote... Gli uomini andavano a strappare le erbacce, poi andavano scolaresche a trovarli e a cantare assieme, piccole compagnie teatrali, leggevano giornali... un anziano ha bisogno anche di sentirsi vivo, cioè di essere stimolato. Si trovano con altri vecchi però in un ambiente vivo, dove erano anche ancora utili.” Donna, 93 anni

Riflettere sulla propria morte

Gli anziani parlano della morte e accettano il fatto che presto non saranno più vivi; questo pensiero però

non condiziona il benessere e generalmente non spaventa. La morte è quasi sempre vista come una fase inevitabile e naturale.

“Io non ho grandi desideri ormai... vorrei andarmene presto, sono anche stufo! Mi piacerebbe morire di un malanno breve, ma vicino ai miei cari. Non mi fa neanche paura non sapere cosa ci sarà dopo. Devi accettare la paura della morte, pur sapendo che c'è, pur pensandoci...io lo so che tra sei mesi, un anno, due al massimo non ci sarò più e allora pazienza, ho già vissuto abbastanza ed è inutile voler stare qui!” Uomo, 90 anni

DISCUSSIONE

Gli anziani nei racconti raccolti in questa ricerca evidenziano elementi relativi allo sviluppo di capacità residue, di accettazione degli aspetti positivi della propria vita piuttosto che su quello che non riescono più a fare o che manca.

La salute ad esempio non è considerata come parametro unico per definire la QoL, ma è valutata sempre in relazione all'età, al grado di funzionalità e alle capacità residue. Nella visione complessiva dell'esperienza, ogni aspetto della vita ha un impatto sugli altri e riflette una visione più ampia della QoL di quella che può essere studiata attraverso l'utilizzo di scale e strumenti (Hendry & McVittie, 2004). La salute è quindi un fenomeno relativo, che condiziona la QoL in relazione alla rappresentazione che ognuno ha della vecchiaia. Le scale usate per rilevare la QoL molte volte fanno riferimento alla Health Quality of Life (Bowling et al., 2013, Bowling e Stenner, 2011, Kotska & Jachimowicz, 2010, Paskulin et al., 2009, Borglin et al., 2005, Hickey et al, 2005), che pone molta enfasi sulla percezione della salute fisica, ma in realtà nessun anziano intervistato parla della salute fisica come condizione che prioritariamente definisce il benessere. Bergland e Narum (2007) definiscono questo tipo di considerazioni “approccio pragmatico” alla salute per cui la QoL è determinata dalla percezione della totalità delle circostanze e non di un singolo aspetto. Gli anziani riescono ad ottimizzare la propria QoL creando una sorta di “lista di priorità” e cercando un equilibrio tra risorse perse e quelle rimaste. Le difficoltà sono viste in maniera relativa rispetto la loro vita in generale; essi cercano di valutare in maniera positiva le circostanze attuali, anche quelle che altri potrebbero considerare come decisamente negative (Hendry & McVittie, 2004). Accettare le cose senza lottare contro “l'inevitabile” crea i presupposti per apprendere e adattarsi (Nygren et al, 2007).

Gli anziani non ritengono lo stato economico fondamentale per definire il benessere, anche se la possibilità di essere indipendenti e autosufficienti garantisce anche di poter rimanere nella propria casa, aspetto fonamen-

tale per la loro idea di benessere. Tutti gli anziani intervistati vorrebbero vivere il più a lungo possibile nella propria casa: non è considerata solo come spazio fisico, ma un modo per mantenere l'autodeterminazione, la privacy e una connessione significativa con il passato (Lowe & McBride-Henry (2012). A differenza di altri studi (Hendry & McVittie, 2004) dalle interviste non emergono aspetti negativi del vivere da soli a casa propria, ad esempio la solitudine.

Altro aspetto fondamentale per la definizione della QoL sono le relazioni sociali; avere profonde relazioni di vicinanza è un bisogno primario dell'uomo e l'età sembra non diminuire questa esigenza. Quasi tutti gli anziani considerano importanti le relazioni con membri della famiglia, ed anche solo una persona di riferimento modifica in maniera sostanziale la percezione della QoL (Lowe & McBride-Henry, 2012).

Dall'analisi delle interviste emerge un aspetto non evidenziato in studi precedenti: non sempre gli anziani ritengono necessario la presenza fisica, alle volte basta il pensiero rivolto ai propri cari; sapere che essi stanno bene ed essere sicuri di poter avere supporto e aiuto in caso di bisogno aumenta il loro benessere

L'assenza di legami e relazioni significative riduce invece in modo costante e sensibile la loro percezione di QoL; soffrire di solitudine può essere per un anziano devastante (Nygren et al, 2007).

A differenza dei risultati riportati da Katz et al (2013), gli anziani intervistati non considerano fondamentale il sentirsi utili per la società: ciò può essere un valore aggiunto alla percezione di benessere, ma non è il loro scopo. Come rilevato da Jolanki (2009) la società non è considerata come un punto di riferimento, anzi gli anziani si sentono spesso estranei rispetto ai tempi attuali. Ciò nonostante quasi tutti gli intervistati cercano di mantenersi informati e aggiornati su quello che succede nel mondo, sentendosi particolarmente coinvolti dalla politica.

Il lavoro è stato importante nel passato e svolgere diverse attività è importante nel presente; a differenza di altri studi (Bergland & Narum, 2007, Heo et al, 2013, Jolanki, 2009), abbiamo rilevato come lo svolgere varie attività sia espressione di una scelta dettata da un interesse genuino e profondo. Come nello studio di Nygren et al (2007), gli anziani cercano un equilibrio tra attività e riposo, sottolineando quanto sia importante lavorare ma anche sentirsi calmi e non essere pressati. Quasi sempre essi hanno dovuto adattare le attività di interesse ai cambiamenti fisici, spesso hanno dovuto abbandonare le passioni giovanili per cercare nuovi interessi più congrui, in generale però tutti hanno mantenuto una varietà di stimoli e di interessi quotidiani.

Mentre in altri studi le persone esprimono una profonda malinconia per quello che non possono più fare (Prieto-Flores et al, 2010) gli anziani intervistati

non percepiscono i propri limiti come coercizione e li accettano senza amarezza o rassegnazione.

Il tema dell'accettazione della vecchiaia e del decadimento che ad essa si accompagna è una dimensione importante emersa dalla ricerca e poco valutata in letteratura. L'accettazione non è definita con un'accezione negativa, quasi fosse "rassegnazione" ma più come accoglimento dei cambiamenti che la vecchiaia porta con sé. A differenza di altri studi (Katz et al, 2013, Jolanki, 2009) fra gli intervistati non risalta la paura di invecchiare o morire, ma c'è generalmente una profonda accettazione di quello che offre ancora la vita. Gli anziani cercano di assaporare ogni momento e si adattano ai cambiamenti facendo ricorso alle proprie risorse interne (Bergland & Narum, 2007, Lowe & McBride-Henry, 2012).

La vecchiaia è il momento in cui si fa un bilancio della propria esistenza e per il benessere diventa fondamentale la serenità e la capacità di sentirsi in pace con il mondo e con sé stessi. Il benessere è percepito come lo spazio dove soggettività e oggettività convergono; sentirsi in connessione con l'universo può riempire il loro spirito di pace (Healey-Ogden & Austin, 2011).

Questo è un aspetto particolare che risulta essere poco considerato in letteratura, ma che dall'analisi delle nostre interviste è emerso con forza e che potrebbe essere interessante indagare con ulteriori studi.

Si può notare come le dimensioni considerate dagli strumenti più comunemente utilizzati in letteratura (Bowling et al., 2013, Layte et al., 2013, Bilotta, 2012, Lavasseur, 2008) siano presenti nella descrizione degli anziani, ma che impattino sulla definizione di QOL in maniera differente: la salute fisica non ne è il principale determinante, né lo è lo stato economico. Gli anziani ritengono che le cose più importanti che possono migliorare la propria QOL siano le relazioni coi propri cari e la capacità di accettare questa fase della vita.

LIMITI

Anche se dalle interviste è emersa una evidente ricorrenza dei temi, lo studio non ha raggiunto la saturazione dei dati. Questo studio ha indagato la percezione della QOL in anziani residenti a domicilio in una Provincia del Veneto; sarebbero necessari ulteriori studi, in ulteriori contesti, per giungere ad una più profonda comprensione di come gli anziani percepiscono il proprio benessere.

CONCLUSIONI

La QOL è una variabile che coinvolge tutti gli aspetti e i momenti della vita. Per la sua definizione sono

importanti le esperienze passate, i valori e le convinzioni personali. Per quanto riguarda le persone anziane, esse invecchiano attraverso un lungo cammino che le fa evolvere e cambiare in maniera profonda. Accettare la vecchiaia, con i cambiamenti funzionali e relazionali che essa comporta, è fondamentale per darle significato e per creare una migliore QOL. La vecchiaia dovrebbe essere quindi vista non come una malattia o una disabilità, ma come parte dell'esperienza esistenziale umana, come processo naturale e inevitabile che consente di portare avanti una vita ancora soddisfacente e piena; è il tempo della vita in cui ci si ferma sia per guardare indietro, cercando e creando il significato della vita trascorsa, ma anche per guardare avanti accogliendo le sfide che porta con sé. Se la vecchiaia e il processo d'invecchiamento sono visti esclusivamente come un problema di salute, la possibile conseguenza è che si neghi agli anziani la possibilità di essere considerati come persone attive, con propri interessi e aspirazioni, capaci di prendere delle decisioni in altri ambiti che non siano solo riguardanti il coping personale e la gestione della salute fisica (Jolanki, 2009).

Questo studio vuole ricordare ai professionisti della salute che gli interventi sociali e sanitari non dovrebbero basarsi su stereotipi o idee preconcepite, ma su quello che gli anziani effettivamente identificano come importante per la loro QOL e considerare quali sono i fattori che più influenzano il loro benessere.

Altro punto focale su cui porre l'attenzione è sugli strumenti che rilevano la QOL; il tentativo di ottenere dati dettagliati, chiedendo informazioni su punti già decisi a priori, porta ad una frammentazione dell'esperienza.

Per migliorare la QOL è fondamentale che gli anziani siano messi al centro dell'attenzione; in questo senso i familiari, gli amici e anche gli infermieri hanno un ruolo cruciale nel garantire che il benessere si accompagni al buon invecchiamento. In particolare gli infermieri, dedicando un po' di tempo all'ascolto degli anziani, possono creare un clima di empatia con netto miglioramento della QOL.

L'approccio qualitativo è utile per catturare la complessità del concetto di QOL, la sua connessione con quello di benessere, la multidimensionalità della salute e dell'invecchiamento.

I risultati della ricerca possono contribuire anche alla pratica e alla politica sociale perché fanno emergere il ruolo fondamentale della famiglia e delle relazioni nella percezione della salute e della QOL.

Inoltre questo studio potrebbe aiutare ad individuare, sulla base dei punti che gli anziani intervistati hanno ritenuto importanti per la definizione della loro QOL, quali sarebbero le migliori strategie sociali e sanitarie da applicare per garantire loro il modo migliore di vivere l'ultima parte della vita.

Sarebbe auspicabile che la vecchiaia fosse vissuta come una fase significativa della vita e non solo come una somma di "tanti anni in più".

BIBLIOGRAFIA

- Balls P. (2009) Phenomenology in nursing research: methodology, interviewing and transcribing. *Nursing Times*, 105, 30-33.
- Berg, A.I., Hassing, L., McLearn, G.E., Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging & Mental Health*, 10(3), 257-264. DOI: 10.1080/13607860500409435
- Bergland, A., Narum, I. (2007). Quality of life demands comprehension and further exploration. *Journal of Aging Health*, 19(1), 39-61. DOI: 10.1177/0898264306296766
- Bilotta, C., Bowling, A., Nicolini, P. & Vergani, C. (2012). Quality of life in older outpatients living alone in the community in Italy. *Health and Social Care in the Community*, 20(1), 32-41. DOI: 10.1111/j.1365-2524-2011.01011.x
- Borg, C., Fagerström, C., Balducci, C., Burholt, V., Ferring, D., Weber, G., Wenger, C., ... & Hallberg, I.R. (2008). Life satisfaction in 6 European countries: the relationship to health, self-esteem, and social and financial resources among people (aged 65-89) with reduced functional capacity. *Geriatric Nursing*, 29(1), 48-57. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2007.05.002
- Borglin, G., Jakobsson, U., Edberg, A.K., Hallberg, I.R. (2005) Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. *International Journal of Nursing Studies*, 42: 147-158. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.003
- Bowling, A., Hankins, M., Windle, G., Bilotta, C., Grant, R. (2013) A short measure of quality of life in older age: The performance of the brief Older People's Quality of Life questionnaire (OPQOL-brief). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 56: 181-187. DOI: 10.1016/j.archger.2012.08.012
- Bowling, A., Stenner, P. (2011). Which measure of quality of life perform best in older age? A comparison of the OPQOL, CASP-19 and WHOQOL-OLD. *Journal Epidemiol Community Health*, 65, 273-280. DOI: 10.1136/jech.2009.087668
- Canzan, F., Saiani, L., Mortari, L., Ambrosi, A. (2013). Quando i pazienti parlano di cura: uno studio qualitativo fenomenologico. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 32: 205-212
- Fernandez-Mayoralas, G., Giraldez-Garcia, C., Forjaz, M.J., Rojo-Perez, F., Martinez-Martin, P. & Prieto-Flores, M.E. (2011). Design, measures and sample characteristics of the CadeViMa-Spain survey on quality of life in community-dwelling older adults. *International Psychogeriatrics*, 24(3), 425-438. DOI: 10.1017/S1041610211002018
- Giorgi A. (2006) Concerning variations in the application of

- the phenomenological method. *The Humanistic Psychologist*, 34, 305–319.
- Golden, J., Conroy, R.M., Bruce, I., Denihan, A., Greene, E., Kirby, M., Lawlor, B.A. (2009). Loneliness, social support networks, mood and wellbeing in community-dwelling elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 694-700. DOI:10.1002/gps.2181
- Healey-Ogden, M.J., Austin, W.J. (2011). Uncovering the lived experience of well-being. *Qualitative Health Research*, 21(1), 85-96. DOI: 10.1177/1049732310379113
- Hendry, F., McVittie, C. (2004). Is Quality of Life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative Health Research*, 14(7), 961-975. DOI: 10.1177/1049732304266738
- Heo, J., Culp, B., Yamada, N., Won, Y. (2013) Promoting successful aging through competitive sports participation: insights from older adults. *Qualitative Health Research*, 23(1), 105-113 originally published online 27 August 2012. DOI: 10.1177/1049732312457247
- Hickey, A., Barkes, M., McGee, H., O'Boyle, C. (2005) Measuring health-related quality of life in older patient population. A review of current approaches. *Pharmacoeconomics*, 23(10): 971-993. DOI: 1170-7690/05/0010-0971/534.95/0
- ISTAT Italia. Popolazione residente 2011. Retrieved from: http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PO PSTRES1&Lang=#
- Jolanki, O.H. (2009). Agency in talk about age and health. *Journal of Aging Studies*, 23, 215-226. DOI: 10.1016/j.jaging.2007.12.020
- Katz, J., Holland, C., Peace, S. (2013). Hearing the voices of people with high support needs. *Journal of Aging Studies*, 27, 52-60. DOI: 10.1016./j.jagin.2012.11.003
- Kostka, T. & Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Qualitative Health Research*, 19, 351-361. Doi: 10.1007/s11136-010-9601-0
- Layte, R., Sexton, E., Savva, G. (2013) Quality of Life in Older Age: Evidence from an Irish Cohort Study. *Journal of American Geriatric Society*, 61(2): 299-305
- Levasseur, M., Desrosiers, J., St-Cry Tribble, D. (2008) Subjective Quality of Life Predictors for Older Adults with Physical Disabilities. *American Journal Physical Medicine & Rehabilitation*, 87(10): 830-841. DOI: 10.1097/PHM.0b013e318186b5bd
- Lowe, P., McBride-Henry, K. (2012). What factors impact upon the quality of life of elderly women with chronic illnesses: Three women's perspectives. *Contemporary Nurse*, 41(1), 18-27
- Mortari, L. (2007). *Cultura della ricerca e pedagogia*. Roma: Carocci
- Netuveli, G., Blane, D. (2008). Quality of life in older ages. *British Medical Bulletin*, 85, 113-126. DOI: 10.1093/bmb/ldn003
- Nygren, B., Norberg, A., Lundman, B. (2007). Inner strength as disclosed in narratives of the oldest old. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-1073
- Paskulin, L., Vianna, L., Molahn, A.E. (2009). Factors associated with quality of life of Brazilian older adults. *International Nursing Review*, 56, 109-115
- Prieto-Flores, M.E., Fernandez-Mayoralas, G., Rosenberg, M.W., Rojo-Perez, F. (2010). Identifying connections between the subjective experience of health and quality of life in old age. *Qualitative Health Research*, 20, 1491-1499. DOI: 10.1177/1049732310374062
- Wimpenny P, Gass J. (2000) Interviewing in phenomenology and grounded theory: is there a difference? *Journal of Advanced Nursing*, 31(6), 1485-1492.
- World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). *Introducing the WHOQOL instrument*. Retrieved from: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf

