

ΤΕΙ ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

## **ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

***«ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ  
ΣΕ ΜΙΑ ΟΡΕΙΝΗ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ»***



ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΚΑΤΣΑΠΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΟΜΑΔΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ: ΒΟΡΡΕ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΚΑΚΟΥΡΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ  
ΜΠΑΛΑ ΕΙΡΗΝΗ  
ΣΠΥΡΙΑΔΟΥ ΚΥΡΙΑΚΗ

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 3/11/2014

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την υπεύθυνη καθηγήτρια μας κ. Κατσάπη Χρυσούλα για την αμέριστη συμβολή και συμπαράστασή της καθόλη την διάρκεια προετοιμασίας, έρευνας και συγγραφής της παρούσας πτυχιακής εργασίας. Θεωρούμε σημαντικό να γίνει αναφορά στην κ. Κούτρα Κλειώ, επόπτρια – καθηγήτρια του Κέντρου Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Ανάπτυξης Τυλίσου, ως έναν ακόμη σύμμαχο σε αυτήν μας την προσπάθεια.

Στην συνέχεια θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε μια ομάδα συμφοιτητών μας για την συμβολή τους στην διεκπεραίωση της πτυχιακής μας. Αναφερόμαστε στους: Αγγελική Βαγενά, Νατάσσα Γεωργολοπούλου, Θεώνη Χρυσανθοπούλου, Σταυρούλα Παπανικολάου, Βάσω Κοθώνα, Γιάννης Γιαννούτσος, Σταματέλα Μέριανου, Φανή Μαρταβάντζη, Δημήτρης Αυγέρης και Γεωργία Μοραΐτη. Επιπλέον θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την ομάδα στόχο η οποία συνέβαλε στην πραγματοποίηση της έρευνας. Ακόμη θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ξεχωριστά τον κ. Μανόλη, κάτοικο της κοινότητας, ο οποίος συνέβαλε ουσιαστικά κατά την διαδικασία της χαρτογράφησης. Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε τους φορείς της κοινότητας που ασχολούνται με την τρίτη ηλικία (ΚΑΠΗ, ΠΒΣ), οι οποίοι προσέφεραν την πολύτιμη βοήθεια τους όταν τους ζητήθηκε.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερα τις οικογένειες μας για την υποστήριξη, την εμπύχωση και την δική τους συμβολή καθόλη την διάρκεια των σπουδών μας.

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	<b>Σελίδα</b>
Ευρετήριο πινάκων.....	7
Εισαγωγή.....	9

## **ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ – ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

1.1. Η έννοια της τρίτης ηλικίας.....	12
1.1.1. Τα είδη του γήρατος.....	13
1.1.2. Χαρακτηριστικά του γήρατος.....	14
1.2. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης σε Ευρώπη και Ελλάδα.....	16
1.2.1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ευρώπη.....	17
1.2.2. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα.....	18
1.3. Αλλαγές στην ζωή των ηλικιωμένων.....	22
1.4. Υγιή γηρατειά.....	26
1.4.1. Η έννοια της υγιούς γήρανσης.....	26
1.4.2. Ανάγκες των ηλικιωμένων.....	27
1.4.3. Προβλήματα των ηλικιωμένων.....	28
1.4.4. Ανάγκες και προβλήματα των ηλικιωμένων, που σχετίζονται με την λειτουργικότητά τους.....	30
1.5. Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.....	31
1.5.1. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τον Ευρωπαϊκό Χάρτη.....	31
1.5.2. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση των Διεθνή Ομοσπονδία της Γήρανσης – Διακήρυξη για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων ..	34
1.5.3. Υποχρεώσεις ηλικιωμένων.....	34
1.6. Ο ηλικιωμένος στον αγροτικό χώρο.....	35
1.6.1. Ρόλοι των ηλικιωμένων.....	35
1.6.2. Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο.....	37
1.6.3. Ρόλοι ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο.....	38
1.7. Η ενεργός γήρανση και οι θεωρίες της.....	39

1.7.1. Ενεργός γήρανση.....	39
1.7.2. Θεωρίες της γήρανσης.....	42

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΥΓΕΙΑ – ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ – ΠΡΟΛΗΨΗ**

2.1. Υγεία – Ολιστικό Μοντέλο Υγείας .....	45
2.1.1. Ορισμοί για την υγεία.....	45
2.1.2. Ολιστικό Μοντέλο Υγείας.....	47
2.2. Ποιότητα ζωής και οι κοινωνικοί προσδιοριστές.....	49
2.2.1. Ποιότητα ζωής.....	49
2.2.2. Ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία.....	51
2.2.3. Λειτουργικότητα ηλικιωμένων ατόμων.....	55
2.2.4. Κλίμακες – Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής.....	57
2.3. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	60

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΑΓΧΩΔΕΙΣ – ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

3.1. Αγχώδεις διαταραχές.....	66
3.1.1. Θεραπεία Αγχωδών διαταραχών.....	69
3.2. Το άγχος στην τρίτη ηλικία.....	70
3.3. Καταθλιπτικές διαταραχές.....	72
3.3.1. Θεραπεία Καταθλιπτικών διαταραχών.....	73
3.4. Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία.....	75
3.4.1. Αντιμετώπιση της Κατάθλιψης.....	78

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>: Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΗΜΕΡΑ**

4.1. Μοντέλα οργάνωσης υπηρεσιών υγείας για τον ηλικιωμένο στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στα πλαίσια του Οργανισμού Τοπικής Αυτοδιοίκησης (ΟΤΑ).....	79
4.1.1. Παραδείγματα Δήμων με διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης.....	81
4.1.2. Σύγκριση μοντέλων.....	83
4.2. Πλαίσια φροντίδας ηλικιωμένων σήμερα.....	84
4.3. Άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας ηλικιωμένων και σύνδεση με τον αγροτικό χώρο.....	85
4.3.1. Άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας.....	86
4.3.2. Σύνδεση των άτυπων δικτύων με τον αγροτικό χώρο.....	88
4.4. Φιλικές κοινότητες προς τους ηλικιωμένους.....	89

4.4.1. Ορισμός.....	89
4.4.2. Χαρακτηριστικά φιλικών κοινοτήτων.....	90
4.5. Η διεπιστημονική ομάδα στα πλαίσια φροντίδας ηλικιωμένων.....	93
4.5.1 Συνεργασία και κοινός στόχος της διεπιστημονικής ομάδας.....	95

## **ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ – ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

1.1. Σκοπός της έρευνας.....	97
1.2. Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις έρευνας.....	98
1.3. Μεθοδολογία έρευνας.....	99
1.4. Πεδίο μελέτης – Επιλογή δείγματος.....	99
1.5. Τεχνικές συλλογής στοιχείων – ερευνητικά εργαλεία.....	99
1.6. Πιλοτική έρευνα.....	101
1.7. Δυσκολίες στο πεδίο – Άρση δυσκολιών.....	101
1.8. Μεθοδολογία ανάλυσης στοιχείων.....	102

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ .....103**

2.1. Αποτελέσματα έρευνας.....	104
2.1.1. Δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά.....	104
2.1.2. Κλίμακα Αυτονομίας σε καθημερινές δραστηριότητες του KATZ (ADL).....	106
2.1.3. Κλίμακα εκτίμησης Σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (IADL).....	106
2.1.4. Γενικό ερωτηματολόγιο ( GHO 12).....	107
2.2. Ερευνητικά ζητούμενα.....	107
2.2.1. Σχέση λειτουργικότητας σε απλές καθημερινές δραστηριότητες και βαθμού εμφάνισης αγχωδών – καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....	107
2.2.2. Σχέση βαθμού αυτοεξυπηρέτησης και βαθμού εμφάνισης αγχωδών – καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....	108
2.2.3. Σχέση φύλου και βαθμού εμφάνισης αγχωδών – καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....	108

2.2.4. Σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και βαθμού εμφάνισης αγχωδών – καταθλιπτικών συμπτωμάτων.....	108
2.2.5. Σχέση βαθμού εμφάνισης αγχωδών – καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του γεγονότος αν το άτομο συμβιώνει με άλλα άτομα.....	108
2.2.6. Σχέση φύλου και ανταπόκρισης σε καθημερινές και σύνθετες δραστηριότητες.....	109
2.2.7. Σχέση οικογενειακής κατάστασης και ανταπόκρισης σε καθημερινές και σύνθετες δραστηριότητες.....	109
2.2.8. Σχέση ηλικίας και ανταπόκρισης σε απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες .....	109

## **ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ**

Συζήτηση.....	111
Συμπεράσματα .....	117
Προτάσεις.....	119
Βιβλιογραφία.....	122
<b>Παράρτημα</b>	
1. Διαγνωστικά εργαλεία.....	134
2. Ερωτηματολόγιο.....	139
3. Πίνακες αποτελεσμάτων έρευνας.....	156
4. 1.5.1. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τον Ευρωπαϊκό Χάρτη...179	
5. 1.5.2. Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τη Διεθνή Ομοσπονδία της Γήρανσης-Διακήρυξη για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων .....	188

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

### ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σελίδα

Πίνακας 1: Φύλο .....	156
Πίνακας 2: Ηλικία.....	157
Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση.....	158
Πίνακας 4: Μορφωτικό επίπεδο.....	158
Πίνακας 5: Ασφαλιστικό ταμείο.....	159
Πίνακας 6: Ασφαλιστικό ταμείο.....	160
Πίνακας 7: Οικονομική κατάσταση.....	161
Πίνακας 8: Κατοικία.....	161
Πίνακας 9: Συμβιώνεται με κάποιον στο σπίτι;.....	162
Πίνακας 10: Σύζυγο/σύντροφο.....	162
Πίνακας 11: Παιδιά/νύφη/γαμπρός.....	162
Πίνακας 12: Αδέρφια/πεθερά/πεθερός.....	162
Πίνακας 13: Άλλος συγγενής.....	163
Πίνακας 14: Άλλο πρόσωπο.....	163
Πίνακας 15: Με κανέναν.....	163
Πίνακας 16: Μπάνιο.....	163
Πίνακας 17: Ντύσιμο.....	164
Πίνακας 18: Τουαλέτα.....	164
Πίνακας 19: Μετακίνηση.....	164
Πίνακας 20: Ακράτεια.....	165
Πίνακας 21: Τροφή.....	165
Πίνακας 22: ADL.....	165
Πίνακας 23: Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου.....	166
Πίνακας 24: Ικανότητα για ψώνια.....	166
Πίνακας 25: Προετοιμασία γευμάτων.....	167
Πίνακας 26: Νοικοκυριό.....	167
Πίνακας 27: Πλύσιμο.....	168
Πίνακας 28: Τρόποι μεταφοράς.....	168
Πίνακας 29: Υπευθυνότητα για τα φάρμακα.....	169
Πίνακας 30: Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα.....	169
Πίνακας 31: IADL.....	169
Πίνακας 32: Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή είστε ανήσυχος;.....	170
Πίνακας 33: Έχετε αισθανθεί ότι βρίσκεστε συνεχώς σε υπερένταση;.....	170
Πίνακας 34: Καταφέρνεται να συγκεντρωθείτε σε ότι κάνετε;.....	171
Πίνακας 35: Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε ένα χρήσιμο ρόλο;.....	171
Πίνακας 36: Καταφέρνεται να δείτε και να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;.....	171
Πίνακας 37: Αισθάνεστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;.....	172
Πίνακας 38: Αισθάνεστε ότι δεν μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;.....	172
Πίνακας 39: Παρά τις δυσκολίες αισθάνεστε ευτυχισμένος;.....	172
Πίνακας 40: Μπορείτε να χαρείτε τις καθημερινές δραστηριότητες;.....	173

Πίνακας 41: Αισθάνεστε δυστυχισμένος και μελαγχολικός;.....	173
Πίνακας 42: Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;.....	173
Πίνακας 43: Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;.....	174
Πίνακας 44: GHO 12.....	174
Πίνακας 45: One – sample kolmogorov – smirnov test.....	175
Πίνακας 46: Correlations.....	175
Πίνακας 47: Correlations.....	175
Πίνακας 48: Test statistics <sup>a</sup> .....	176
Πίνακας 49: Report.....	176
Πίνακας 50: Test statistics <sup>a,b</sup> .....	176
Πίνακας 51: Test statistics <sup>a</sup> .....	176
Πίνακας 52: Test statistics <sup>a</sup> .....	177
Πίνακας 53: Test statistics <sup>a</sup> .....	177
Πίνακας 54: Test statistics <sup>a, b</sup> .....	177
Πίνακας 55: Test statistics <sup>a, b</sup> .....	177
Πίνακας 56: Test statistics <sup>a,b</sup> .....	178
Πίνακας 57: Test statistics <sup>a,b</sup> .....	178
Πίνακας 58: Report.....	178



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το έτος 2012 είχε οριστεί ως Ευρωπαϊκό έτος Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ των γενεών, στόχοι του οποίου αποτελούν: την μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση, την διάδοση ορθών πρακτικών, την ενθάρρυνση των φορέων χάραξης πολιτικής και των ενδιαφερόμενων μερών σε όλα τα επίπεδα ώστε να διευκολύνουν την ενεργό γήρανση. <http://europa.eu/ey2012>

Η ενεργός γήρανση, έννοια στενά συνδεδεμένη με την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, αποτέλεσαν ορισμούς με τους οποίους δεν ήμασταν ιδιαίτερα εξοικειωμένοι. Τα παραπάνω αποτέλεσαν τα κίνητρα για την έναρξη μιας εις βάθους έρευνας γύρω από αυτό το θέμα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), **ενεργός γήρανση** είναι η διαδικασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για την υγεία, τη συμμετοχή και την ασφάλεια, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία. [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html)

Η **λειτουργική ικανότητα** ορίζεται ως η δυνατότητα ενός ατόμου να εκτελεί εκείνες τις καθημερινές δραστηριότητες-δεξιότητες που κρίνονται απαραίτητες, ώστε να διαβιώνει επαρκώς και ανεξάρτητα στη σύγχρονη κοινωνία (Κανε, R.L., & Κανε, R.A., 2000, στους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου, 2007) [http://www.hape.gr/emag/vol5\\_2/hape160.pdf](http://www.hape.gr/emag/vol5_2/hape160.pdf)

Η παρούσα πτυχιακή αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος – θεωρητικό περιλαμβάνει τέσσερα κεφάλαια στα οποία παρουσιάζονται τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από την βιβλιογραφική έρευνα. Πιο συγκεκριμένα: το πρώτο κεφάλαιο περιλαμβάνει έννοιες και ορισμούς που σχετίζονται με την τρίτη ηλικία, ενώ το δεύτερο κεφάλαιο ασχολείται με τρεις έννοιες οι οποίες είναι άρρηκτα συνδεδεμένες με την τρίτη ηλικία (υγεία, λειτουργικότητα και πρόληψη).

Ακολουθεί το τρίτο κεφάλαιο το οποίο αναλύει δυο είδη διαταραχών που συναντιούνται συχνά στην τρίτη ηλικία, πρόκειται για τις Αγχώδεις και Καταθλιπτικές διαταραχές. Το θεωρητικό μέρος ολοκληρώνεται με το τέταρτο κεφάλαιο που αφορά στην φροντίδα του ηλικιωμένου σήμερα.

Στην συνέχεια ακολουθεί το δεύτερο μέρος – ερευνητικό της πτυχιακής εργασίας το οποίο περιλαμβάνει δυο κεφάλαια. Το πρώτο αναλύει την μεθοδολογία της έρευνας και το δεύτερο παραθέτει την παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Η

πτυχιακή ολοκληρώνεται με το τρίτο μέρος το οποίο περιλαμβάνει τα συμπεράσματα, τις προτάσεις, την βιβλιογραφία και το παράρτημα.

**ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ**

**ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup>: ΓΝΩΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## 1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Φέροντας στο νου την περίοδο που από πολλούς αποκαλείται ως η πιο ευχάριστη, «τα γηρατειά», πολλές φορές επικρατεί σύγχυση ως προς την έννοια και την σημασία τους. Συνήθως τον όρο αυτό χρησιμοποιούμε όταν θέλουμε να αναφερθούμε στο τελευταίο στάδιο της ζωής του ανθρώπου. Η λέξη γήρανση προέρχεται από την λατινική λέξη "senex", δηλαδή γέρος, γήρατος ή προχωρημένης ηλικίας <http://en.wikipedia.org/wiki/ageing>. Η λέξη γήρας δεν αντιλαμβάνεται ως νόσος αλλά ως διαδικασία, η οποία είναι μια φυσιολογική αναπτυξιακή διαδικασία ζωής, κοινή για όλους τους οργανισμούς, κατά την διάρκεια της οποίας όλα τα συστήματα και οι λειτουργίες τους σιγά-σιγά φθίνουν με αποτέλεσμα το θάνατο του οργανισμού. Η διαδικασία αυτή βέβαια δεν πραγματοποιείται σε όλους τους ανθρώπους με τον ίδιο ρυθμό, ταυτόχρονα όμως αποτελεί και μια διαδικασία από την οποία δεν εξαιρείται κανείς καθώς όλοι αργά ή γρήγορα 'καταλήγουμε'. Η βίωση των γηρατειών διαφέρει χρονικά στους ανθρώπους, γιατί υπάρχουν παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την διαδικασία της γήρανσης. Σύμφωνα με τον Hayflick (1996 στην Κωσταρίδου Ευκλείδη, 1999: 34), αυτοί οι παράγοντες είναι η κληρονομικότητα, το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση. Αναφορικά επιπλέον παράγοντες σύμφωνα με τον Μουσιάδη (χ.χ:11) είναι «το στρες, η δραστηριότητα και άλλοι που δεν είναι γνωστοί».

Το γήρας εξαρτάται από το χρόνο. Η χρονολογική ηλικία ενός οργανισμού θεωρείται ένας από τους πιο ισχυρούς δείκτες του γήρατος. Επειδή όμως οι οργανισμοί γηράσκουν με διαφορετικούς ρυθμούς, η ηλικία από μόνη της δεν αρκεί για να προσδιορίσουμε το γήρας (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:71). Όσον αφορά την χρονολογική ηλικία, κατά καιρούς έχουν εκφραστεί διάφορες απόψεις σχετικά με το ποια θα είναι αυτή προκειμένου να θεωρηθεί ένας άνθρωπος «γέρος». Σύμφωνα με την Ντε Μπουβουάρ (1980), ο Ιπποκράτης θεώρησε ότι τα γηρατειά αρχίζουν στα 56, ο Αριστοτέλης πίστευε πως το σώμα φτάνει την τελειότητα στα 35 και η ψυχή στα 50, ενώ ο Δάντης είχε την γνώμη πως αρχίζουμε να νιώθουμε τα γηρατειά από τα 45.

«Η Παγκόσμια Συνέλευση του γήρατος που συνήλθε το 1982 στην Βιέννη ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω ως το όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, η οποία σήμερα επικρατεί διεθνώς και ταυτίζεται με την ηλικία συνταξιοδότησης» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999:33).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ, 2001) διακρίνει τη χρονολογική ηλικία σε τρία εξελικτικά στάδια. Άτομα μεσήλικα (46-59 ετών), τρίτη ηλικία (60-75 ετών) και τέταρτη ηλικία ( 75+).

### 1.1.1 Τα είδη του γήρατος

Θα ήταν χρήσιμο πριν πραγματοποιηθεί εκτενής αναφορά στα χαρακτηριστικά του γήρατος, να γίνει αναφορά στην διάκριση την οποία κάνει η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), μεταξύ του *πρωτογενούς* και *δευτερογενούς* γήρατος.

«Το πρωτογενές γήρας, αναφέρεται στις φυσιολογικές και εσωτερικές λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης»(Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:71). Έτσι γίνεται αντιληπτό ότι παρά το γεγονός ότι κάποιο άτομο θα έχει καλή υγεία και χωρίς να εμφανίσει κάποια ασθένεια, οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν. Τα χαρακτηριστικά του πρωτογενούς γήρατος σύμφωνα με τον Lemme (1995 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη,1999:72) είναι τα εξής:

- Είναι μια πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη επισυμβεί
- Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου
- Είναι προοδευτικό στην διαμόρφωση του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά
- Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες
- Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς
- Είναι καθολικό (εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους)
- Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δεν μπορεί να ανασταλεί η πορεία του
- Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα
- Καταλήγει στο θάνατο

Οι βλαπτικές επιδράσεις του πρωτογενούς γήρατος διαφαίνονται πρώτον στη μικρότερη ευελιξία/αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωτερικών πιέσεων και δεύτερον στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου. Από την άλλη μεριά, το δευτερογενές γήρας, σύμφωνα με τους Butler (1998) και Schroots (1996 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:72), «αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες, όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις, η ίδια η συμπεριφορά του ατόμου, αλλά και η προσωπικότητα και η αυτό-εικόνα του καθώς και οι ασθένειες».

Το δευτερογενές γήρας συνυπάρχει με το πρωτογενές και το επιβαρύνει, χωρίς να αποτελεί όμως κάτι το υποχρεωτικό και καθολικό.

«Η διάκριση του πρωτογενούς από το δευτερογενές γήρας έχει ως συνέπεια, ότι πλέον για να κατανοήσουμε τη λειτουργία της γήρανσης λαμβάνουμε υπόψη την πολυπλοκότητα των παραγόντων που την επηρεάζουν, τόσο των βιολογικών όσο και των προσωπικών και πολιτισμικών» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:73).

### 1.1.2 Χαρακτηριστικά του γήρατος

Ξεκινώντας αυτό το υποκεφάλαιο και προτού πραγματοποιηθεί αναφορά στα χαρακτηριστικά που παρατηρούνται σε ένα άτομο που γηράσκει, θα γίνει αναφορά στην διάκριση που γίνεται στην ηλικία. Συγκεκριμένα η Αβεντισιάν-Παγοροπούλου (2000), διακρίνει την ηλικία σε βιολογική, ψυχολογική και κοινωνική.

«*Η βιολογική ηλικία*, καθορίζεται από συγκεκριμένες μετρήσεις του σώματος» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000:18). Τέτοιες μετρήσεις θα μπορούσαν να είναι η δύναμη, η φυσική αντοχή, η ταχύτητα, η οξύτητα των αισθήσεων, η κατάσταση του δέρματος, το χρώμα και η καλή ποιότητα των μαλλιών. «Η φθορά των περισσότερων οργανικών συστημάτων έχει ήδη αρχίσει από την πρώτη νεότητα και συγκεκριμένα μετά την ηλικία των 30 ετών με ένα αργό και σταδιακό ρυθμό» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000:18).

Η επόμενη διάκριση είναι αυτή της *κοινωνικής ηλικίας*. «Καθορίζεται από τις διάφορες μετρήσεις των νοητικών λειτουργιών» για παράδειγμα την μνήμη και την ευελιξία, αλλά και «εκτιμάται με βάση τις στάσεις (attitudes) που ο ηλικιωμένος έχει υιοθετήσει απέναντι στα θέματα της τρέχουσας πραγματικότητας» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000:19).

Τέλος είναι η *ψυχολογική ηλικία*, η οποία «εξυπονοεί τις κοινωνικές προσδοκίες που καλλιεργούνται για τα διάφορα άτομα, ανάλογα με το επίπεδο ωριμότητας και την χρονολογική τους ηλικία» (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000:19).

Το γήρας είναι μια κατάσταση με βασικό χαρακτηριστικό την έκπτωση των λειτουργιών του ατόμου. Επιπλέον χαρακτηριστικά που παρατηρούνται με την πάροδο του χρόνου σχετίζονται με διάφορου τύπου αλλαγές, όπως αλλαγές στην εμφάνιση, στην κινητικότητα, σε επίπεδο συναισθηματικό, νοητικό, κοινωνικό και οικονομικό αλλά και σε θέματα υγείας. Στα άτομα που βιώνουν την περίοδο αυτή οι παραπάνω αλλαγές είναι εμφανείς και βιώνονται με διαφορετικό τρόπο από το κάθε άτομο. Ο Χριστοδούλου (2000) αναφέρει πως η κυριότερη αλλαγή είναι η έξαρση των βασικών αλλαγών της προσωπικότητας. Για παράδειγμα ένας άνθρωπος ο οποίος συνήθιζε να είναι συνεπής γίνεται σχολαστικός, ο ομιλητικός γίνεται φλύαρος και ο εσωστρεφής γίνεται πιο εσωστρεφής.

Σύμφωνα με τον Butler (1974), άλλο χαρακτηριστικό είναι ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι πιο άκαμπτα και μη ευέλικτα σε σχέση με άτομα των νεότερων ηλικιών (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000). Για κάποιους τα παραπάνω θεωρούνται χαρακτηριστικά όπου οι περισσότεροι ηλικιωμένοι εμφανίζουν αλλά δεν είναι τα μοναδικά. Σύμφωνα με τον Murtagh (2011:62), η γήρανση χαρακτηρίζεται από τα ακόλουθα:

- Ελάττωση της μεταβολικής μάζας
- Ελάττωση της λειτουργικής ικανότητας των οργάνων
- Ελάττωση της ικανότητας προσαρμογής στο stress
- Αυξημένη ευπάθεια στα νοσήματα
- Αυξημένη πιθανότητα θανάτου

Πολλοί από τους ηλικιωμένους έχουν ζήσει τον Α' και Β' Παγκόσμιο πόλεμο, μετακινήσεις πληθυσμών, τεχνολογικές εξελίξεις, και άλλα πολλά επιτεύγματα του ανθρώπινου είδους (Πλατή,1993). Αποτέλεσμα των παραπάνω βιωμάτων αποτελούν οι εμπειρίες που “κουβαλούν” σε σχέση με γεγονότα κοινωνικά, πολιτισμικά, πολιτικά, κοινωνικά. Επιπλέον εκτός από τις εμπειρίες που φέρουν, μπορεί να έχουν σημειωθεί αλλαγές στην ζωή τους εξαιτίας των γεγονότων αυτών, όπως απώλεια σημαντικών προσώπων από το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον (λόγω πολέμου) και η οποία με την σειρά της έχει επηρεάσει την ζωή του ατόμου σε συναισθηματικό και ψυχολογικό επίπεδο.

Επίσης χαρακτηριστικό του ηλικιωμένου ατόμου είναι ότι με την πάροδο των χρόνων αλλοτριώνεται κοινωνικά και το καταβάλλει η μοναξιά, καθώς πολλά είναι τα άτομα που αναγκάζονται να περνούν μεγάλο μέρος της ζωής που τους απομένει σε κάποιο ίδρυμα (Osterman, 1986). Απόρροια των παραπάνω είναι η συνεχής επιδείνωση της φυσικής αλλά και της πνευματικής τους κατάστασης.

Τέλος ένα ακόμη χαρακτηριστικό σύμφωνα με τον Osterman (1986) είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, ο ασφαλιστικός τους φορέας, το μορφωτικό τους επίπεδο, το υποστηρικτικό τους σύστημα, και η απώλεια του ενός από τους δύο συζύγων, γεγονός που φαίνεται να φθείρει ψυχολογικά τα άτομα καθώς μένουν μόνα (Πλατή, 1993).

## **1.2. ΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ ΣΕ ΕΥΡΩΠΗ ΚΑΙ ΕΛΛΑΔΑ**

Στις ανεπτυγμένες χώρες το κοινωνικό φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, το οποίο παρατηρήθηκε έντονα μετά το Β' Παγκόσμιο πόλεμο και το οποίο αναφέρεται στην αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό. Χαρακτηριστικό της δημογραφικής γήρανσης στην σημερινή πραγματικότητα είναι ότι εμφανίζεται ιδιαίτερα έντονα στις οικονομικά και βιομηχανικά ανεπτυγμένες χώρες, ενώ αξίζει να αναφερθεί πως στις χώρες αυτές η γήρανση του πληθυσμού θα εξελιχθεί σε πολύ γρηγορότερο ρυθμό από ότι σε άλλες λιγότερο ανεπτυγμένες. Η γήρανση του πληθυσμού έχει τρεις πιθανές αιτίες:

- **Την πτώση της γονιμότητας** («baby crash») ακολούθησε την έκρηξη των γεννήσεων («baby-boom»), η οποία προκαλεί το μεγάλο μέγεθος της ηλικιακής κατηγορίας των ατόμων 45-65 ετών στον ευρωπαϊκό πληθυσμό και θέτει ορισμένα προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση των συντάξεων.
- **Την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης** κατά 8 έτη από το 1960 έως το 2006. Η περαιτέρω αύξηση του κατά 5 ακόμα έτη έως το 2050 όπως προβλέπεται από επιστημονικές μελέτες, μπορεί να οδηγήσει στην αύξηση του πληθυσμού ηλικίας 80 έως 90 έτη και να αποτελέσει μια πληθυσμιακή ομάδα στην οποία θα παρατηρείται συχνά ευπάθεια και αναπηρία.
- **Την μετανάστευση** (1,8 εκατομμύρια μετανάστες προς την ΕΕ το 2004, 40 εκατομμύρια το 2050 σύμφωνα με τις προβλέψεις της Eurostat) μπορεί να



αντισταθμίσει τις συνέπειες της χαμηλής γονιμότητας και της επιμήκυνσης της διάρκειας ζωής.

[http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/situation\\_in\\_europe](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe). Τα δυο πρώτα αίτια σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία ευθύνονται στη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης σε ατομικό και πληθυσμιακό επίπεδο αλλά και οι εξελίξεις στους τομείς της δημόσιας υγείας και της ιατρικής τεχνολογίας. Κρίνεται άξιο να αναφερθεί ότι η πληθυσμιακή πυραμίδα έως την δεκαετία του 1970 είχε τριγωνικό σχήμα με το μεγαλύτερο ποσοστό να συγκεντρώνει η πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων νεαρής ηλικίας. Η πληθυσμιακή πυραμίδα όμως με το πέρασμα των δεκαετιών έχει αντιστραφεί (Σουρτζή, 2007).

### 1.2.1. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ευρώπη

Οι αιτίες της δημογραφικής γήρανσης όπως έχουν ήδη αναλυθεί οδηγούν στο ότι ο συνολικός πληθυσμός της ΕΕ θα υποστεί μικρή μείωση αλλά θα γίνει πιο «ηλικιωμένος». Ο ενεργός πληθυσμός των Ευρωπαίων (άτομα ηλικίας από 15 έως 64 ετών) θα μειωθεί κατά 48 εκατομμύρια από το 2006 έως 2050. Αυτή η δημογραφική αλλαγή θα συνοδεύεται από βαθιές κοινωνικές ανακατατάξεις (κοινωνική προστασία, στέγαση, εργασία) σε όλες τις χώρες τις οποίες αφορά η πρόκληση της γήρανσης του πληθυσμού. Η δημογραφική γήρανση θα γίνεται ολοένα εντονότερη στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Σύμφωνα με τους Λυμπεράκη, Τήνιο και Φιλαλήθη (2009:23) « Η γηραιά Ευρώπη είναι η ήπειρος με το υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων πολιτών, ενώ η γήρανση του πληθυσμού προβλέπεται να συνεχιστεί για το μεγαλύτερο μέρος του 21<sup>ου</sup> αιώνα» κάτι που επιβεβαιώνει και ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

«Κατά την διάρκεια των επόμενων 20 χρόνων ο μέσος όρος ηλικίας του Ευρωπαϊκού πληθυσμού είναι πιθανόν να αυξηθεί κατά τέσσερα χρόνια. Ο πληθυσμός άνω των 60 αυξάνεται ραγδαία ενώ κάτω των 20 μειώνεται» (Κικίλας, Μπαγκαβός, Τήνιος και Χλέτσος, 2000: 32).

Συγκεκριμένα στην Μεγάλη Βρετανία το ποσοστό των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών έχει αυξηθεί από 5% σε 16% και αναμένεται μέχρι το 2061 να φτάσει στο 24% (Davidson, 2005).

«Μέχρι το 2015 τα ποσοστά των ανθρώπων με ηλικία κάτω των 16 ετών και άνω των 65, σχεδόν θα εξισωθούν και από κει και έπειτα οι άνθρωποι

ηλικίας άνω των 65 θα υπερβούν αριθμητικά τα άτομα κάτω των 16» (Davidson, 2005:240).

Μαζί με την Ευρώπη η δεύτερη ήπειρος με τα υψηλότερα ποσοστά γηραιού πληθυσμού είναι η Ασία, όπου μέσα σε είκοσι περίπου χρόνια θα εμφανίζονται στις περισσότερες χώρες τους τα υψηλότερα ποσοστά πληθυσμού, όπου η ηλικία θα είναι άνω των 65 ετών ενώ η μέση ηλικία θα πρέπει να προσεγγίζει τα 50 έτη. [http://en.wikipedia.org/wiki/Population\\_aging#Ageing\\_around\\_the\\_world](http://en.wikipedia.org/wiki/Population_aging#Ageing_around_the_world)

Παγκοσμίως μεταξύ 2000 και 2050, το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 60 ετών θα διπλασιαστεί από 11% σε 22%, ενώ από το 1980 έχει ήδη διπλασιαστεί και αναμένεται να φτάσει από 605 εκατομμύρια σε 2 δισεκατομμύρια. Όσον αφορά τον αριθμό των ατόμων ηλικίας 80 ετών και άνω θα έχουν σχεδόν τετραπλασιαστεί στα 395 εκατομμύρια έως το 2050. Αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα περισσότερα παιδιά να γνωρίζουν τους παππούδες τους, ακόμη και τους προπαππούδες και προγιαγιάδες τους ενώ κατά μέσο όρο οι γυναίκες θα ζουν έξι με οχτώ χρόνια περισσότερο από τους άνδρες <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html>

Το γεγονός ότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες δεν οφείλεται σε βιολογικά αίτια (Greagan, 2005), αλλά στο γεγονός ότι οι άνδρες κάνουν μια απειλητική ζωή για την υγεία τους. Οι διάφορες καταχρήσεις (π.χ. αλκοόλ), ο τρόπος διαβίωσης τους, η ανάληψη πολλών ευθυνών και οι ανθυγιεινές συνθήκες εργασίας επιδρούν αρνητικά στην υγεία και στον τρόπο που γηράσκουν. Οι γυναίκες από την μεριά τους ακολουθούν καλή διατροφή, ασχολούνται με την άθληση, την αναζήτηση ιατρικών συμβουλών και την περαιτέρω ενημέρωση μέσω βιβλίων, τα οποία τους παρέχουν μια πληρέστερη εικόνα, η οποία συμβάλει στην ύπαρξη αυτού του φαινομένου.

### 1.2.2. Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης στην Ελλάδα

Στην Ελλάδα από την δεκαετία του 1960 ξεκίνησε να αυξάνεται το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων (Σουρτζή, 2007). Εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου χρόνου ζωής, της δραματικής πτώσης της γεννητικότητας αλλά και της αύξησης της μετανάστευσης των τελευταίων ετών, η Ελλάδα καταλήγει να είναι μία από τις πλέον γηράσκουσες χώρες του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Σύμφωνα με τις στατιστικές (Μωυσιάδης χ.χ.)

«η αναλογία ανδρών και γυναικών επί συνόλου πληθυσμού 10.578.200 κατοίκων στην χώρα μας και σε ηλικία από 65-79 έτη ήταν 12,4% για τους άνδρες και 14,6% για τις γυναίκες».

Μεταγενέστερα με την απογραφή του πληθυσμού της 18 Μαρτίου 2011 της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), στα 10.815.197 άτομα διαμορφώθηκε ο μόνιμος πληθυσμός της χώρας. Το 49% (5.302.70) είναι άντρες και το 51% (5.512.494) γυναίκες. <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE>

Στοιχεία για το Μόνιμο Πληθυσμό κατά φύλο των 10 μεγαλύτερων Δήμων της Χώρας παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα και από τα στοιχεία προκύπτει ότι στους εννέα από τους δέκα μεγαλύτερους Δήμους της χώρας, οι θήλυσ είναι περισσότερες από τους άρρενες με εξαίρεση το Δήμο Ρόδου όπου οι θήλυσ αποτελούν το 49,9%. Στο Δήμο Θεσσαλονίκης εμφανίζεται το μεγαλύτερο ποσοστό στις θήλυσ (54,3%).

Ομάδες ηλικιών	Σύνολο	Άγαμοι	Έγγαμοι	Χήροι	Διαζευγμένοι	Με σύμφωνο συμβίωσης	Σε διάσταση	Χήροι από σύμφωνο συμβίωσης	Διαζευγμένοι από σύμφωνο συμβίωσης
<b>Σύνολο</b>	<b>10.815.197</b>	<b>4.227.033</b>	<b>5.364.221</b>	<b>820.392</b>	<b>331.653</b>	<b>1.763</b>	<b>69.725</b>	<b>78</b>	<b>332</b>
0-14	1.569.089	1.568.836	250	0	2	1	0	0	0
15-19	553.225	546.361	6.431	25	269	42	89	5	3
20 - 29	1.350.773	1.088.552	249.234	938	7.493	392	4.107	16	41
30 - 39	1.635.129	564.087	1.001.005	6.185	49.604	513	13.640	16	79
40 - 49	1.580.906	229.180	1.201.657	23.822	103.708	441	21.954	20	124
50 - 59	1.391.713	107.179	1.107.005	67.820	92.064	241	17.324	18	62
60 - 69	1.133.921	57.880	879.777	138.435	49.029	97	8.678	2	23
70 - 79	1.017.163	41.577	671.883	277.371	23.022	28	3.281	1	0
80 +	583.278	23.381	246.979	305.796	6.462	8	652	0	0

Πηγή: *elstat\_apografi\_id28637467.PDF*

Από τη μελέτη των αποτελεσμάτων ανά περιφερειακή ενότητα προκύπτει, επίσης ότι η μέση ηλικία του μόνιμου πληθυσμού της Ελλάδας είναι 41,9 έτη με την περιφερειακή ενότητα Μυκόνου να παρουσιάζει την μικρότερη μέση ηλικία κατοίκων (37,0 έτη) και την περιφερειακή ενότητα Ευρυτανίας να παρουσιάζει τη μεγαλύτερη (49,0 έτη) . Το ποσοστό του πληθυσμού που έχει ηλικία μεγαλύτερη από 60 ετών αντιστοιχεί στο 25,28% του πληθυσμού και ο αριθμός των ατόμων αυτών

αναμένεται να αυξηθεί έως το 2030 κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου. Οι πιο γηράσκουσες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών (>65 ετών) είναι η Λευκάδα, (22%), η Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21% (Λαζαρίδου, Μαριδάκη και Μουσικάκη, 2008:5,6). Στον παρακάτω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά γήρανσης του πληθυσμού των χρονολογιών 1950-2050 των ηλικιών από 60 ετών και άνω:

### Ποσοστά ηλικιών 60 και άνω

Δείκτης	Ηλικία	1950	1975	2000	2025	2050
<b>Σύνολο</b>	60+	10	17.4	23.4	31.6	40.7
	65+	6.8	12.2	17.6	24.3	34.1
	80+	1.0	2.1	3.6	7.0	11.8
						43.6
<b>Γυναίκες</b>	60+	10.8	18.6	25.3	34.2	37.1
	65+	7.3	13.3	19.3	26.8	14.2
	80+	1.2	2.5	4.2	8.4	
<b>Άνδρες</b>	60+	9.1	16.1	21.5	28.9	37.6
	65+	6.2	11.1	15.8	21.7	30.9
	80+	0.9	1.7	2.9	5.5	9.3
<b>Δείκτης γήρανσης</b>		34.8	72.8	155.4	216.4	309.9

<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/100greec.pdf>

«Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα

με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία» (Λαζαρίδου, Μαριδάκη και Μουσικάκη, 2008:6).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα έρευνας που πραγματοποιήθηκε στο Εργαστήριο Δημογραφικών και Κοινωνικών Αναλύσεων του Τμήματος Μηχανικών Χωροταξίας, Πολεοδομίας και Περιφερειακής Ανάπτυξης του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, ο μέσος όρος ζωής από το 1991 έως το 2006 αυξήθηκε κατά 2,43 έτη στους άνδρες και κατά 2,20 έτη στις γυναίκες. Ειδικότερα προκύπτει ότι την δεκαετία 1991-2001, η πτώση της βρεφικής και παιδικής θνησιμότητας ήταν υπεύθυνη μόλις για το 1/5 των κερδών στο προσδόκιμο ζωής και για τα δυο φύλα, ενώ αντίθετα καθοριστική υπήρξε η πτώση της θνησιμότητας στις ηλικίες 65-74 (42% άνδρες και 41% γυναίκες). Επιπλέον ο ερευνητής επισημαίνει ότι την δεκαετία 1991-2001 όλες οι ηλικίες μέχρι τα 84 έτη συνέβαλαν θετικά στο προσδόκιμο ζωής, ενώ η ομάδα των υπερηλίκων 85 και άνω παρουσίασε αρνητική συμβολή που αντικατοπτρίζεται και στην αύξηση των πιθανοτήτων θανάτου στις ηλικίες αυτές. Την αμέσως επόμενη πενταετία 2001-2006, η αύξηση της μέσης προσδόκιμης ζωής διαφοροποιείται σημαντικά καθώς οι ηλικίες 75-84 είχαν πλέον την μεγαλύτερη συμμετοχή 31% κερδών ζωής στους άνδρες και το 60% στις γυναίκες, η οποία οφειλόταν στη συρρίκνωση της θνησιμότητας της συγκεκριμένης πληθυσμιακής ομάδας. Ο ερευνητής συνεχίζοντας υποστηρίζει πως «η αύξηση του μέσου όρου ζωής μας οδηγεί αναπόφευκτα και στην επιτάχυνση της γήρανσης του πληθυσμού, επομένως εν απουσία σημαντικών αλλαγών των αναπαραγωγικών μας συμπεριφορών, αλλαγών που δεν φαίνονται πιθανές, το ποσοστό των ηλικιωμένων στο συνολικό πληθυσμό θα αυξάνεται προοδευτικά τις επόμενες δεκαετίες στην Ελλάδα και η τάση αυτή είναι μη αναστρέψιμη» (Αγοραστάκης, 2012)

Επομένως γίνεται αντιληπτό ότι το φαινόμενο αυτό, της αύξησης της γήρανσης του πληθυσμού, αναδύει στην επιφάνεια θέματα όπως:

- Η κοινωνική ασφάλιση και η υγεία
- Η αλληλεγγύη μεταξύ των γενεών
- Η διασφάλιση της ισότητας και της αυτονομίας του ηλικιωμένου

- Η συνεχής βελτίωση ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την τρίτη ηλικία (Βιολάκη-Παρασκευά 1989:11-14)

Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης, τίθεται όλο και πιο επιτακτικά στην Ελλάδα αλλά και στον παγκόσμιο χάρτη, γεγονός που πρέπει να γίνει αντιληπτό από όλους. Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω το φαινόμενο αυτό θα συνεχίσει να σημειώνει αύξηση και για τα επόμενα χρόνια, πράγμα το οποίο θα πρέπει να προβληματίσει τους αρμόδιους, οι οποίοι θα κλιθούν να λάβουν τα κατάλληλα εκείνα μέτρα για την αξιοποίηση του τεράστιου αποθέματος των ανθρώπινων πόρων που αντιπροσωπεύουν τα ηλικιωμένα άτομα.

Ειδικότερα θα πρέπει να δοθεί η ανάλογη βαρύτητα ώστε να πραγματοποιηθεί ένας ολιστικός σχεδιασμός με διασφάλιση πόρων και να σημειωθούν αλλαγές σε υποδομές και υπηρεσίες που να απευθύνονται στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα, να σχεδιαστούν και εν συνεχεία να υλοποιηθούν προγράμματα στους τομείς υγείας, πρόνοιας και πρόληψης. Παράλληλα να υπάρξει κατάλληλη και έγκαιρη ενημέρωση των ηλικιωμένων, των συγγενικών και φιλικών ατόμων που βρίσκονται στον στενό τους περιβάλλον και των φροντιστών τους για σχετικά θέματα όπως είναι η φροντίδα τους ώστε να επιτευχθεί ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής και να σημειωθεί σημαντική βελτίωση και διευκόλυνση στην καθημερινότητά τους.

### 1.3. ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΖΩΗ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Κατά την περίοδο της γήρανσης το άτομο βιώνει πολλές αλλαγές σε διάφορους τομείς, οι οποίες έχουν θετικές και αρνητικές επιδράσεις στη ζωή και το περιβάλλον του και οι οποίες επηρεάζουν τον τρόπο και τον ρυθμό με τον οποίο γηράσκει. Ο Whitbourne (1996 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999), χαρακτηρίζει αυτές τις αλλαγές ως μια σειρά μεταβλητών, οι οποίες εκδηλώνονται σε βιολογικό επίπεδο, σε επίπεδο ερωτικό, εμφάνισης, συμπεριφοράς, εμπειρίας και κοινωνικών ρόλων.

Από τις πρωταρχικές αλλαγές που παρατηρούνται στην ζωή των ηλικιωμένων είναι η **εμφάνιση**. Τα χαρακτηριστικά αυτής της αλλαγής είναι τα άσπρα ή γκρίζα μαλλιά, οι ρυτίδες του προσώπου και του σώματος, η κύρτωση της σπονδυλικής στήλης, αλλαγή στον τρόπο βάδισης, αλλοιώσεις στην επιδερμίδα, απώλεια ελαστικότητας, αύξηση ευθραυστότητας, ξηρότητα, πορώδη οστά και γενικά η δομή

του σώματος, για παράδειγμα αλλαγή βάρους και ύψους ή συσσώρευση λίπους γύρω από την μέση. «Οι μεταβολές στην εμφάνιση είναι κυρίως αισθητικού τύπου και δεν φαίνονται να έχουν ευρύτερες συνέπειες σε νοητικό επίπεδο» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:75). Παρά το γεγονός ότι οι αλλαγές αυτές στην εμφάνιση δεν επιφέρουν συνέπειες στο νοητικό επίπεδο, επιφέρουν στο άτομο ψυχολογικές συνέπειες καθώς η εικόνα του αλλάζει και η αυτοεκτίμησή του μειώνεται. Γι' αυτό το λόγο φαίνεται ότι θα ήταν σημαντικό να υπάρχει μια προετοιμασία του ατόμου ήδη από την μέση ηλικία, προκειμένου να έχει μια πιο ομαλή προσαρμογή με την εικόνα του και τις αλλαγές που θα επέλθουν καθώς τα χρόνια θα περνούν.

Όταν αναφερόμαστε σε αλλαγές των ηλικιωμένων στην **κινητικότητα**, αυτές σχετίζονται με το μυοσκελετικό σύστημα του ατόμου και τις αρθρώσεις. Συγκεκριμένα όπως η Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999:75) αναφέρει, «υπάρχει μικρή μείωση στη μυϊκή δύναμη μέχρι και τα 40-50 χρόνια και 30-40% μείωση στα 70 με 80 χρόνια» ενώ υπάρχει και «μια μείωση 5% μέχρι 12% στην αντοχή των οστών από την ηλικία των 20 χρόνων και μετά». Η αλλαγή στην κινητικότητα των ηλικιωμένων μπορεί να είναι αρκετά ενοχλητική και δυσάρεστη για τους ίδιους, καθώς όσο περνά ο καιρός τα προβλήματα που δημιουργούνται τους απαγορεύουν να μετακινούνται και τους αναγκάζουν να μειώνουν τις κοινωνικές τους δραστηριότητες. Επιπλέον οι πόνοι που νιώθουν κάνουν το άτομο να χάνει την ευχαρίστηση του για την ζωή και σαν απόρροια όλων αυτών «μπορούν μακροπρόθεσμα να προκαλέσουν στο άτομο κατάθλιψη ή εξάρτηση από τους άλλους» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:76).

Περνώντας τώρα σε ένα άλλο επίπεδο, εκτός από τις σωματικές αλλαγές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους, γίνεται αναφορά σε αλλαγές στην λειτουργία του **γνωστικού συστήματος**, το οποίο ευθύνεται για την δημιουργία και χρήση της γνώσης. Σύμφωνα με τους Lemme, Salthouse & Whittbourne (1995, 1991, 1996 στη Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999: 88),

«μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφτούν ή να πάρουν μια απόφαση».

Τα προβλήματα στη γνωστική λειτουργία δεν επηρεάζουν όλα τα άτομα εξίσου, υπάρχουν σαφείς συσχετίσεις μεταξύ του ρυθμού και της σοβαρότητας της γνωστικής έκπτωσης και μιας ποικιλίας παραγόντων, συμπεριλαμβανομένου του

οξειδωτικού στρες και ελευθέρων ριζών, των μειωμένων επιπέδων ορμονών, των δυσλειτουργιών του ενδοθηλίου, του υπερβολικού σωματικού βάρους, της διατροφής, του τρόπου ζωής και άλλων παθήσεων. Ευτυχώς, πολλοί από αυτούς τους παράγοντες είναι τροποποιήσιμοι σε σημαντικό βαθμό. Η ηλικία δεν περιλαμβάνεται στους παράγοντες αυτούς, αν και μια εξασθένηση των γνωστικών λειτουργιών είναι δικαιολογημένη (Twamley et al., 2006).

Επιπλέον μια από τις πιο γνωστές αλλαγές που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία είναι η **απώλεια της μνήμης**. Ο Whitbourne (1996 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999: 89) αναφέρει πως:

«το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, η μνήμη δηλαδή που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στην μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση».

Συνεχίζοντας, οι **νοητικές αλλαγές** συνιστούν τις αλλαγές που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία. Συγκεκριμένα παρατηρείται μια «έκπτωση της νοητικής ικανότητας, ωστόσο μόνο το 5% περίπου των ανθρώπων είναι υποχρεωμένοι λόγω της έκπτωσης αυτής, να ζήσουν την υπόλοιπη ζωή τους σε ιδρυματικό περιβάλλον» (Tucker, 1997:38). Η έκπτωση λοιπόν της γνωστικής ικανότητας, είναι δυνατόν να καταλήξει και σε κάποια νόσο, όπως η νόσος Alzheimer, καθώς οι αλλαγές που προκαλούνται στην δομή του εγκεφάλου έχουν σοβαρές επιπτώσεις στο νοητικό επίπεδο. Σε αυτό το σημείο ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο φαίνεται ότι μπορεί να παίξει η οικογένεια του ατόμου, ο/η σύζυγος και τα παιδιά με το να βρίσκονται κοντά στον ηλικιωμένο, τόσο για την πρόληψη της νόσου, όσο και όταν ο ηλικιωμένος νοσήσει.

Βέβαια, αλλαγές παρατηρούνται και σε **συναισθηματικό επίπεδο** και ειδικότερα στις σχέσεις των ηλικιωμένων με τα εγγόνια και με τους συντρόφους τους. Ειδικότερα σύμφωνα με τους Neugarten & Weinstein (1994 στον Tucker, 1997:39), «το 33% των γιαγιάδων αξιολογούσαν τις σχέσεις με τα εγγόνια τους ως “πολύ σημαντικές”, αλλά ένα άλλο 25% δεν είχε καμία ανάμειξη στη σχέση αυτή». Είναι φανερό από τα παραπάνω ποσοστά πως στα συναισθήματα των ηλικιωμένων επέρχονται αλλαγές παρά το γεγονός ότι βρίσκουν αυτό το νέο ρόλο, του παππού ή της γιαγιάς, πιο εύκολο από αυτό του γονέα (Tucker, 1997). Τέλος σημαντική φαίνεται να είναι η προσπάθεια, με την βοήθεια της οικογένειας, να αναπτύξουν και να κρατήσουν ζωντανά τα συναισθήματά τους και αυτό γιατί όπως οι Dickens & Perlman (1981 στην Tucker, 1997:39) αναφέρουν, «η τρίτη ηλικία αφήνει κάποτε



τους ανθρώπους με λίγους φίλους, ενώ συγχρόνως ελαχιστοποιεί την ενέργεια και την πίστη στην ικανότητά τους να συνάπτουν καινούργιες κοινωνικές σχέσεις».

Το γεγονός αυτό τους κάνει πιο εσωστρεφείς και κοινωνικά απομονωμένους όσο περνά ο χρόνος και ειδικότερα αν έχουν χάσει τον/την σύντροφό τους, με αποτέλεσμα να γίνονται εμφανείς και οι αλλαγές σε **κοινωνικό** επίπεδο. «Πολλοί ηλικιωμένοι άνθρωποι γίνονται πιο εσωστρεφείς με την πάροδο της ηλικίας καθώς με την θέλησή τους απομακρύνονται από τις κοινωνικές δραστηριότητες και προτιμούν να παραμένουν στο σπίτι» (Tucker, 1997:39). Βέβαια περιστατικά τα οποία βιώνουν στην οικογένεια όπως ο γάμος των παιδιών και η απόκτηση εγγονιών, φαίνεται να βοηθούν ώστε οι αλλαγές που σημειώνονται σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο να είναι για τους ίδιους πολύ σημαντικές πολλές φορές και ευχάριστες, καθώς αναλαμβάνουν τους νέους ρόλους του παππού και της γιαγιάς και βοηθούν στο μέγαλωμα των εγγονιών τους.

Μια από τις αρκετά σημαντικές αλλαγές στους ηλικιωμένους είναι αυτές σε **οικονομικό** επίπεδο. Το 2010 ψηφίστηκε ο Νόμος Υπ' αριθ. 3863 Νέο Ασφαλιστικό Σύστημα και συναφείς διατάξεις, ρυθμίσεις στις εργασιακές σχέσεις, ο οποίος ορίζει πλέον στο άρθρο 10 το 67<sup>ο</sup> αντί του 65<sup>ου</sup> που ίσχυε μέχρι τότε έτος συνταξιοδότησης. Το ηλικιωμένο άτομο με την αποχώρηση του από την εργασία βρίσκεται αντιμέτωπο με πλήθος οικονομικών αλλά και συναισθηματικών δυσκολιών. Υπάρχουν άτομα που, «αντιδρούν άσχημα με την συνταξιοδότησή τους, τα περισσότερα όμως φαίνεται να την απολαμβάνουν και σε ορισμένες περιπτώσεις μάλιστα, να ωφελείται και η υγεία τους από αυτή» (Tucker, 1997:41). Επιπλέον, δεν εκλείπουν οι περιπτώσεις πρόωρης συνταξιοδότησης από την εργασία για λόγους αναπηρίας 67% και άνω, γεγονός το οποίο επηρεάζει εξίσου αρνητικά τη ψυχοσύνθεση των ηλικιωμένων, καθώς η απροσδόκητη επιβάρυνση της υγείας τους, έχει ως αποτέλεσμα την απομάκρυνση τους από το χώρο εργασίας τους νωρίτερα από όσο είχαν υπολογίσει. Έτσι, εκτός από τα σοβαρά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν επιβαρύνεται και η ψυχολογική τους υγεία καθώς καλούνται ν' αποδεχθούν ένα νέο τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθήσουν. Αυτόν που ανοίγεται μετά το πέρας της επαγγελματικής σταδιοδρομίας.

Είναι μια μεγάλη αλλαγή για αυτούς γιατί ενώ σε όλη τους την ζωή εργάζονταν για να συντηρήσουν τους ίδιους αλλά και τις οικογένειές τους, τώρα ανταμείβονται από αυτό λαμβάνοντας συντάξεις από το κράτος και από το ταμείο στο οποίο ο καθένας είναι ασφαλισμένος. Με το θέμα της συνταξιοδότησης βέβαια έρχεται στην επιφάνεια

και ένα ακόμη θέμα. Το γεγονός ότι το άτομο είχε συνηθίσει να εργάζεται τόσα χρόνια και να πλουτίζει, τώρα τον φέρνει αντιμέτωπο με μια άλλη πραγματικότητα όπου με την σύνταξη χάνει αυτή την δυνατότητα και δεν έχει παρά να αρκεστεί σε όσα του προσφέρει (Μωϋσιάδης, χ.χ).

Τέλος σημαντικές αλλαγές παρατηρούνται και στον τομέα της **υγείας**. Συγκεκριμένα επέρχονται αλλαγές στο αδενικό σύστημα μέσω της μείωσης της εκκριτικής λειτουργίας, στην τροφή και την πέψη ως απόρροια άλλων σοβαρών ασθενειών, στο αυτόνομο αλλά και κεντρικό νευρικό σύστημα, στο αναπαραγωγικό σύστημα, όπου οι γυναίκες βιώνουν την περίοδο που ονομάζεται “κλιμακτήριος”, στην σεξουαλικότητα, καθώς και στην οξύτητα των αισθητηρίων με την μείωση που εμφανίζεται (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999).

## **1.4 ΥΓΙΗ ΓΗΡΑΤΕΙΑ**

### 1.4.1 Η έννοια της υγιούς γήρανσης

Η υγιής γήρανση, έννοια που άρχισε να γίνεται γνωστή στα τέλη της δεκαετίας του 1990, αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που καλείται να αντιμετωπιστεί από κάθε ανεπτυγμένη – “υγιή” κοινωνία του σύγχρονου κόσμου. Οι συνέπειες της δημογραφικής μετάβασης σε ένα πληθυσμό που γερνά έχει επηρεάσει την οικονομία, την ιατρική φροντίδα, την κοινωνική ανάπτυξη, την ευημερία και την κοινωνική πρόνοια. Για τους λόγους αυτούς θα πρέπει να βρεθούν μέθοδοι και μέσα τα οποία θα διασφαλίσουν την καλή υγεία και την ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας. Η υγιής γήρανση καλλιεργήθηκε με συστηματικές προσπάθειες προώθησης της υγείας και είχε αναφερθεί ήδη από το 1998 ως ο στόχος 5 της πολιτικής του Π.Ο.Υ. “Υγεία για όλους στον 21<sup>ο</sup> αιώνα”. Σύμφωνα με το συγχρηματοδοτούμενο σχέδιο «Υγιής γήρανση» της Ευρωπαϊκής Ένωσης 2004-2007, στο οποίο συμμετείχαν δέκα ευρωπαϊκές χώρες, ο Π.Ο.Υ. η Ευρωπαϊκή πλατφόρμα για τους ηλικιωμένους και το Ευρωπαϊκό Δίκτυο Φορέων για την προαγωγή της υγείας, η υγιής γήρανση ορίζεται ως:

«η διαδικασία μεγιστοποίησης των ευκαιριών για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία ώστε οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας να είναι σε θέση να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν μια ανεξάρτητη και καλής ποιότητας ζωή».

[http://old.50plus.gr/images/content/Greek\\_shortHealthAgeing](http://old.50plus.gr/images/content/Greek_shortHealthAgeing)

Ενώ σύμφωνα με τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό EuroHealthNet «η υγιής γήρανση αφορά στη δημιουργία και βελτίωση ευκαιριών και δυνατοτήτων για τους ηλικιωμένους για σωματική, κοινωνική και ψυχική υγεία, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία χωρίς διακρίσεις και να απολαμβάνουν ανεξάρτητη και καλή ποιότητα ζωής και η οποία απαιτεί μια πολύπλευρη προσέγγιση με πολλές διαφορετικές πτυχές που όλες όμως παίζουν βασικό ρόλο στη ζωή του ατόμου» <http://www.prolepsis.gr/new/gr/News/73>

#### 1.4.2 Ανάγκες των ηλικιωμένων

«Η έννοια της **ανάγκης** αναφέρεται σε μια αντικειμενικά μετρήσιμη κατάσταση την οποία έχει υποχρέωση η κοινωνία σύμφωνα με τους ισχύοντες κοινωνικούς κανόνες να ικανοποιήσει. Η μη ικανοποίηση βασικών αναγκών θέτει σε κίνδυνο το άτομο» (Σταθόπουλος, 2005:60).

Όπως αναφέρει ο Ζαϊμάκης, σύμφωνα με τους Doyal & Cough (1991), υπάρχουν δυο κατηγορίες αναγκών: οι βασικές, οι οποίες περιλαμβάνουν την ανάγκη για επιβίωση και φυσική υγεία και οι ενδιάμεσες για αυτονομία. Ενώ σύμφωνα με την πυραμίδα του Maslow (1954) οι ανάγκες κατηγοριοποιούνται ως εξής: βιολογικές, επιβίωσης, ασφάλειας, κοινωνικής αναγνώρισης, αγάπης και αίσθημα ανήκειν, εκτίμησης, αισθητικής και αυτοπραγμάτωσης. Η ικανοποίηση των προαναφερόμενων αναγκών σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο οδηγεί στην ανάδειξη του ατόμου σε μια ολοκληρωμένη προσωπικότητα (Σταθόπουλος, 2005).

Οι ηλικιωμένοι εντάσσονται σε μια ηλικιακή ομάδα, η οποία χαρακτηρίζεται από ιδιαιτερότητες και εξειδικευμένες ανάγκες, όπως έχει προαναφερθεί στο υποκεφάλαιο 1.1.2. Οι ανάγκες αυτές διαφοροποιούνται ανάλογα με τις παροχές και τις ιδιαιτερότητες της κάθε χώρας και χρήζουν κάλυψης. Για να καταστεί όμως αυτό δυνατό θα πρέπει να δημιουργηθούν εξειδικευμένες υπηρεσίες, κατάλληλες υποδομές, μηχανισμοί και συστήματα, τα οποία θα είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες προς κάλυψη των αναγκών του ηλικιωμένου ατόμου προκειμένου να είναι λειτουργικός και να έχει μια ικανοποιητική ποιότητα ζωής. Στις μέρες μας όμως και με τις οικονομικές συνθήκες που επικρατούν στην χώρα μας κάτι τέτοιο φαίνεται πρακτικά αδύνατο να υλοποιηθεί. Αυτό φαίνεται να έχει αρνητικές επιπτώσεις για τους ηλικιωμένους, οι οποίοι βιώνουν συναισθήματα απογοήτευσης, περιφρόνησης και ανυπαρξίας, κοινωνικής περιθωριοποίησης και αποτελούν μια ειδική κατηγορία

ανθρώπων, η οποία είναι κυριευμένη από μύθους, προκαταλήψεις και στερεότυπα (Slater, 2003).

Σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1999), μερικές από τις ανάγκες των ηλικιωμένων είναι οι εξής: αρκετή και θρεπτική τροφή, ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, αποδέκτες συναισθημάτων αγάπης και στοργής, αίσθημα συνανήκειν, ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη, ορθή και έγκαιρη ενημέρωση τους για θέματα που τους αφορούν, πρόσβαση και χρήση απαραίτητων για αυτούς υπηρεσιών, δυνατότητα σε έναν αξιοπρεπή θάνατο.

Άλλες ανάγκες θα μπορούσαν να αποτελούν ο αυτοέλεγχος, η αυτονομία και η ελευθερία της ζωής τους, συμμετοχή σε δραστηριότητες, ψυχαγωγία, διασκέδαση, εκπαίδευση, απασχόληση, συμμετοχή στις εξελίξεις έχοντας ρόλο στην κοινωνική ζωή, ανάγκη για νέα ενδιαφέροντα, προσδοκίες, όνειρα, μελλοντικά σχέδια, πνευματικά ερεθίσματα, αναγνώριση και αποδοχή της θέσης και του ρόλου τους στην κοινωνία, ύπαρξη κατάλληλων υποδομών για την κάλυψη των αναγκών τους, ανάγκη αποδοχής, προσοχής και προστασίας, μέλη ανθρώπινων επαφών και σχέσεων, ίση μεταχείριση και σεβασμός προς το πρόσωπο τους (Slater, 2003).

#### 1.4.3 Προβλήματα των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι εκτός από τις ανάγκες έχουν και διάφορου τύπου προβλήματα, τα οποία δυσκολεύουν την ζωή τους. Γι' αυτό το λόγο είναι αναγκαία η ύπαρξη των κατάλληλων υπηρεσιών/υποδομών και η άρση κατάλληλων μηχανισμών, ώστε να αντιμετωπιστούν αυτά τα προβλήματα. Σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999), οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν μια σειρά από κοινωνικά προβλήματα, τα οποία κατατάσσονται σε κατηγορίες και είναι τα ακόλουθα:

Οικονομικά προβλήματα: στα οποία περιλαμβάνονται τα εξής: αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων. Τα προαναφερόμενα σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και την ανεπαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών από τα Ασφαλιστικά Ταμεία, επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό τους ηλικιωμένους αλλά και άτομα του στενού τους περιβάλλοντος (Μοσιάλος, Δαρδαβέσης, Γρηγοριάδου, & Κατσουγιαννόπουλος, 1992 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).

Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος: Σύμφωνα με την Arling (1987 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999), τέτοιου είδους προβλήματα δημιουργούνται όταν η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου είναι τέτοιου είδους που αναγκάζει τα ηλικιωμένα άτομα να κατοικούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους, η οποία έχει σαν αποτέλεσμα να γίνονται δυσλειτουργικοί και αυτό να λειτουργεί ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.

Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης: ο τομέας στον οποίο ο ηλικιωμένος αντιμετωπίζει τα σημαντικότερα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης είναι στις καθημερινές του ασχολίες, δηλαδή στην ατομική του υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την ένδυση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999). Τα παραπάνω προβλήματα καλύπτονται σε ικανοποιητικό βαθμό εφόσον κάποιο άτομο έχει αναλάβει την φροντίδα του. Στη περίπτωση που ο ηλικιωμένος διαμένει σε κάποιο ίδρυμα, πέρα από τα θετικά αποτελέσματα που είναι η κάλυψη βασικών αναγκών αυτοεξυπηρέτησης, εμφανίζει αρνητικά αποτελέσματα όπως ιατροκοινωνικά προβλήματα (Δαρδαβέσης, 1988 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999) και έκπτωση της λειτουργικής του ικανότητας για το λόγο ότι ενδεχομένως ο ηλικιωμένος καταπιέζει προσωπικές επιθυμίες καθώς λειτουργεί με όρια και κανόνες που ορίζει το συγκεκριμένο πλαίσιο. Σε αντίθετη περίπτωση εμφανίζονται σοβαρότερα προβλήματα όπως υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν αυτή την ηλικία.

Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας: Σύμφωνα με τον Δαρβέση (1988) έρευνες έχουν αναδείξει υψηλά ποσοστά αναλφαβητισμού ή χαμηλού επιπέδου εκπαίδευσης στους ηλικιωμένους (Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την κοινωνική τους απομόνωση αλλά και την δημιουργία δυσκολιών στην επικοινωνία τους με άτομα νεώτερων ηλικιών, λόγω του υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης σε αυτές της ηλικίες (Evans, Backett, Albert, Hebert, Funkenstein, & Taylor, 1993 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999).

Προβλήματα υγείας: υπάρχει η τάση σύνδεσης των ηλικιωμένων με την αρρώστια ή τα προβλήματα υγείας, το οποίο εν μέρει ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, για τον λόγο ότι αυτού του είδους τα προβλήματα είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα στην τρίτη ηλικία και ευθύνονται για την μείωση των λειτουργιών τους. Σύμφωνα με τον Kastenbaun (1982), οι πιο συχνές χρόνιες σωματικές παθήσεις που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία είναι τα αρθρικά και οι ρευματισμοί, ενώ άλλα προβλήματα υγείας που αναφέρει ο Μωυσιάδης ( χ.χ.) είναι διάφοροι χρόνιοι και μη

νόσοι όπως Parkinson και Alzheimer, ακράτειες, συχνοουρίες, μειωμένη όραση και ακοή. Ακόμη ο Murtagh (2011), αναφέρει ότι οι κοινές διαταραχές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους είναι η αρτηριακή υπέρταση, ισχαιμική καρδιακή νόσος και καρδιακή ανεπάρκεια, κατάθλιψη, σακχαρώδης διαβήτης (τύπου 2), άνοια, κοινωνική και φυσική απομόνωση, οστεοαρθρίτιδα, διαταραχές του προστάτη, ακράτεια ούρων και κινητικές διαταραχές.

Άλλα γενικότερα προβλήματα σύμφωνα με την Έμκε-Πουλοπούλου (1999) είναι τα εξής: τα προβλήματα που προκαλούνται από την ύπαρξη διάφορων ασθενειών, το συναίσθημα της μοναξιάς που βιώνει ένα ηλικιωμένο άτομο λόγω απώλειας προσώπων από τον στενό συγγενικό (σύζυγος, αδέρφια) και φιλικό περιβάλλον (φίλοι, γνωστοί), έλλειψη σεβασμού στα δικαιώματά τους και απώλεια αυτονομίας.

#### 1.4.4 Ανάγκες και προβλήματα των ηλικιωμένων, που σχετίζονται με την λειτουργικότητα τους

Όλα τα προαναφερόμενα προβλήματα σχετίζονται με την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων, τους οποίους επηρεάζουν άμεσα, το κάθε ένα από την μεριά του σε μεγαλύτερο ή μικρότερο βαθμό. Πιο συγκεκριμένα τα οικονομικά προβλήματα επηρεάζουν αρνητικά την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων εφόσον η σύνταξη, η οποία για πολλούς αποτελεί κύρια πηγή εσόδων, είναι αρκετά χαμηλή λόγω της υφιστάμενης οικονομικής κατάστασης που επικρατεί στις μέρες μας. Το γεγονός αυτό με την σειρά του δεν επιτρέπει την κάλυψη των ιατροφαρμακευτικών αλλά και των κοινωνικών τους αναγκών, διότι το εισόδημά τους δεν τους επιτρέπει να συμμετέχουν σε διάφορου τύπου δραστηριότητες όπως εκδρομές του ΚΑΠΗ, μένοντας αποκομμένοι από τα κοινωνικά δίκτυα. Σχετικά με την ψυχαγωγία τα μη κοινωνικά απομονωμένα ηλικιωμένα άτομα, διαθέτουν μια οικονομική άνεση, ασχολούνται με διάφορα ενδιαφέροντα όπως εκδρομές, δραστηριότητες οργανώσεων στον ελεύθερο χρόνο τους και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερες δυσκολίες στο θέμα της υγείας τους (Diamond, Lund, & Caserta, 1987 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη 1999). Βέβαια υπάρχει και η αντίθετη πλευρά των ηλικιωμένων, οι οποίοι δεν ψυχαγωγούνται για διάφορους κοινωνικούς, οικονομικούς και λόγους υγείας.

Επιπλέον τα προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος εμποδίζουν την συνέχιση ή δημιουργία οικογενειακών και κοινωνικών επαφών επιδρώντας αρνητικά στην ψυχολογία του ηλικιωμένου, ο οποίος βιώνει συναισθήματα μοναξιάς, έλλειψης

συντροφικότητας και περιθωριοποίησης. Επιπλέον τα προβλήματα επικοινωνίας που παρατηρούνται λόγω του χάσματος που υπάρχει μεταξύ των ηλικιωμένων και των ατόμων νεότερης ηλικίας και η μη ψυχαγωγία τους για διάφορους οικονομικούς και κοινωνικούς λόγους, επηρεάζουν αρνητικά την κοινωνικοποίηση τους με αποτέλεσμα να μένουν αμέτοχοι και ανενεργοί. Τέλος η ύπαρξη θεμάτων υγείας και αυτοεξυπηρέτησης επιδρούν αρνητικά στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων για το λόγο του ότι ύπαρξη προβλημάτων υγείας δυσκολεύει το άτομο να εκτελέσει κάποια δραστηριότητα στο σπίτι και παράλληλα του δημιουργεί προβλήματα στην υιοθέτηση και ανταπόκριση ρόλων (παππού/γιαγιάς) και στις επαφές του με τυπικά και άτυπα δίκτυα, ενώ το γεγονός ότι ένα άτομο δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί τον κάνει αυτόματα δυσλειτουργικό.

## **1.5 ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

### 1.5.1 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τον Ευρωπαϊκό Χάρτη

Οι ηλικιωμένοι ως μέλη της κοινωνίας έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις, τα οποία αναφέρονται σε κείμενα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, του ΟΗΕ, στην Οικουμενική Διακήρυξη Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων, στην Διεθνή Ομοσπονδία Γήρατος (International federation of ageing 1992) και στον Χάρτη των Ηνωμένων Εθνών. Η Οικουμενική Διακήρυξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα είναι μια διακήρυξη που υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (A/RES/217, 10 Δεκεμβρίου 1948), περιγράφοντας την άποψή τους για τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα. Στο άρθρο 25 παράγραφος 1 χαρακτηριστικά αναφέρει:

«Καθένας έχει δικαίωμα σε ένα βιοτικό επίπεδο ικανό να εξασφαλίσει στον ίδιο και στην οικογένεια του υγεία και ευημερία, και ειδικότερα τροφή, ρουχισμό, κατοικία, ιατρική περίθαλψη, όπως και τις απαραίτητες κοινωνικές υπηρεσίες. Έχει ακόμη το δικαίωμα σε ασφάλιση για την ανεργία, την αρρώστια, την αναπηρία, τη χηρεία, τη γεροντική ηλικία, όπως και για όλες τις άλλες περιπτώσεις που στερείται τα μέσα της συντήρησής του, εξαιτίας περιστάσεων ανεξάρτητων από τη θέλησή του»[http://el.wikipedia.org/wiki/Οικουμενική\\_διακήρυξη\\_για\\_τα\\_Ανθρώπινα\\_Δικαιώματα](http://el.wikipedia.org/wiki/Οικουμενική_διακήρυξη_για_τα_Ανθρώπινα_Δικαιώματα)

Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα Μ.Μ.Ε., την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/της επιτρέπει ένα επαρκές βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του. Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (Χάρτης Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, 2000) αναφέρεται εκτός από τις υποχρεώσεις και στα δικαιώματα των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ. (Γιουβανάκη, Σαχπάζογλου, 2007).

Από την μεριά του ο Ευρωπαϊκός Κοινωνικός Χάρτης (1961) στα άρθρα 11, 12, 13 και 14 διευκρινίζει έμμεσα δικαιώματα που ισχύουν για τις καταστάσεις των ηλικιωμένων ατόμων, όπως είναι η ανάγκη για ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης και ιατρικής περίθαλψης. Τα ευρωπαϊκά κράτη που συμμετέχουν δεσμεύονται για την ανάπτυξη των συστημάτων κοινωνικής ασφάλισης για όσους δεν διαθέτουν τους πόρους για να εξασφαλίσουν τη δική τους ασφάλεια και να λαμβάνουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα για όταν και όση διάρκεια η κατάστασή τους το απαιτεί. [http://www.hrea.org/index.php?doc\\_id=435](http://www.hrea.org/index.php?doc_id=435). Επιπλέον έχει πραγματοποιηθεί σύσταση αριθ. R (87) 22 σχετικά με τον έλεγχο και την επιτήρηση των ηλικιωμένων (1987), που θα πρέπει να διεξάγεται προκειμένου να παρατείνουν υψηλής ποιότητας ζωή, βελτίωση υποκειμενικής ευημερίας, ενίσχυση της ικανότητας των ηλικιωμένων να λειτουργούν κοινωνικά και πρόληψη-άμβλυνση των επιπτώσεων των ασθενειών. Ως εκ τούτου, η σύσταση αυτή υποδηλώνει ότι τα κράτη μέλη πρέπει να αναπτύξουν τις εγκαταστάσεις για τον έλεγχο και την επιτήρηση των ηλικιωμένων και την παροχή κινήτρων στους ηλικιωμένους για να παρακολουθήσουν αυτές τις προβολές. Επιπλέον, όλο το προσωπικό υγείας που ασχολείται με αυτές τις εγκαταστάσεις θα πρέπει να λαμβάνει εκπαίδευση γηριατρικής και γεροντολογίας. Τέλος η συλλογή



των σχετικών δεδομένων ενθαρρύνεται έτσι ώστε οι εγκαταστάσεις αυτές να γίνουν πιο αποτελεσματικές στο μέλλον. [http://www.hrea.org/index.php?doc\\_id=435](http://www.hrea.org/index.php?doc_id=435)

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες: την προστασία, τη συμμετοχή και την εικόνα. Η προστασία αναφέρεται στην εξασφάλιση της σωματικής, ψυχολογικής και συναισθηματικής ασφάλειας των ηλικιωμένων, η συμμετοχή αναφέρεται σε έναν μεγαλύτερο και πιο ενεργό ρόλο των ηλικιωμένων στην κοινωνία και η εικόνα αναφέρεται στην ανάγκη να καθοριστεί μια πιο θετική και λιγότερο εξευτελιστική και κυριευμένη από διακρίσεις ιδέα για τους ηλικιωμένους [http://www.hrea.org/index.php?doc\\_id=435](http://www.hrea.org/index.php?doc_id=435)

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σύμφωνα με τον *Ευρωπαϊκό Χάρτη δικαιωμάτων και υποχρεώσεων* είναι τα εξής:

**ΑΡΘΡΟ 1.** Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ακεραιότητα, την ελευθερία και την ασφάλεια

**ΑΡΘΡΟ 2.** Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού

**ΑΡΘΡΟ 3.** Δικαίωμα στην ιδιωτικότητα

**ΑΡΘΡΟ 4.** Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας φροντίδας

**ΑΡΘΡΟ 5.** Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης

**ΑΡΘΡΟ 6.** Δικαίωμα στη συνεχιζόμενη επικοινωνία, στη συμμετοχή στην κοινωνία και τις πολιτιστικές δραστηριότητες

**ΑΡΘΡΟ 7.** Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεποιθήσεις, δοξασίες και θρησκεία

**ΑΡΘΡΟ 8.** Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και την αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο

**ΑΡΘΡΟ 9.** Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα (βλ. Παράρτημα)

[http://www.eurocharity.gr/files/xarta\\_dikaiwmatwn\\_ilikiwmenwn.pdf](http://www.eurocharity.gr/files/xarta_dikaiwmatwn_ilikiwmenwn.pdf)

Η χρηματοοικονομική ασφάλεια και η υγεία αναφέρονται ως τα πιο επείγοντα προβλήματα των ηλικιωμένων, ενώ οι ανησυχίες διογκώνονται από την παγκόσμια οικονομική κρίση, αναφέρει η έκθεση. Η έκθεση επισημαίνει ότι μόνο το ένα τρίτο των χωρών έχουν εκτεταμένα προγράμματα κοινωνικής προστασίας, τα περισσότερα από τα οποία καλύπτουν μόνο όσους απασχολούνταν επίσημα, δηλαδή λιγότερο από το μισό του οικονομικά ενεργού πληθυσμού σε όλο τον κόσμο. Ορισμένες χώρες έχουν εγκρίνει εθνικές πολιτικές για τη γήρανση, όπως η Βραζιλία με το νόμο για τα

δικαιώματα των ηλικιωμένων το 2003. «Είναι ένας ειδικός νόμος που εγγυάται τα δικαιώματα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας», δήλωσε ο Laura Machado, διεθνής συντονιστής για τη Διεθνή Ένωση Γεροντολογικής και Γηριατρικής του ΟΗΕ.

### 1.5.2 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τη Διεθνή Ομοσπονδία της Γήρανσης – Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και τις Υποχρεώσεις των Ηλικιωμένων

Η Διεθνής Ομοσπονδία της Γήρανσης – Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και τις Υποχρεώσεις των Ηλικιωμένων (1992) αναφέρει τα εξής:

- ❖ Ανεξαρτησία
- ❖ Συμμετοχή
- ❖ Φροντίδα
- ❖ Αυτό-εκπλήρωση
- ❖ Αξιοπρέπεια (βλ. Παράρτημα)

[http://www.sa.agedrights.asn.au/residential\\_care/preventing\\_elder\\_abuse/rights\\_of\\_older\\_person](http://www.sa.agedrights.asn.au/residential_care/preventing_elder_abuse/rights_of_older_person)

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τη Διεθνή Ομοσπονδία της Γήρανσης – Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και τις Υποχρεώσεις των Ηλικιωμένων επικεντρώνεται στα δικαιώματα των ηλικιωμένων, όσον αφορά τον τρόπο ζωής τους και την καθημερινότητα τους, ενώ ο Ευρωπαϊκός Χάρτης περιλαμβάνει και άλλα ζητήματα, όπως είναι η ρύθμιση των ένδικων θεμάτων. Οι ανάγκες των ηλικιωμένων για προσωπική ανεξαρτησία και ίση μεταχείριση χωρίς κατάλοιπα εκμετάλλευσης ή κακοποίησης, είναι προφανές ότι καλύπτονται από τον Ευρωπαϊκό Χάρτη Δικαιωμάτων. Σε κάθε περίπτωση όμως, θα πρέπει να τονισθεί ότι τα δικαιώματα των ηλικιωμένων εμπίπτουν στη μέριμνα για την πληροφόρηση και την ασφάλεια τους, από το εκάστοτε κράτος και την κοινωνική πρόνοια που αυτό διαθέτει.

### 1.5.3. Υποχρεώσεις ηλικιωμένων

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International federation of ageing, 1992), αναφέρει τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων για όσο βέβαια το επιτρέπει η υγεία και η προσωπική τους κατάσταση. Αρχική υποχρέωση των ηλικιωμένων είναι να είναι ενεργοί και χρήσιμοι, έτσι ώστε να μπορούν μόνοι τους να στηρίζουν τον εαυτό τους.

Επιπλέον, κάθε άτομο το οποίο φτάνει στην κατάλληλη ηλικία θα πρέπει να προετοιμάζεται τόσο για τα γηρατειά, όσο και για την συνταξιοδότηση. Οι ηλικιωμένοι θα πρέπει να προσαρμόζονται στις αλλαγές αυτές και να μπορούν αντίστοιχα να προσαρμόζουν και τις σχέσεις τους με την οικογένειά τους. Υποχρέωση των ηλικιωμένων είναι να φροντίζουν για την περίθαλψη τους, την οποία γνωρίζει ο γιατρός και η οικογένεια τους. Οι ηλικιωμένοι δεν θα πρέπει να εγκαταλείπουν τα όπλα, εξαιτίας της ηλικίας τους και θα πρέπει να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές, να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της χώρας και σε διάφορα δρώμενα της κοινωνίας. Για να μπορέσουν να ενισχύσουν τη συμμετοχή τους σε διάφορους τομείς, θα πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς, να ανανεώνουν τις γνώσεις τους, έτσι ώστε όποτε το επιθυμούν να έχουν δυνατότητα απασχόλησης (Κούτρα, 2010).

## **1.6 Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΣΤΟΝ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΧΩΡΟ**

### 1.6.1. Ρόλοι των ηλικιωμένων

Θεωρήθηκε σημαντικό προτού αναλυθούν οι ρόλοι και οι θέσεις των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο, να αναφερθούν οι ρόλοι που υιοθετούν γενικά οι ηλικιωμένοι με την είσοδό τους στην τρίτη ηλικία. Ο ηλικιωμένος στα παλαιότερα χρόνια λειτουργούσε μέσα από πλήθος ρόλων, ανεξάρτητα από την ηλικία του, ο κυριότερος από τους οποίους ήταν αυτός που κατείχε στην τότε πατριαρχική οικογένεια βρισκόμενος στο υψηλότερο επίπεδο της ενδοοικογενειακής ιεραρχίας, ενώ παράλληλα στις αρμοδιότητες του ρόλου του ήταν ο έλεγχος της οικογενειακής περιουσίας, η ανταπόκριση σε απαιτήσεις, ανάγκες και προβλήματα που υπήρχαν, αλλά και η εκπαίδευση των παιδιών/αγοριών για την μελλοντική ανάληψη της περιουσίας και των ευθυνών. Μέσα από αυτό παρέμεναν λειτουργικοί και δραστήριοι για όσο καιρό τους επέτρεπε η κατάσταση της υγείας τους. Επιπλέον υπήρχε διαφορετικότητα στις σχέσεις μεταξύ ηλικιωμένων και νέων ατόμων, όπου οι δεύτεροι όφειλαν να δείχνουν τον απαιτούμενο σεβασμό στο πρόσωπό και στην θέση που κατείχαν μέσα στην οικογένεια (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

Χαρακτηριστικό της παραδοσιακής κοινότητας ήταν η παροχή εναλλακτικών λύσεων προς τα ηλικιωμένα μέλη της, με τη δυνατότητα συμμετοχής στα κοινά και την ύπαρξη κοινών τόπων συνάντησης, είτε αυτό γινόταν στις γειτονιές των πόλεων

είτε στα χωριά της επαρχίας. Ένα άλλο χαρακτηριστικό της παραδοσιακής κοινότητας ήταν η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, με έντονες συναισθηματικές σχέσεις, κοινές αξίες, παραδόσεις, μέσα σε ατμόσφαιρα που χαρακτηριζόταν από εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ειλικρίνεια και ανθρωπιά. Το ηλικιωμένο άτομο ολοκλήρωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, τη δυνατότητα επιλογών και επιπλέον παρείχε υποστήριξη και ασφάλεια ώστε να αντιμετωπίσει τις εκάστοτε δυσκολίες (φτώχεια, μετανάστευση, αρρώστιες, θανάτους, καταστροφές κλπ.) (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

Με την εμφάνιση του φαινομένου της αστικοποίησης ένας από τους χαρακτηριστικούς ρόλους που χάθηκαν ήταν εκείνος του γονέα, λόγω του γάμου των παιδιών και της αποχώρησης τους από το πατρικό σπίτι, ενώ ένας επίσης πολύ σημαντικός ρόλος ήταν εκείνος του παππού και της γιαγιάς, ο οποίος εξασθένησε λόγω της μετακίνησης των παιδιών στα αστικά κέντρα και των γρήγορων ρυθμών της καθημερινότητας. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα ο κοινωνικός και συγγενικός ιστός να έχει υποστεί αποδιάρθρωση και οι ηλικιωμένοι βίωναν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Ο ρόλος αυτός όμως είναι πολύ σημαντικός, όχι μόνο για τους ηλικιωμένους αλλά και για τα παιδιά και τα εγγόνια τους για τους εξής λόγους: για τους μεν ηλικιωμένους η υιοθέτηση αυτού του ρόλου επιφέρει θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Στα θετικά περιλαμβάνονται τα συναισθήματα χαράς αλλά και προσφοράς προς την οικογένεια, κάνοντας τους να έχουν ενεργό ρόλο μέσα σε αυτή, να νιώθουν χρήσιμοι και μέτοχοι στην ανατροφή των εγγονιών τους καθώς και να αποφεύγεται κάθε αίσθημα μοναξιάς και απομόνωσης για τους ίδιους. Στα αρνητικά περιλαμβάνονται απουσία προσωπικού χώρου και χρόνου, καταπίεση προσωπικών επιθυμιών και αναγκών, αίσθημα επιβάρυνσης προς την οικογένεια. Για τα παιδιά δε σημαίνει διευκόλυνση και παροχή βοήθειας, ενώ για τα εγγόνια ο ρόλος αυτός έχει μορφωτικό χαρακτήρα καθώς οι ηλικιωμένοι αποτελούν «φορέα γνώσης, εμπειρίας και κωδικών ηθικής τάξης» (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:33), με αποτέλεσμα η επαφή αυτή να είναι ανυπολόγιστης αξίας για τον εμπλουτισμό και την διαμόρφωση της προσωπικότητάς τους.

Όσον αφορά τον ηλικιωμένο του σήμερα ένας από τους σημαντικότερους ρόλους που φαίνεται να κατέχει είναι αυτός της οικονομικής προσφοράς προς την οικογένεια, η οποία αδυνατεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις της καθημερινότητας λόγω των υφιστάμενων οικονομικών συνθηκών. Οι νέες συνθήκες στην χώρα μας

φαίνεται να οδηγούν την οικογένεια να λαμβάνει την παλιά εκτεταμένη μορφή της, η οποία όμως λαμβάνει τη μορφή αυτή ξανά από ανάγκη και όχι από επιλογή. Πρώτον επιστροφή των παιδιών στο πατρικό σπίτι, δεύτερον αλλαγή διαμονής κατοικίας του ηλικιωμένου (στο σπίτι των παιδιών) και τρίτον αλλαγή χώρου διαμονής των ηλικιωμένων γονιών από το ίδρυμα στο σπίτι των παιδιών. Οι παραπάνω τρόποι έχουν σαν στόχο την οικονομική συνεισφορά των ηλικιωμένων μέσω του εισοδήματος και της σύνταξής τους στην οικογένεια για την κάλυψη αναγκών, το οποίο αποτελεί δικαίωμα τους και η μη παροχή των πόρων αυτών αποτελεί καταπάτηση των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Επομένως, οι ηλικιωμένοι πλέον αναγκάζονται να περιορίζουν τις δικές τους επιθυμίες και ανάγκες, ώστε να συνεισφέρουν οικονομικά στα παιδιά τους. Το γεγονός αυτό κάποιες φορές αποτελεί επιλογή των ίδιων των ατόμων τρίτης ηλικίας, αλλά κάποιες φορές δεν τους δίνεται η δυνατότητα να επιλέξουν και απλά υπακούουν στις αποφάσεις των παιδιών τους.

Τα παραπάνω ίσως να πρέπει να προβληματίσουν σχετικά με την αντίληψη που υπάρχει για τον ρόλο και την θέση των ηλικιωμένων στην οικογένεια. Πρέπει να γίνει κατανοητή η σημαντικότητα των ρόλων και της θέσης των ηλικιωμένων, οι οποίοι δεν μπορούν να αποτελούν μόνο πηγή εσόδων και παροχών προς αυτήν. Με τον τρόπο αυτό ενδεχομένως οι ηλικιωμένοι να γίνουν αποδέκτες παροχής πολύ σημαντικών συναισθημάτων και μέσω αυτής της επαφής να γίνει προσπάθεια γεφύρωσης του χάσματος που υπάρχει μεταξύ των γενεών.

### 1.6.2 Συνθήκες διαβίωσης των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο

Ο αγροτικός χώρος χαρακτηρίζεται από έντονες γεωμορφολογικές και παραγωγικές διαφορές, οι οποίες επιβάλλουν διαφορετικές μορφές οργάνωσης της ζωής και διαμορφώνουν διαφορετικές αξίες και νοοτροπίες (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

«Όσον αφορά τις συνθήκες ζωής των ηλικιωμένων διαφοροποιούνται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία και την οικογενειακή τους κατάσταση» (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:70). Ο τρόπος ζωής που χαρακτηρίζει τον ηλικιωμένο στον αγροτικό χώρο και ο οποίος εντάσσεται στο ευρύτερο πλαίσιο ζωής της υπαίθρου είναι η ενασχόληση του με την γεωργία. Ο λόγος για τον οποίο συνεχίζουν τα ηλικιωμένα άτομα που ζουν στην ύπαιθρο να πραγματοποιούν εργατικές εργασίες μπορεί να οφείλεται σε διαφορετικούς πιθανούς λόγους. Ένα πιθανό αίτιο είναι ότι η εργασία αυτή λειτουργεί ενισχυτικά στην σύνταξή τους. Επίσης, ειδικά τα τελευταία

έτη της οικονομικής κρίσης, οι ηλικιωμένοι που ζουν στις αγροτικές περιοχές αποφασίζουν να συνεχίζουν τις αγροτικές εργασίες, έτσι ώστε να μπορούν να βοηθούν τα παιδιά τους που ζουν συνήθως στην πόλη. Τέλος, υπάρχει μια μερίδα ηλικιωμένων, οι οποίοι συνεχίζουν να εργάζονται για συναισθηματικούς λόγους, καθώς δεν μπορούν να αποχωριστούν τη γη (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Αυτός ο τρόπος ζωής παρέχει στο ηλικιωμένο άτομο θετικά και αρνητικά αποτελέσματα. Στα θετικά μπορούν να συμπεριληφθούν συναισθήματα χαράς και ικανοποίησης για την συνέχεια της άσκησης του επαγγέλματος τους και το αίσθημα ότι παραμένουν ενεργοί και παρέχουν βοήθεια. Ενώ αρνητικά ενδεχομένως να αποτελούν το αίσθημα ανεπάρκειας για το λόγο ότι η σύνταξη τους δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις καθημερινές τους ανάγκες, η έλλειψη κοινωνικών επαφών λόγω μη σταθερού ωραρίου με αρνητικά αποτελέσματα στην δικτύωση και κοινωνικοποίηση τους, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και ενασχόλησης με τον εαυτό τους και με προσωπικές τους ανάγκες. Όσον αφορά το θέμα της σύνταξης που προαναφέρθηκε, λόγω των σημερινών οικονομικών συνθηκών που επικρατούν στην χώρα μας, μια πιθανή μείωση θα μπορούσε να επιφέρει αρνητικά αποτελέσματα στο εισόδημα τους, να επιδεινώνει τις συνθήκες και την ποιότητα ζωής τους, να περιθωριοποιούνταν κοινωνικά και να ήταν οικονομικά εξαρτημένοι από τρίτους. Ένα ακόμη αρνητικό που μπορεί να συμπεριληφθεί είναι η απουσία νοσοκομείων και εξειδικευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη των αναγκών της υγείας τους. (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002). Τέλος ένα ακόμη αρνητικό που μπορεί να αναφερθεί είναι η απομάκρυνση τους από μέσα εφοδιασμού και υπηρεσίες, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την λειτουργικότητα και τον βαθμό της ποιότητας ζωής τους.

### 1.6.3. Ρόλοι ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο

Όσον αφορά τους ηλικιωμένους στον αγροτικό χώρο αποτελούν μια κατηγορία με ιδιαιτερότητες. Εκτός από τα κοινά χαρακτηριστικά και ρόλους που έχουν όλοι οι ηλικιωμένοι εμφανίζει μια σειρά από δικά της γνωρίσματα. Η ιδιαιτερότητα αυτή οφείλεται στο διαφορετικό τρόπο ζωής και εργασίας, αλλά και στα διαφορετικά ενδιαφέροντα (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002).

Ερχόμενοι στην σημερινή εποχή αρκετοί είναι οι ρόλοι των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο οι οποίοι έχουν υποστεί αλλαγές. Παράλληλα θα πρέπει να αναφερθεί ότι συνεχίζει να υπάρχει ένα αρνητικό στερεότυπο, το οποίο είναι κοινό στον αστικό

και αγροτικό χώρο για την γήρανση, η οποία θεωρείται ως μια «διαδικασία πτώσης και απώλειας ικανοτήτων και όχι ως πλούτος εμπειριών» (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:42). Επιπλέον υπάρχουν κοινές βιολογικές και οργανικές αλλαγές και στους δυο χώρους, διαφέρει όμως ο ρυθμός και ο τρόπος που τις βιώνουν οι ηλικιωμένοι του εκάστοτε χώρου.

Όμως με την πάροδο του χρόνου και με την εξέλιξη της κοινωνίας και της επιστήμης που έχουν επιφέρει «ταχεία εξειδίκευση, εντατικοποίηση, εκσυγχρονισμό παραγωγής, νέες τεχνικές, μέθοδοι και τύποι παραγωγής» (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:35), καθώς και λόγω του φαινομένου της αστικοποίησης με την «υιοθέτηση αστικών προτύπων διαβίωσης» έχουν επέλθει αλλαγές (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:40). Οι αλλαγές αυτές σχετίζονται με «τα χαρακτηριστικά, τις λειτουργίες και τον ρόλο της αγροτικής οικογένειας αλλά και γενικά του αγροτικού χώρου ο οποίος συρρικνώνεται και σταδιακά περιθωριοποιείται» (Μωυσίδης, Ανθόπουλος, Ντύκεν, 2002:36). Το αποτέλεσμα των αλλαγών αυτών είναι η επιδείνωση του χάσματος μεταξύ των γενεών και οι αλλαγές που έχουν επέλθει στους ρόλους των ηλικιωμένων στον αγροτικό χώρο, που ήδη προαναφέρθηκαν.

## **1.7 Η ΕΝΕΡΓΟΣ ΓΗΡΑΝΣΗ ΚΑΙ ΟΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΗΣ**

### 1.7.1. Ενεργός γήρανση

Το 2012 ορίστηκε ως Έτος Ενεργούς Γήρανσης και Αλληλεγγύης μεταξύ Γενεών. Η λέξη «ενεργός» αναφέρεται στη συνέχιση της συμμετοχής σε κοινωνικό, οικονομικό, πολιτιστικό και πνευματικό επίπεδο. Από το 2012 ο ευρωπαϊκός πληθυσμός ηλικίας επαγγελματικής απασχόλησης θα αρχίσει να συρρικνώνεται, ενώ ο πληθυσμός άνω των 60 ετών θα συνεχίσει να αυξάνεται κατά περίπου δύο εκατομμύρια ανθρώπους ετησίως. Σύμφωνα με την Eurostat η απασχόληση του ηλικιωμένου πληθυσμού έχει αυξηθεί σημαντικά κατά την τελευταία δεκαετία. Ενώ το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων ηλικίας 20 έως 64 ετών αυξήθηκε στην Ευρωπαϊκή Ένωση κατά 2,1 ποσοστιαίες μονάδες (από 66,5% το 2000 σε 68,6% το 2010), το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας αυξήθηκε περισσότερο κατά 10,6 ποσοστιαίες μονάδες για τις ηλικίες 55 έως 59 ετών (από 50,3% σε 60,9%) και κατά 7,5 ποσοστιαίες μονάδες για τις ηλικίες 60 έως 64 ετών

(από 23,0% σε 30,5%). Το ποσοστό απασχόλησης των ατόμων ηλικίας 65 ετών και άνω έχει παραμείνει γύρω στο 5%. <http://europedia.moussis.eu/discus/discus-1327566409-28262-15677.tkl?lang=gr>

**Ενεργός γήρανση** σημαίνει να μεγαλώνουμε με υγεία και ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας, να αισθανόμαστε πιο ικανοποιημένοι από την δουλειά μας, πιο ανεξάρτητοι στην καθημερινή μας ζωή και πιο ενεργοί πολίτες. <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=el>

Ενώ σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), **ενεργός γήρανση** είναι η διαδικασία της βελτιστοποίησης των ευκαιριών για την υγεία, τη συμμετοχή και την ασφάλεια, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία. Ισχύει τόσο για τα άτομα όσο και για τις ομάδες του πληθυσμού [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html).

Ανεξάρτητα από την ηλικία, ο καθένας μας έχει δικαίωμα να ζει και να απολαμβάνει την ζωή του έχοντας ποιότητα και να είναι όσο το δυνατόν ενεργότερο μέλος της κοινωνίας. Στόχοι λοιπόν του Ευρωπαϊκού έτους γήρανσης είναι η μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση, η διάδοση ορθών πρακτικών, η ενθάρρυνση των φορέων χάραξης πολιτικής και των ενδιαφερόμενων μερών σε όλα τα επίπεδα ώστε να διευκολύνουν την ενεργό γήρανση.

<http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=977&langId=el>

Οι ηλικιωμένοι σε πολλές Δυτικές κοινωνίες θεωρούνται απειλή και βάρος για τους νεότερους εργαζόμενους, όμως όλοι μπορούν να επωφεληθούν από αυτούς και από τις εμπειρίες τους. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να αντιμετωπίσουμε τη γήρανση, οι ηλικιωμένοι να παραμείνουν ενεργοί και να υπάρχει δυνατότητα παροχής ποιοτικής γήρανσης. Το Ευρωπαϊκό έτος καλύπτει τρεις διαστάσεις της ενεργούς γήρανσης:

- *Η ενεργός γήρανση στην απασχόληση*

Η ενθάρρυνση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας να εξακολουθήσουν να απασχολούνται, προϋποθέτει κυρίως τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και την προσαρμογή τους στην κατάσταση υγείας και στις ανάγκες τους, την αναβάθμιση των δεξιοτήτων τους με την παροχή καλύτερης πρόσβασης στη διά βίου μάθηση και την επανεξέταση των συστημάτων φορολόγησης και παροχών για να διασφαλιστεί ότι παρέχονται επαρκή κίνητρα για παράταση του επαγγελματικού βίου.



- Συμμετοχή στην κοινωνία

Βελτίωση των ευκαιριών και των προϋποθέσεων ώστε τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να μπορούν να συμβάλουν στην κοινωνία ως εθελοντές ή ως οικογενειακοί βοηθοί και να συμμετέχουν στην κοινωνία, αποφεύγοντας έτσι την κοινωνική απομόνωση και πολλά από τα συναφή προβλήματα και κινδύνους της.

- Ανεξάρτητη διαβίωση

Προώθηση της υγείας και προληπτική ιατρική με μέτρα που μεγιστοποιούν τα έτη υγιούς ζωής και προλαμβάνουν την εξάρτηση, καθώς και έρευνα ώστε το περιβάλλον (δημόσια κτίρια, υποδομές, μεταφορές) να γίνουν πιο φιλικά προς τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και να τους επιτρέπουν να παραμένουν κατά το δυνατόν ανεξάρτητα <http://www.ando.gr/europedirect/news/ee2012>. Οι συμμετέχουσες χώρες στην προσπάθεια του Ευρωπαϊκού έτους ενεργούς γήρανσης είναι οι εξής:

 Αυστρία	 Γερμανία	 Λουξεμβούργο
 Βέλγιο	 Ελλάδα	 Μάλτα
 Βουλγαρία	 Ουγγαρία	 Ολλανδία
 Κύπρος	 Ισλανδία	 Νορβηγία
 Τσεχική Δημοκρατία	 Ιρλανδία	 Πολωνία
 Δανία	 Ιταλία	 Πορτογαλία
 Εσθονία	 Λετονία	 Ρουμανία
 Φινλανδία	 Λιχτενστάιν	 Σλοβακία
 Γαλλία	 Λιθουανία	 Σλοβενία
 Ισπανία	 Σουηδία	 Ηνωμένο Βασίλειο

Κάθε μια από τις παραπάνω χώρες έχει ορίσει έναν εθνικό συντονιστή ο οποίος οργανώνει τις εθνικές δραστηριότητες, βοηθά στην προώθηση των τοπικών

και περιφερειακών δραστηριοτήτων και επιχειρεί να εμπλέξει όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη στο Ευρωπαϊκό Έτος.

### 1.7.2. Θεωρίες της γήρανσης

Ορισμένες κοινωνικές θεωρίες της γήρανσης σύμφωνα με τις Nies & McEwen (2001:490) είναι οι ακόλουθες:

- Η θεωρία της **Ενεργοποίησης-Δραστηριοποίησης/Activity theory**. Το κλειδί για τα γηρατειά είναι η διατήρηση άριστων επιπέδων ενεργητικότητας από την μέση ακόμα ηλικία. Η θεωρία οδήγησε στην ίδρυση πολλών κέντρων ενεργοποίησης – δραστηριοποίησης.
- Η θεωρία της **Απόσυρσης/Disengagement theory**. Καθώς οι άνθρωποι γηράσκουν οι ανάγκες τους μεταβάλλονται και από την ενεργό συμμετοχή οδηγούνται στην απόσυρση για περισυλλογή σχετικά με το νόημα της ζωής και τον επερχόμενο θάνατο. Εκτός από απόσυρση του ατόμου από την κοινωνική ζωή υπάρχει και η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων ατόμων. Η θεωρία αυτή προκάλεσε μεγάλες διαφωνίες.
- Η **Κοινωνιοπεριβαλλοντική** θεωρία/**Socio-Environmental theory**. Αυτή η θεωρία απαντά στις δυο προηγούμενες. Ως ολιστική θεωρία, εντάσσει τους ηλικιωμένους στο κοινωνικό και περιβαλλοντικό τους πλαίσιο. Θεμελιώνεται στις τρεις παρακάτω βασικές συνιστώσες:
  - Κανονιστική συνιστώσα: περιλαμβάνει συνήθειες μορφές συμπεριφοράς των ηλικιωμένων, σε κοινωνικές καταστάσεις.
  - Ατομική συνιστώσα: βασίζεται στο βαθμό συμπεριφορικής ευελιξίας που έχουν τα ηλικιωμένα άτομα από την άποψη των πόρων (π.χ. υγεία και χρήματα).
  - Προσωπική συνιστώσα: τα ηλικιωμένα άτομα εξετάζουν τη σημασία που έχουν για αυτούς οι κανόνες και τις αλληλεπιδράσεις τους με τους άλλους.
- Η θεωρία της **Απώλειας των σημαντικών κοινωνικών ρόλων/Social Breakdown and Competence theory**: η θεωρία αυτή αντέκρουσε την θεωρία της κοινωνικής απόσυρσης, με βάση τον ισχυρισμό ότι η απόσυρση επιβλήθηκε λόγω της άρνησης του κοινωνικού ρόλου των ατόμων μεγάλης ηλικίας (π.χ. υποχρεωτική συνταξιοδότηση).

- Η θεωρία της **Συνέχειας/Continuity theory**: Η μοναδική προσωπικότητα, τα συμπεριφορικά χαρακτηριστικά και οι συνήθειες ενός ατόμου κατά την διάρκεια της ζωής του συνεχίζουν να υπάρχουν ως τα γηρατειά. Η θεωρία αυτή προσπαθεί να εξισορροπήσει τις ακρότητες των θεωριών δραστηριοποίησης και απόσυρσης.
- Η θεωρία των **Κοινωνικά αποδιοργανωτικών γεγονότων/Social-disruption theory**: εάν υπάρξει σοβαρή αποδιοργάνωση της ζωής, με διάφορους τρόπους σε σύντομες χρονικές περιόδους (π.χ. συνταξιοδότηση ή απώλεια συζύγου), το άτομο αντιδρά με κοινωνική απόσυρση. Η αντίδραση αυτή πρέπει να αναιρεθεί με την πάροδο του χρόνου, εάν όμως το άτομο αποσυρθεί δύσκολα αποκαθίσταται.
- Η θεωρία της **Αναδόμησης/The remodeling theory**: ο αρνητικός στιγματισμός των ηλικιωμένων από την πλευρά της κοινωνίας και ο αυτοστιγματισμός μετά από αρνητικά γεγονότα της ζωής οδήγησε στην άποψη ότι τα ηλικιωμένα άτομα είναι ανίκανα και ανήμπορα.
- Η θεωρία **Περί διαστρωμάτωσης της ηλικίας/Aging theory based on group selection**: η θεωρία αυτή αξιώνει την ύπαρξη αναπόφευκτης κοινωνικής διαστρωμάτωσης βάση ηλικίας και κοινωνικής τάξης. Η σχετική κοινωνική ανισότητα των ηλικιωμένων ατόμων σε δεδομένο χρόνο ή κατάσταση, εξαρτάται από τα τυπικά τους βιώματα στην πορεία της ζωής τους και οφείλετε κυρίως στις σωματικές και ψυχολογικές μεταβολές που επιτελούνται και στις ιστορικές περιόδους (π.χ. πόλεμοι) τις οποίες βίωσαν.
- Η θεωρία του **Εκσυγχρονισμού/Modernization theory**. Η απώλεια της κοινωνικής θέσης των ηλικιωμένων συνιστά οικουμενική εμπειρία, σε όλους τους πολιτισμούς, στην διάρκεια της οποίας λαμβάνει χώρα η διεργασία του εκσυγχρονισμού, που επηρεάζει κυρίως τους νέους και που περιλαμβάνει συνήθως την νέα τεχνολογία.
- Η θεωρία **Περί φθοράς του προτύπου/Wear and tear theory**: η θεωρία αυτή εστιάζεται στις εκφυλιστικές πλευρές της γήρανσης και στους πολλαπλούς βαθμούς εκφύλισης. Βασίζεται στην ιδέα ότι ουσιαστικά "εξαντλούνται" τα θεμελιώδη στοιχεία της ζωτικής διεργασίας.
- Η θεωρία της **Αυτοανοσίας/Autoimmune theory**: η θεωρία αυτή βασίζεται στην υπόθεση ότι με την πάροδο της ηλικίας, αυξάνονται οι μεταλλάξεις κατά την κυτταρική διαίρεση και ο οργανισμός αντιδρά στις μεταλλάξεις αυτές ως

ξένο υλικό. Σε μια προσπάθεια εξουδετέρωσης των μεταλλάξεων αυτών, σχηματίζονται αντισώματα, με συνέπεια την ανάπτυξη αυτοανοσίας. Αν και οι αυτοάνοσες απαντήσεις στοχεύουν στο να είναι προσαρμόσιμες με την πάροδο του χρόνου, οι απαντήσεις αυτές οδηγούν στην καταστροφή των ιστών του ίδιου του σώματος.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup> ΥΓΕΙΑ- ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ-ΠΡΟΛΗΨΗ

### 2.1 Υγεία- Ολιστικό Μοντέλο Υγείας

#### 2.1.1.Ορισμοί για την υγεία

Ο WHO (1958, στον Σαρρή 2001: 67), όρισε ότι «υγεία» δεν σημαίνει μόνο απουσία της νόσου, αλλά επιπλέον σημαίνει πλήρης σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Επίσης η υγεία αποτελεί θεμελιώδες δικαίωμα του κάθε ανθρώπου. Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζεται πρώτα απ' όλα η ύπαρξη δύο παραμέτρων που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Σε ότι αφορά την ευεξία εννοείται η ύπαρξη της ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική.

Σύμφωνα με τον WHO (1986:73, στις Nies & McEwen, 2001), «υγεία» είναι ο βαθμός στον οποίο ένα άτομο ή μια ομάδα μπορεί αφενός να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες του και αφετέρου να αλλάξει ή να αντιμετωπίσει με επιτυχία το περιβάλλον. Η υγεία συνεπώς θεωρείται ως μέσο για την καθημερινή ζωή και όχι ως ο σκοπός της ζωής. Πρόκειται για μια θετική αντίληψη που δίνει έμφαση στους κοινωνικούς προσωπικούς πόρους και τις ικανότητες.

Ο Orem (1995 στις Nies & McEwen, 2001), αναφέρει ότι «υγεία» είναι μια κατάσταση του ατόμου που χαρακτηρίζεται από καλή υγεία ή πληρότητα των επιτευγμάτων ανθρώπινων δομών και της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας. (Orem, 1995 στις Nies & McEwen, 2001:6)

Σύμφωνα με τους Twaddle και Hessler (1977) η υγεία έχει τρεις διαστάσεις: **α)Βιολογική υγεία, β) Ψυχολογική υγεία, γ) Κοινωνική υγεία.** Η υγεία είναι μια δύσκολη έννοια ως προς τον προσδιορισμό της και διαμορφώνεται από την κουλτούρα, την κοινωνία καθώς και τις περιβαλλοντικές παραμέτρους του κάθε ατόμου. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την υγεία είναι :

- ο Εσωτερικοί παράγοντες: η ανάπτυξη ενός ανθρώπου, η διανοητική κατάσταση, οι συναισθηματικοί, πνευματικοί και θρησκευτικοί παράγοντες.
- ο Εξωτερικοί παράγοντες: οικογένεια, κοινωνία, πολιτιστικά χαρακτηριστικά, διαπολιτισμικό περιβάλλον και τρόπο ζωής (Χαραλάμπου, Κλεισιάρη, χ.χ ).

Οι παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν περισσότερο την υγεία είναι οι οικονομικοί όπως η φτώχεια ή η ανεργία. Παράλληλα όμως και άλλοι παράγοντες

που την επηρεάζουν είναι οι κοινωνικοί όπως η ποιότητα των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου και γεγονότα της ζωής που προκαλούν άγχος (Σαρρή:2001). Η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες ευημερίας. Σύμφωνα με τον Σαρρή (2001:69), «το εννοιολογικό περιεχόμενο της υγείας και της αρρώστιας λαμβάνει διαφορετική θεώρηση ανάλογα με την χρονική περίοδο και τις ειδικές κοινωνικές συνθήκες που κυριαρχούν σε αυτή». Επίσης αναφέρει ότι «η υγεία αρχίζει από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία». Οι άνθρωποι λοιπόν «οφείλουν να αναζητούν καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της αρρώστιας, της αναπηρίας ή της ανικανότητας» (Σαρρή, 2001:67). Η υγεία συμβάλλει ουσιαστικά στην βελτίωση του επιπέδου της κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης μιας χώρας καθώς και γενικότερα στην προαγωγή του κοινωνικού συνόλου. Σύμφωνα με τον Σούλη (1987 στους Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη, 2001:42) «το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού σήμερα επηρεάζεται από ένα σύνολο αιτιολογικών παραγόντων». Οι πιο σημαντικοί είναι: το εισόδημα και ο τρόπος διανομής του, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό-μορφωτικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, τα καταναλωτικά πρότυπα φαρμάκου, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσηλευτικής περίθαλψης. Οι παραπάνω παράγοντες κατηγοριοποιούνται ως εξής:

- Κοινωνικό-οικονομική δομή κοινωνίας: τρόπος παραγωγής, σχέσεις παραγωγής, καταμερισμός εργασίας, κοινωνική διαστρωμάτωση.
- Οικονομικό-πολιτικοί παράγοντες: επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής ανάπτυξης, προγραμματισμός του τομέα υγείας, αποδοτικότητα του συστήματος υγείας.
- Κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες: τρόπος ζωής, ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά κατοικίας, αστική και εργατική διάρθρωση, κοινωνικές ανισότητες
- Ψυχοκοινωνικοί και πολιτισμικοί παράγοντες: ήθη και έθιμα, επίπεδα αλφαριθμητισμού, ποιότητα εκπαιδευτικού συστήματος, συνήθειες, τάσεις και στάσεις απέναντι στην υγεία και την αρρώστια.
- Περιβαλλοντολογικοί παράγοντες(οικολογικοί): επίπεδο μόλυνσης του περιβάλλοντος, βαθμός προστασίας των οικοσυστημάτων.

- Γεωγραφικοί παράγοντες(γεωφυσικοί): Φυσικός πλούτος, πρώτες ύλες, παραγωγικότητα γης, κλιματολογικές συνθήκες, επικοινωνίες.
- Δημογραφικοί παράγοντες: ρυθμός εξέλιξης πληθυσμού, αστική και αγροτική πυκνότητα, εσωτερική και εξωτερική μετανάστευση, σύνθεση του πληθυσμού κατά φύλο, ηλικία, επάγγελμα κ.λπ., οικογενειακός προγραμματισμός.
- Υγειονομικοί και ιατρικοί παράγοντες: επίπεδο και εξέλιξη επιδημιολογικών και ιατρικών γνώσεων και πρακτικών (Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης, 2001:42-44).

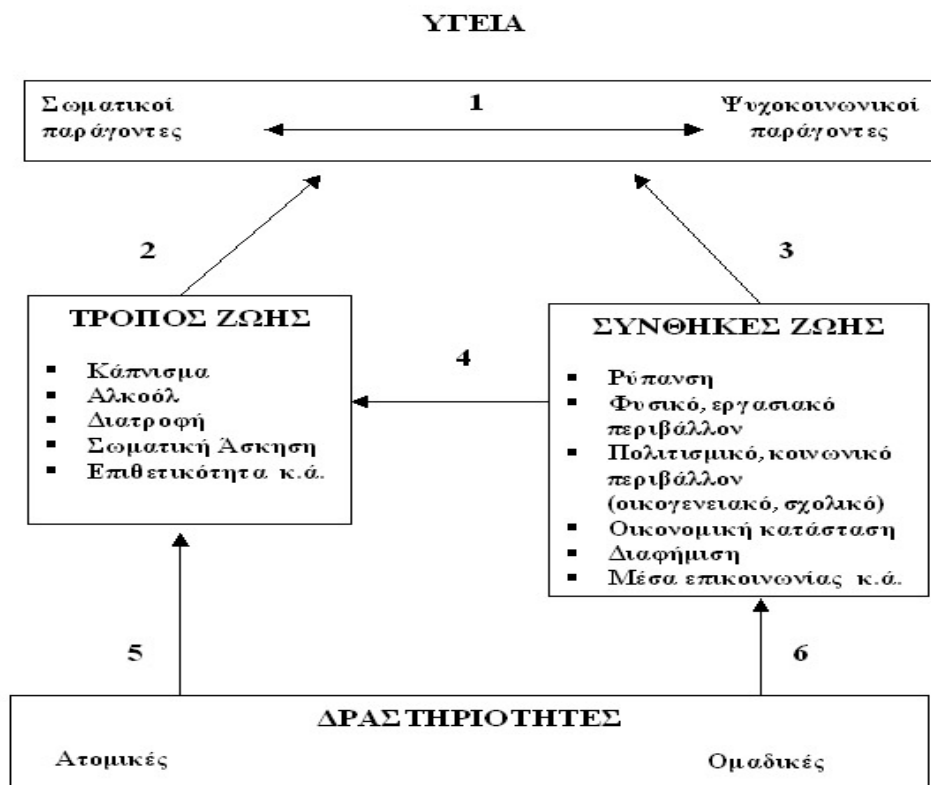
Προς τα τέλη του 19ου αιώνα και τις αρχές του 20ού, τα επιτεύγματα της βιοϊατρικής και της μικροβιολογίας οδήγησαν στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου σώματος σαν «μηχανή» και η υγεία ταυτίστηκε με την απουσία αρρώστιας. Η επικράτηση αυτής της ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η κυριαρχία ενός βιοϊατρικού μοντέλου σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20ού αιώνα. Στην συνέχεια όμως με την πάροδο των χρόνων, έχει επικρατήσει η εξής άποψη: όσον αφορά την υγεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όχι μόνο τα φαινόμενα που σχετίζονται με την αρρώστια και τον θάνατο, αλλά και τα φαινόμενα τα οποία αντανακλούν τη ψυχολογική και φυσική κατάσταση των ηλικιωμένων (ψυχική και κοινωνική ευεξία, φυσική κατάσταση, δεξιότητες, δυνατότητες κ.ά.), όπως αυτά διαπλέκονται στο πλαίσιο ενός ενιαίου «συστήματος» (Τούντας, 2010).

### 2.1.2. Ολιστικό μοντέλο υγείας

Σύμφωνα με τον Σαρρή (2001), υπάρχουν πέντε εννοιολογικές και ερμηνευτικές προσεγγίσεις του πολυδιάστατου φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας οι οποίες είναι: η βιο-ιατρική, κοινωνικό-οικονομική, κοινωνιολογική, πολιτισμική και πολιτική προσέγγιση. Επιπλέον υπάρχει η **ολιστική θεώρηση** της υγείας και της αρρώστιας, η οποία επικεντρώνεται στην «κοινωνική τους διάσταση, υποστηρίζοντας ότι η αρρώστια δεν αποτελεί μόνο ένα βιολογικό φαινόμενο» (Σαρρής, 2001:68). Δηλαδή η θεώρηση αυτή δεν λαμβάνει υπόψη μόνο την βιολογική υπόσταση του ατόμου αλλά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο ζει. Η υγεία θα μπορούσε να απεικονιστεί σαν ένα σύνθετο μοντέλο που περιέχει αλληλοεξαρτώμενες σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές παραμέτρους. Με την σειρά του ο Τούντας (2010), υποστηρίζει ότι η ολιστική αντίληψη αποκαθιστά την ενότητα

σώματος-ψυχής, φωτίζοντας τη μελέτη των ψυχοσωματικών διαταραχών που παρουσιάζουν ραγδαία αύξηση τα τελευταία χρόνια και θέτει στο επίκεντρο του ορισμού της υγείας την έννοια της δυναμικής ισορροπίας. Η ισορροπία μεταξύ βιολογικών, ψυχικών, περιβαλλοντικών και κοινωνικών παραγόντων αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της υγείας, σύμφωνα με την οποία: υγεία είναι η δυναμική ισορροπία του εσωτερικού με το εξωτερικό περιβάλλον, που παρέχει στο άτομο τη δυνατότητα να ζει δημιουργικά, σύμφωνα με τις πεποιθήσεις του και τις επιδιώξεις του.

Στο παρακάτω σχήμα φαίνεται σύμφωνα με την ολιστική αντίληψη για την υγεία πως το άτομο δεν επηρεάζεται μόνο από την βιολογική του υπόσταση αλλά και από το περιβάλλον στο οποίο ζει.



*Γενική/Ολιστική θεώρηση της υγείας*

Πηγή: Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο



## 2.2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΤΕΣ

### 2.2.1. Ποιότητα ζωής

Ο όρος «ποιότητα ζωής» χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της γενικής ευημερίας των ατόμων και των κοινωνιών. Η ποιότητα ζωής δεν πρέπει να συγχέεται με την έννοια του βιοτικού επιπέδου, η οποία βασίζεται κυρίως στο εισόδημα. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινός αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, ειδικά αφού η έννοια βρίσκεται στο μεταίχμιο μεταξύ των ανθρωπιστικών, κοινωνικών επιστημών και των επιστημών της υγείας (Lamau, 1992). Σε θεωρητική βάση, η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών, συνθηκών ή τομέων της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Πρόκειται για την ελευθερία δράσης, την επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση, την ακεραιότητα και εκπλήρωση βιολογικών και ψυχοκοινωνικών λειτουργιών στην καθημερινή τους ζωή και τη διατήρηση της υγείας.

Ο Hornquist (1982) θεωρεί ότι συνολικά η ποιότητα ζωής έχει να κάνει με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών αναφορικά με τους σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, υλικούς και διαρθρωτικούς τομείς της ζωής, ενώ κατά τον Lewis (1982) η ποιότητα ζωής είναι ο βαθμός στον οποίο κάποιος έχει αυτοεκτίμηση, σκοπό στη ζωή και ελάχιστο άγχος. Γενικά, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων (υγεία, κοινωνία, οικονομική κατάσταση, περιβάλλον), που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών με τρόπους συχνά άγνωστους και ανεξερεύνητους (Treasury Board of Canada Secretariat, 2000).

Αρχικά ο όρος της ποιότητας ζωής, μετά τον Β' Παγκόσμιο πόλεμο «εξέφραζε την κατοχή, κυρίως υλικών αγαθών (αυτοκίνητα, κατοικίες, καταναλωτικά αγαθά) και χρήματος» (Σαρρής, 2001:252). Στην δεκαετία του '60 ο όρος συμπεριελάμβανε πλέον την εκπαίδευση, την υγεία και την διάθεση ελεύθερου χρόνου για δραστηριότητες και ανάπαυση, ενώ την δεκαετία του '70 δίνεται περισσότερη έμφαση στην προσωπική ελευθερία, την συναισθηματική και ψυχοκοινωνική ευεξία (Σαρρής, 2001). Είναι δύσκολο να καθοριστεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα ζωής, παρόλο το γεγονός ότι κατά καιρούς έχει χρησιμοποιηθεί από διάφορους φιλόσοφους, ψυχολόγους, ποιητές ή πολιτικούς. Η

έννοια αυτή έχει αναπτυχθεί κυρίως από κοινωνικές επιστήμες αλλά έχει χρησιμοποιηθεί και από διάφορα πεδία στο χώρο της υγείας. Μαζί με την υγεία η ποιότητα ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο κοινωνικό φαινόμενο. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης (2001), η ποιότητα ζωής αφορά ένα σύμπλεγμα αλληλοεπιδρώντων παραμέτρων ικανοποιητικής λειτουργίας σε τρεις κυρίως διαστάσεις: την φυσική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Η φυσική ευεξία αναφέρεται στην εκτίμηση που έχει ο ασθενής για την υγεία του και την φυσική του κατάσταση όπου του επιτρέπουν να ασχολείται με διαφόρου τύπου δραστηριότητες. Η κοινωνική ευεξία αναφέρεται στον βαθμό γενικής ικανοποίησης από την ζωή, στην συμμετοχή του ατόμου σε κοινωνικές δραστηριότητες και στην υιοθέτηση κοινωνικών ρόλων, ενώ η ψυχική ευεξία εξετάζει την νοσηρότητα, τον πόνο και το επίπεδο της φυσικής λειτουργικότητας. Με αποτέλεσμα η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων να βρίσκεται σε χαμηλό επίπεδο και να προκαλούνται ψυχοκοινωνικά και οικονομικά προβλήματα στα άτομα τρίτης ηλικίας.

Όπως ήδη έχει αναφερθεί στο υποκεφάλαιο 2.1, η υγεία αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παραμέτρους για την ευημερία ενός ατόμου και

«είναι μια κατάσταση την οποία βιώνει το άτομο και η οποία χαρακτηρίζεται από καλή υγεία ή πληρότητα των επιτευγμάτων ανθρώπινων δομών και της σωματικής και ψυχικής λειτουργικότητας»

(Orem, 1995 στις Nies & McEwen, 2001:6).

Από αυτό γίνεται κατανοητό ότι η υγεία συνδέεται άμεσα με την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, καθώς ο υγιής άνθρωπος θεωρείται ότι έχει υψηλό επίπεδο ποιότητας ζωής. Επιπλέον η υγεία και η ποιότητα ζωής επηρεάζονται από ένα σύνολο παραγόντων από τους οποίους οι σημαντικότεροι σύμφωνα με τους Θεοδώρου, Σαρρή και Σούλη (1997, στον Σαρρή, 2001) είναι: το εισόδημα, ο τρόπος και ο τόπος διαμονής, οι κλιματολογικές συνθήκες, η διατροφή, το εκπαιδευτικό, μορφωτικό και πολιτιστικό επίπεδο, ο τρόπος ζωής, το επίπεδο κοινωνικό-οικονομικής και ανθρώπινης ανάπτυξης, οι κοινωνικές σχέσεις, το επίπεδο διαταραχής της οικολογικής ισορροπίας, οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα κατοικίας, η ποιότητα ιατροφαρμακευτικής και νοσοκομειακής περίθαλψης.

### 2.2.2. Ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία

Όπως ήδη προαναφέρθηκε, η ποιότητα ζωής αναφέρεται στην ευεξία, η οποία όμως γίνεται αντιληπτή είτε ως αντικειμενικός παράγοντας της ζωής ενός ατόμου είτε ως η προσωπική εμπειρία της ζωής του ή ως συνδυασμός και των δύο. «Πολλοί ηλικιωμένοι παραμένουν ενεργητικοί και πλήρως ανεξάρτητοι μέχρι πολύ κοντά στο τέλος της ζωής τους» (ΠΟΥ, 2002: 100).

Για τους ηλικιωμένους η ποιότητα ζωής ταυτίζεται με τα καλά και επιτυχημένα γηρατειά τα οποία σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη (1999:102) είναι «η καλή προσαρμογή του ατόμου μεγάλης ηλικίας στις δυνατότητες και στους περιορισμούς του γήρατος». Τα κριτήρια για επιτυχημένα γηρατειά σύμφωνα με την Lemme (1995 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999) είναι: το μήκος της ζωής, η βιολογική υγεία, η ψυχική υγεία, η γνωστική αποτελεσματικότητα, η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα, ο προσωπικός έλεγχος και η ικανοποίηση από την ζωή. Στόχος του Π.Ο.Υ. (2002:102) για τα καλά γηρατειά είναι μέχρι το 2020,

«τα άτομα άνω των 65 ετών να έχουν την ευκαιρία να απολαμβάνουν το πλήρες δυναμικό υγείας τους και να παίζουν έναν ενεργό ρόλο στην κοινωνία».

Αυτό μπορεί να επιτευχθεί εάν υπάρξει αύξηση τουλάχιστον 20% της αναμενόμενης διάρκειας ζωής χωρίς ανικανότητα στην ηλικία των 65 ετών. Επίσης πρέπει να υπάρξει αύξηση τουλάχιστον κατά 50% των ατόμων ηλικίας άνω των 80 ετών που απολαμβάνουν σε ένα περιβάλλον σπιτικό, ένα επίπεδο υγείας που τους επιτρέπει να διατηρούν αυτονομία, αυτοεκτίμηση και την θέση τους στην κοινωνία (Π.Ο.Υ., 2002). Υπάρχουν πολλές ευκαιρίες να παραμείνει κάποιος ενεργός και να έχει ενδιαφέρον για τη ζωή. Το επίπεδο εκπαίδευσης των ανθρώπων ηλικίας 65 ετών και άνω αυξάνεται και υπάρχουν καινούριες ευκαιρίες για τους ηλικιωμένους να συνεχίσουν την μόρφωση τους. Οι ηλικιωμένοι έχουν ιδρύσει πολιτικές ομάδες και ομάδες δράσης συνταξιούχων για να εκφράσουν τα αιτήματά τους για ανάπτυξη κοινωνικής και υγειακής πολιτικής και υπηρεσιών (Αβεντισιάν- Παγοροπούλου, 2000). Ωστόσο, σε ευρεία κλίμακα φαίνεται ότι πολύ λίγες προσπάθειες γίνονται για την κάλυψη των μεταβαλλόμενων αναγκών και προσδοκιών των ηλικιωμένων, και για την προετοιμασία μιας Ευρώπης που όλο και περισσότερο γηράσκει.

Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων μπορεί να μετρηθεί είτε αντικειμενικά με διάφορες μετρήσεις (στατιστικές, διαγνωστικά μέσα, κανονιστικά κριτήρια), είτε

υποκειμενικά με την ικανοποίηση που το άτομο νιώθει από την ζωή του, με την εικόνα που έχει για τον εαυτό του και την αυτοεκτίμηση του (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι αξιολογούν την ποιότητα ζωής τους θετικά στη βάση των κοινωνικών επαφών, της εξάρτησης, της υγείας τους, των κρίσιμων περιστάσεων και των κοινωνικών συγκρίσεων. Σημαντικό ρόλο στην καλή ποιότητα ζωής τους μπορεί να παίξει το πόσο είναι προσαρμοσμένοι σε ένα χώρο αλλά και οι κοινωνικοί προσδιοριστές, παράγοντες που συσσωρεύονται με την πάροδο των χρόνων.

Τέτοιοι προσδιοριστές μπορεί να είναι σημαντικά γεγονότα, τα οποία έχουν επηρεάσει την ζωή του ατόμου και συγκεκριμένα το έχουν κάνει δυσλειτουργικό σε ψυχοσωματικούς και κοινωνικούς τομείς. Ένα τέτοιο παράδειγμα είναι «οι κοινωνικές απώλειες οι οποίες επιδρούν αρνητικά στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων» (Λυμπεράκη, Τήνιος, Φιλαλήθης, 2009:437). Οι κοινωνικές απώλειες μπορούν να αντιμετωπιστούν με την δημιουργία νέων φιλικών σχέσεων, κοινωνική συμμετοχή του ατόμου σε δράσεις αλλά και με άτυπα υποστηρικτικά δίκτυα (οικογένεια, φιλικό-συγγενικό περιβάλλον). Τα παραπάνω μπορούν να γίνουν για τα ηλικιωμένα άτομα πηγές άντλησης λειτουργικών και συναισθηματικών πόρων και ικανοποίησης των αναγκών για διαμόρφωση και διατήρηση κοινωνικών σχέσεων κατά την διάρκεια της ζωής αλλά και στην περίοδο της γήρανσης (Λυμπεράκη, Τήνιος, Φιλαλήθης, 2009). Άλλος προσδιοριστής για την ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους είναι οι κοινωνικές σχέσεις. Αποτελούν έναν μηχανισμό κοινωνικού περιβάλλοντος, ο οποίος μέσω πολύπλοκων συμπεριφορικών και ψυχολογικών παραγόντων, καθιστά τις επιδράσεις των κοινωνικών προσδιοριστών της υγείας και της ευεξίας, περισσότερο ή λιγότερο ισχυρές, και βοηθά στην βίωση των ανθρώπινων εμπειριών, στην βελτίωση των αισθημάτων αυτοεκτίμησης, στην ενίσχυση της ικανότητας διαχείρισης ψυχοπιεστικών γεγονότων και προσαρμογής σε ψυχοσυναισθηματικές καταστάσεις και στην υιοθέτηση περισσότερων θετικών προτύπων, αντιλήψεων και πρακτικών για την κατανάλωση και την υγεία (Λυμπεράκη, Τήνιος, Φιλαλήθης, 2009).

Η ποιότητα ζωής ενός ηλικιωμένου ατόμου μπορεί να επηρεαστεί από πολλούς παράγοντες όπως σωματικά, ψυχικά και κοινωνικά προβλήματα. Τα προβλήματα υγείας απαιτούν περισσότερα χρήματα αλλά και μπορεί να περιορίζουν τις δραστηριότητές του ατόμου με αποτέλεσμα να πλήττεται η ποιότητα ζωής του αλλά και της οικογένειάς του. Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα σε σχέση με την

υγεία καθώς μεγαλώνουμε είναι η αίσθηση της κόπωσης στο σώμα, της απώλειας των δυνάμεων, της αλλαγής της εικόνας μας, της έκπτωσης των αισθήσεων όπως η ακοή και η όραση αλλά και των νοητικών λειτουργιών όπως η μνήμη. Αυτά τα προβλήματα συχνά συνοδεύονται και από προβλήματα ψυχικής φύσεως. Αυτή η φυσική φθορά του οργανισμού σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αυξήσει το αίσθημα ευαλωτότητας του ατόμου. Έτσι ο ηλικιωμένος μπορεί να αρχίσει να φοβάται ότι είναι ευάλωτος, ότι επιβαρύνει την οικογένειά του, ότι αρχίζει να εξαρτάται από τους άλλους και δεν μπορεί να ζήσει αυτόνομα, σκέψεις αρνητικές στις οποίες υποβόσκει ο φόβος της φθοράς και του θανάτου. Όλες αυτές οι αλλαγές στη ζωή του ηλικιωμένου είναι πολύ πιθανό να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική του υγεία με αποτέλεσμα την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.

Μια από τις παθήσεις που είναι απειλητικές για την ζωή ενός ατόμου είναι τα καρδιαγγειακά νοσήματα (έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακά εγκεφαλικά), που αποτελούν μια από τις συνηθέστερες αιτίες θανάτου στον οικονομικά ενεργό πληθυσμό (άτομα κάτω των 65 ετών). «Τα αγγειακά-εγκεφαλικά επεισόδια ευθύνονται για ένα μεγάλο αριθμό θανάτων ατόμων που ευρίσκονται στην τρίτη ηλικία» (Σαρρή, 2001:328). Οι παραπάνω νόσοι μπορούν να επιφέρουν εκτός από τις συνέπειες στην σωματική υγεία του ατόμου και ψυχολογικές διαταραχές, όπως άγχος ή κατάθλιψη αλλά και ψυχοκοινωνικές διαταραχές στην οικογένεια και στην κοινωνική ζωή του ατόμου, αφού τον κάνουν να μην μπορεί να ασκήσει διάφορες δραστηριότητες και κοινωνικούς ρόλους, με αποτέλεσμα να εμφανίζει περιορισμό και έκπτωση της κοινωνικής ζωής (Finlayson και McEwen 1977, στον Σαρρή, 2001). Επίσης σύμφωνα με τους Mayon et al (1978) ένα έμφραγμα μπορεί να επιφέρει έντονη ψυχοκοινωνική νοσηρότητα και ανικανότητα αντιμετώπισης ψυχολογικών διαταραχών, μείωση της σεξουαλικής δραστηριότητας, ανάπτυξη των οικογενειακών εντάσεων και συγκρούσεων και όπως ο Byrne (1982) αναφέρει και σταδιακή μείωση της επαγγελματικής αποκατάστασης (Σαρρή, 2001). Με την λήψη θεραπευτικών μέτρων από τον ασθενή, οι παρενέργειες οι οποίες μπορούν να εμφανιστούν, είναι δυνατόν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του. Ο έλεγχος του πόνου επηρεάζει θετικά την ποιότητα ζωής του, οι παρενέργειες όμως από τα φάρμακα (κόπωση, αδυναμία, πονοκέφαλοι κ.α.) την επηρεάζουν αρνητικά. «Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρδιαγγειακά νοσήματα επηρεάζεται σε όλους τους τομείς της ζωής του». (Σαρρή,2001:329). Για τον λόγο αυτό η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας

των θεραπευτικών μέτρων δεν πρέπει να περιλαμβάνει παραμέτρους που αφορούν μόνο την σωματική υγεία αλλά και την ψυχοκοινωνική υγεία και ευεξία του ατόμου.

Μια ακόμη χρόνια νόσος απειλητική για την ζωή των ηλικιωμένων και όχι μόνο είναι η αρθρίτιδα, η οποία μπορεί να επηρεάσει την καθημερινή ζωή και την ευεξία του ατόμου. «Η αρθρίτιδα στις δυτικές κοινωνίες αποτελεί μια συνήθη, κοινή χρόνια αρρώστια που προσβάλλει κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας»(Σαρρής, 2001:342). Εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες και οι συνηθέστερες μορφές είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η οστεοαρθρίτιδα. Ένα άτομο το οποίο υποφέρει από αυτή την νόσο έχει ως συνέπειες την απώλεια βάρους, αϋπνίες, έντονους πόνους, πρήξιμο στις αρθρώσεις και υψηλού βαθμού δυσκολίες στην κίνηση. Τα παραπάνω έχουν σαν αποτέλεσμα να δυσκολεύεται το ηλικιωμένο άτομο στην καθημερινή ζωή και ακόμα και κινήσεις που για κάποιους θα ήταν απλές, για τα άτομα αυτά είναι πολύ οδυνηρές και καθιστούν δύσκολη ακόμη και την αυτοεξυπηρέτησή τους. Η αρθρίτιδα εξελίσσεται σε μια διάρκεια μακράς περιόδου και στα τελευταία στάδια δημιουργεί συνθήκες αναπηρίας, ενώ τα θεραπευτικά μέτρα έχουν να κάνουν με φαρμακευτική αγωγή για να απαλύνουν τον πόνο. Βέβαια η χρόνια χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής επιφέρει συνέπειες όπως αναφέρει ο Σαρρής (2001), λύσεις του δέρματος, ναυτία και εμετό, διάρροια, σωματική αδυναμία, διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας και του γαστρεντερικού συστήματος.

Οι επιπτώσεις από την φαρμακευτική αγωγή στην ποιότητα ζωής του ασθενούς αφορούν αλλαγές στην εικόνα του σώματος, μυϊκή καχεξία των άκρων, απειλούμενη όραση, διαβήτης, τριχοφυΐα στις γυναίκες και φαλάκρα στους άντρες. Οι παραπάνω επιπτώσεις «εκδηλώνονται ως προς την σωματική και ψυχοκοινωνική τους λειτουργικότητα» (Σαρρής, 2001:344). Όσον αφορά την σωματική λειτουργικότητα, δημιουργούν περιορισμούς στις καθημερινές δραστηριότητες και εμφανίζουν δυσκολία στην αυτοεξυπηρέτηση του ηλικιωμένου ατόμου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσκολιών σε απλές δραστηριότητες στην καθημερινή τους ζωή όπως ντύσιμο, σωματική υγιεινή, προετοιμασία φαγητού, καθώς ο αφόρητος πόνος τους αναγκάζει να μην μπορούν να λειτουργήσουν και να οδηγούνται σε καταστάσεις ανικανότητας και αναπηρίας. Στην ψυχοκοινωνική λειτουργικότητα δημιουργούνται αισθήματα άγχους, κατάθλιψης, αβεβαιότητας και μειωμένης αυτοεκτίμησης. Επίσης οι σχέσεις με την οικογένεια διαταράσσονται και δημιουργούνται προβλήματα επαγγελματικής φύσεως, που σαν αποτέλεσμα έχουν να δημιουργούνται προβλήματα στις κοινωνικές σχέσεις και να μην μπορούν να

ασκηθούν οι κοινωνικοί ρόλοι. Ενώ το γεγονός ότι είναι εξαρτημένοι από άλλα άτομα μπορεί να επηρεάσει ακόμη περισσότερο την ψυχολογία του ηλικιωμένου ατόμου.

Μια ακόμη νόσος που επηρεάζει κατά πολύ την ποιότητα ζωής των ατόμων και «ως επί το πλείστον, εκδηλώνεται σε άτομα τρίτης ηλικίας» (Σαρρή,2001:346), είναι και η νόσος Alzheimer, μια ευρέως διαδεδομένη νόσος στις μέρες μας. Η νόσος εκδηλώνεται με αιφνίδια και εμφανή αδυναμία μνήμης, που γίνεται αντιληπτή από τα ίδια τα άτομα, τα οποία εμφανίζουν δυσκολία στη ονομασία καθημερινών πραγμάτων και θεμάτων. Αυτό είναι και το πρώτο στάδιο της νόσου και αφού ακολουθήσουν και άλλα όπως νευρολογικές διαταραχές και μεγαλύτερη απώλεια μνήμης στο τελευταίο στάδιο, ο ασθενής γίνεται «άλαλος, βουβός, απαθής, χωρίς δυνατότητα επικοινωνίας, ευρισκόμενος σε φυτική κατάσταση» (Roth, Iverson, 1986 στον Σαρρή, 2001). Η ποιότητα ζωής του ατόμου περιπλέκεται καθώς η νόσος τον κάνει να αναπτύσσει και ψυχιατρικές εκτός από νευρολογικές διαταραχές, γεγονός που προκαλεί ακόμα περισσότερες επιπτώσεις στην ζωή του. Έτσι οι καθημερινές δυσκολίες που τον καθιστούν δυσλειτουργικό θα επηρεάσουν την ποιότητα ζωής του αρνητικά, με αποτέλεσμα να χρειάζεται δίπλα του υποστηρικτικό δίκτυο καθώς δεν θα μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί μόνος του.

### 2.2.3 Λειτουργικότητα ηλικιωμένων ατόμων

Λειτουργική ικανότητα είναι η δυνατότητα ενός ατόμου να εκτελεί εκείνες τις καθημερινές δραστηριότητες-δεξιότητες που κρίνονται απαραίτητες, ώστε να διαβιώνει επαρκώς και ανεξάρτητα στη σύγχρονη κοινωνία. Αντίστοιχα δυσλειτουργία είναι η μειωμένη ικανότητα ενός ατόμου να παρουσιάσει ή να εκτελέσει μια δραστηριότητα σε φυσιολογικά επίπεδα (Kane, R.L., & Kane, R.A., 2000, στους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου, 2007).

Η μειωμένη λειτουργικότητα ενός ατόμου θα έχει σαν αποτέλεσμα την μη ομαλή διαβίωση του και τον περιορισμό της καλής ποιότητας ζωής. Στα άτομα τρίτης ηλικίας, μπορεί να παρατηρηθεί μείωση του επιπέδου υγείας αλλά και των λειτουργικών τους ικανοτήτων και αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση δυσλειτουργιών, οι οποίες θα εμποδίσουν το άτομο από μια υγιή και δραστήρια ζωή. (Katz et al., 1983 στους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου, 2007). Χαρακτηριστικό παράδειγμα μειωμένης λειτουργικότητας είναι η έλλειψη φυσικών ικανοτήτων ενός ηλικιωμένου ατόμου να εκτελεί

καθημερινές δραστηριότητες με επιτυχία όπως συνέβαινε στο παρελθόν. Χαρακτηριστικά τέτοιες φυσικές ικανότητες είναι η ευλυγισία, η ευκαμψία, η μυϊκή δύναμη, η ταχύτητα βαδίσματος και η ισορροπία, ενώ δραστηριότητες στις οποίες μπορεί το ηλικιωμένο άτομο να εμφανίσει μειωμένη λειτουργικότητα μπορεί να είναι η μετακίνηση, η άρση από το κρεβάτι και η ενασχόληση με εργασίες του σπιτιού (Spirduso, 1995, Imms & Edholm, 1981 & Tinetti, 1986 στους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου, 2007). Η μειωμένη λειτουργικότητα μπορεί να οδηγήσει τα άτομα τρίτης ηλικίας σε άμεση ή έμμεση εξάρτηση από τρίτους καθώς δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετηθούν μόνα τους.

Ιδιαίτερα σημαντικό είναι τα ηλικιωμένα άτομα να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν στις καθημερινές τους δραστηριότητες καθώς και να συμμετέχουν ως ενεργά μέλη στην κοινωνία. Η ανταπόκριση ενός ηλικιωμένου στα παραπάνω μπορεί να καταστεί δυνατή μέσω της συμμετοχής του σε μια ομάδα υγείας. Βασικός στόχος μιας ομάδας υγείας είναι «η εκτίμηση του επιπέδου λειτουργικότητας καθώς και η αξιολόγηση των μεταβολών της, στην διαδικασία ανίχνευσης των αναγκών και σχεδιασμού φροντίδας στο σπίτι» (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999:465). Πιο συγκεκριμένα οι ειδικότητες της διεπιστημονικής ομάδας που ασχολείται με την αποκατάσταση της λειτουργικότητας σύμφωνα με τον Davidson (2005) είναι οι εξής:

- Φυσιοθεραπευτής: Προάγει την ισορροπία, την κινητικότητα και την λειτουργικότητα των άνω άκρων
- Εργοθεραπευτής: Προάγει τις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής όπως π.χ. ένδυση, μαγείρεμα ενώ πραγματοποιεί την εκτίμηση του οικιακού περιβάλλοντος
- Λογοθεραπευτής: Είναι υπεύθυνος για τον χειρισμό των διαταραχών του λόγου και της κατάποσης
- Διαιτολόγος: Χειρίζεται την διατροφή των ηλικιωμένων ατόμων
- Κοινωνικός λειτουργός: Οργανώνει τις κατάλληλες υπηρεσίες για να παρέχεται στα ηλικιωμένα άτομα υποστήριξη στο σπίτι ή σε κάποιο ίδρυμα
- Νοσηλεύτης: Φροντίζει για την ενδυνάμωση του προγράμματος αποκατάστασης, ενθαρρύνει την απόκτηση από το άτομο



ανεξαρτησίας και επικοινωνεί με του συγγενείς αλλά και τους άλλους ειδικούς

- **Ιατρός:** Είναι υπεύθυνος για τον χειρισμό των ιατρικών προβλημάτων αλλά και για τον συντονισμό του προγράμματος αποκατάστασης

Οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει διαφορετικά όργανα αξιολόγησης, τα οποία όμως ανήκουν σε δύο βασικές κατηγορίες: στα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς και τις δοκιμασίες πεδίου (Brach, VanSwearingen, Newman, & Kriska, 2002, Hoeymans, Feskens, Van Den Bos, & Kromhout, 1996 στους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου, 2007).

#### 2.2.4 Κλίμακες – εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής

Σύμφωνα με τον Σαρρή (2001) ο όρος «ποιότητα ζωής» περιέχει πολλαπλές και αλληλεπιδρώμενες διαστάσεις, οι οποίες μπορεί να δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησής της, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους ανάλογα με τους στόχους της έρευνας. Η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να πραγματοποιηθεί με πολλά και διαφορετικά όργανα, τα οποία εκφράζουν διαφορετικές προσεγγίσεις και αντανακλούν διαφορετικές θεωρητικές απόψεις. Προκειμένου τα αποτελέσματα να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να είναι δυνατή η ερμηνεία τους θα πρέπει τα όργανα μέτρησης να πληρούν ορισμένες βασικές προϋποθέσεις όπως: αξιοπιστία, εγκυρότητα ειδικότητα, ευαισθησία του οργάνου.

Ορισμένα από τα εργαλεία εκτίμησης της ποιότητας ζωής αλλά και της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων παρουσιάζονται ενδεικτικά παρακάτω:

- **Δείκτης Λειτουργικότητας του Karnofski** (The Karnofski Performance Index – KPI). Δημιουργήθηκε το 1969 και επικεντρώνεται περισσότερο στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας. Η εκτίμηση γίνεται από τον γιατρό ή από τους άλλους επαγγελματίες υγείας, ενώ ο δείκτης αυτός δεν αναφέρεται καθόλου στην ψυχοκοινωνική κατάσταση του ατόμου. (Karnofski DA, Burchenal JH. 1969, Σαρρή, 2001).
- **Δείκτης Λειτουργικότητας του Π.Ο.Υ.** (The WHO Performance Status). Ο δείκτης του Π.Ο.Υ. δημιουργήθηκε το 1979 και είναι παρόμοιος με αυτόν του Karnofski. (World health Organization 1979, Σαρρής, 2001).
- **Δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής** (The Katz Index of Activities of Daily Living). Δημιουργήθηκε το 1963 από τους Katz,

Ford, Mosowitz, Jackson και Jaffe, προκειμένου να εκτιμήσει αρχικά την λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης. Η εκτίμηση γίνεται από γιατρούς ή νοσηλευτές με έξι ερωτήσεις που αφορούν την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και αυτοφροντίδας τους, ενώ θεωρείται ότι έχει αξιοπιστία και εγκυρότητα αλλά δεν είναι ο κατάλληλος για την μέτρηση της ποιότητας ζωής. (Katz, Ford, Mosowitz, Jackson & Jaffe 1963 Σαρρής, 2001).

- **Δείκτης Spitzer για την ποιότητα ζωής** (The Spitzer Quality of Life Index). Δημιουργήθηκε το 1981, αρχικά σχεδιάστηκε για μέτρηση της ποιότητας ζωής καρκινοπαθών αλλά στην συνέχεια εφαρμόστηκε και σε άλλες κατηγορίες ασθενών. Η εκτίμηση προσανατολίζεται σε πέντε βασικούς τομείς: δραστηριότητες, καθημερινή ζωή, αντίληψη της υγείας, κοινωνική υποστήριξη, άποψη για την ζωή. Χαρακτηριστικά αυτού του δείκτη αποτελούν η απλότητα και η ταχύτητα στην συμπλήρωσή του (Σαρρής, 2001).
- **Ερωτηματολόγιο McGill για τον Πόνο** (The McGill Pain Questionnaire). Το 1971 δημιουργήθηκε από τους Melzak & Torgerson (Σαρρής, 2001) το συγκεκριμένο όργανο μέτρησης του πόνου, υψηλής αξιοπιστίας και εγκυρότητας. Χρησιμοποιείται στην κλινική έρευνα σε διάφορες κατηγορίες ασθενών.
- **Επισκόπηση υγείας του Nottingham** (The Nottingham Health Profile). Δημιουργήθηκε το 1980 από τους Hant και McEwen για να μελετηθούν τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων. Το ερωτηματολόγιο είναι αυτό-συμπληρούμενο διαθέτοντας καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Αποτελείται από δυο μέρη, το πρώτο μέρος περιλαμβάνει έξι κατηγορίες προβλημάτων: ενέργεια-ενεργητικότητα, πόνος, συναισθηματικές αντιδράσεις, ύπνος, κοινωνική απομόνωση και σωματική κίνηση. Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει επτά τομείς της καθημερινής ζωής: αμειβόμενη εργασία, οικιακή εργασία, κοινωνική ζωή, προσωπικές σχέσεις, σεξουαλική ζωή, ασχολίες ελεύθερου χρόνου και ενδιαφέροντα. Επίσης σύμφωνα με τους Hunt et al. (1985), το ερωτηματολόγιο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί και σε υγιείς πληθυσμούς καταγράφοντας καλή εγκυρότητα διάκρισης μεταξύ υγιών και ασθενών και καλή ευαισθησία. Ως όργανο μέτρησης διερευνά μόνο τα προβλήματα υγείας καθώς δεν περιλαμβάνει θετικές διαστάσεις αυτής (Σαρρής, 2001).

- **Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας (The General Health Questionnaire).** Δημιουργήθηκε από τον Goldberg το 1972 και κυκλοφορεί με τρεις εκδόσεις ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων. Η πρώτη έκδοση κατατάσσεται σε τέσσερις κατηγορίες: κατάθλιψη, άγχος, κοινωνική λειτουργία και σωματικά συμπτώματα. Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί σε αρρώστους και υγιείς πληθυσμούς επιδεικνύοντας καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα. Εστιάζει κυρίως στην σωματική υγεία και την ψυχολογική κατάσταση. <http://occmmed.oxfordjournals.org/content/57/1/79.full>
- **Κλίμακα ψυχολογικής προσαρμογής στην αρρώστια (The Psychological Adjustment to illness scale).** Κατασκευάστηκε από τον Morrow και τους συνεργάτες του το 1978. Περιλαμβάνει 45 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν επτά κυρίως τομείς της ποιότητας ζωής: φροντίδα υγείας, επαγγελματικό-εργασιακό περιβάλλον, οικιακό περιβάλλον, σεξουαλικές σχέσεις, ευρύτερες οικογενειακές σχέσεις, κοινωνικό περιβάλλον, ψυχολογική κατάπτωση. Εφαρμόζεται σε διάφορες κατηγορίες χρόνιων αρρώστων (καρδιοπαθείς, νεφροπαθείς) παρουσιάζοντας καλή αξιοπιστία και εγκυρότητα (Σαρρής, 2001).
- **Επισκόπηση της επίδρασης της αρρώστιας (The Sickness Impact Profile).** Δημιουργήθηκε το 1976 από τον Bergner και τους συνεργάτες του και αποτελεί ένα από τα γνωστότερα και συνηθέστερα όργανα μέτρησης της ποιότητας ζωής. Περιλαμβάνει δυο τελικές ανεξάρτητες κατηγορίες: τη σωματική λειτουργία και την ψυχοσωματική λειτουργικότητα. Παρουσιάζει υψηλή αξιοπιστία, εγκυρότητα και χρησιμοποιείται σε διάφορες κατηγορίες αρρώστων. Μειονέκτημα αποτελεί το μέγεθός του, το οποίο το καθιστά χρονοβόρο και κοπιαστικό στην εφαρμογή του.
- **Επισκόπηση υγείας SF-36 (The SF-36 Health Survey).** Δημιουργήθηκε από τον Ware το 1992 προκειμένου να επιτύχει τις ψυχομετρικές προδιαγραφές, οι οποίες απαιτούνται για την σύγκριση του επιπέδου υγείας μεταξύ διάφορων ομάδων του πληθυσμού, υγιών και ασθενών διαφορετικών κατηγοριών ή μεταξύ διαφορετικών θεραπευτικών μεθόδων μιας κατηγορίας ασθενών. Εκφράζει γενικές καταστάσεις υγείας, απευθύνεται σε άτομα ηλικίας 14 ετών και άνω και έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτες για την ποιότητα ζωής γενικού πληθυσμού των Η.Π.Α και της Ε.Ε. Τέλος αποτελεί αξιόπιστο όργανο μέτρησης προσεγγίζοντας βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής και είναι σε

θέση να εκτιμήσει το αποτέλεσμα διαφόρων ιατρικών θεραπευτικών πράξεων (Σαρρής, 2001).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου (2007), προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ατόμων τρίτης ηλικίας, δηλαδή το 69,1%, ήταν σε θέση να εκτελέσουν δίχως βοήθεια βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης ενώ μόνο το 1,6% χρειάζονταν απαραίτητα βοήθεια προκειμένου να εκτελέσουν τις περισσότερες βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης. Όσο πιο λειτουργικό είναι ένα ηλικιωμένο άτομο, τόσο πιο ανεξάρτητο είναι στην καθημερινότητα του, στον τρόπο διαβίωσης του και τόσο μικρότερη πιθανότητα υπάρχει για εμφάνιση κάποιας πάθησης. Η λειτουργική ικανότητα θεωρείται σημαντικός δείκτης της πιθανής ιδρυματοποίησης και θνησιμότητας καθώς επίσης και της ευεξίας, της κατάλληλης και αποδοτικότερης χρήσης των υπηρεσιών υγείας. (Hoeymans et al., 1996, Hoeymans et al., 1997 στους Κυριαζή, Μιχαλοπούλου, Ζήση, Θεοδωράκη, Κιουμουρτζόγλου, 2007).

### **2.3. ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

Η «πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας» αποτελεί την πιο παλαιά μορφή ιατρικής φροντίδας, υπάρχει πολύ πριν τη δημιουργία των πρώτων νοσοκομείων και αποτέλεσε την κύρια συνιστώσα των συστημάτων υγείας για το μεγαλύτερο μέρος της ιστορίας της ιατρικής (Τούντας 2002 στον Τούντα, 2008). Η έννοια της υπάρχει από το 3000 π.Χ., όπου αναφέρονται οργανωμένα προγράμματα δημόσιας και ατομικής υγιεινής στην Ινδία, ενώ τον 6ο αιώνα π.Χ. στην Αρχαία Ελλάδα καθιερώνεται ο θεσμός του «δημοσιεύοντος ιατρού», ο οποίος εκλεγόταν για συγκεκριμένη θητεία και παρείχε δωρεάν υπηρεσίες σε όλους τους πολίτες, σε δημόσια ιατρεία ή στο σπίτι τους, αμειβόμενος με πάγια αντιμισθία που καλυπτόταν από ειδικό τέλος που κατέβαλαν οι πολίτες (Θεοδωράκης, 2006 στον Τούντα, 2008).

Για το μεγαλύτερο μέρος του 20ού αιώνα κυριάρχησε η νοσοκομειακή ιατρική, με αποτέλεσμα να μειωθεί το ενδιαφέρον για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και για το ρόλο της στην οργάνωση και λειτουργία των συστημάτων υγείας (Τούντας 2002 στον Τούντα, 2008). Η αφετηρία για την σύγχρονη αντίληψη της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας έγινε στην συνδιάσκεψη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, τον Σεπτέμβριο του 1978 στην Άλμα Άτα της τότε Σοβιετικής

Ένωσης. Στην διακήρυξη που υιοθετήθηκε διαπιστώθηκε η περιορισμένη αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής ιατρικής για την αντιμετώπιση της σύγχρονης νοσηρότητας, καθώς και η σημασία του κοινωνικού και φυσικού περιβάλλοντος και της συμπεριφοράς στην πρόκληση της αρρώστιας. Για το λόγο αυτό υπήρξε η διακήρυξη που όρισε την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ), ως διακριτή και σημαντική στρατηγική για την προστασία και βελτίωση της υγείας (Τούντας, 2008). Σύμφωνα με αυτή την διακήρυξη ως πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ορίζεται η βασική περίθαλψη που βασίζεται σε επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες, προσβάσιμες απ' όλα τα άτομα και τις οικογένειες της κοινότητας, σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να καλύψουν.

Η ΠΦΥ συνιστά αναπόσπαστο κομμάτι του συστήματος υγείας της χώρας, στο οποίο επιτελεί κεντρικό ρόλο, αποτελώντας ταυτόχρονα και τον πυρήνα της γενικευμένης κοινωνικής και οικονομικής ανάπτυξης της κοινότητας. Η ΠΦΥ είναι το πρώτο επίπεδο επαφής των πολιτών με το σύστημα υγείας, παρέχοντας την όσο εγγύτερα γίνεται, εκεί όπου τα άτομα ζουν και εργάζονται και αποτελώντας την απαρχή μιας συνεχούς διαδικασίας περίθαλψης και φροντίδας υγείας (WHO, 1978 στον Τούντα, 2008).

Άλλοι ορισμοί για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι οι παρακάτω:

«Υπό το πρίσμα των υπηρεσιών υγείας, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι το βασικό χαρακτηριστικό του υγειονομικού συστήματος, με την έννοια ενός ολοκληρωμένου, συνεχούς και διακεκριμένου μέρους των υγειονομικών υπηρεσιών, και όχι ενός πρόσθετου τμήματος (Bash, 1990, στους Κυριόπουλο, Φιλαλήθη, 1996:20), στο οποίο ο γενικός ιατρός παίζει ένα διευρυμένο ρόλο στα πλαίσια διατομεακής δράσης και διεπιστημονικής συνεργασίας» (Λιόνης, 1992, Jones, 1993 στους Κυριόπουλο, Φιλαλήθη, 1996:20).

Σύμφωνα με τον Starfield (1992 στον Τούντα 2008:108),

«η ΠΦΥ προσδιορίζεται ως ενδιάμεσο επίπεδο περίθαλψης μεταξύ της άτυπης φροντίδας και της νοσοκομειακής περίθαλψης, ως δέσμη υπηρεσιών και λειτουργιών ή ως σύνολο χαρακτηριστικών για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας».

Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ όρισε την ΠΦΥ ως

«την παροχή ολοκληρωμένων, προσβάσιμων υπηρεσιών υγείας από επαγγελματίες υγείας, διαμορφώνοντας βιώσιμη σχέση και συνεργασία

με τους ασθενείς και λειτουργώντας στο πλαίσιο της οικογένειας και της κοινότητας» (Donaldson et al., 1996 στον Τούντα 2008:108).

Ο Καναδικός Ιατρικός Σύλλογος ορίζει την ΠΦΥ ως

«πρώτη εκτίμηση του ασθενούς και παροχή συνεχούς φροντίδας για ευρύ φάσμα ζητημάτων υγείας, που περιλαμβάνει τη διαχείριση των προβλημάτων υγείας, την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας, τη συνεχιζόμενη υποστήριξη, με τη συνδρομή της οικογένειας και της κοινότητας όπου αυτή χρειάζεται» (Starfield, 1998 στον Τούντα 2008: 109).

Ο ορισμός του Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ διαφοροποιείται από αυτόν, τονίζοντας ιδιαίτερα το στοιχείο της πρώτης επαφής. Επιπλέον στην συνδιάσκεψη που προαναφέρθηκε, ορίστηκαν και οι **βασικοί τομείς** της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας οι οποίοι είναι: αγωγή υγείας, περιβαλλοντική υγιεινή ιδιαίτερα των τροφίμων και του νερού, τα προγράμματα μητέρα-παιδιού, περιλαμβανομένων των εμβολιασμών και του οικογενειακού προγραμματισμού, την πρόληψη της ενδημικής νοσηρότητας, την κατάλληλη θεραπεία κοινών νοσημάτων και τραυματισμών, την παροχή των βασικών φαρμάκων, την προαγωγή της σωστής διατροφής και την παροχή της παραδοσιακής ιατρικής (Τούντας, 2008).

Οι **στόχοι** της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας διακρίνονται σε πρωτεύοντες: πρόληψη των διαταραχών της υγείας, αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη διάγνωση, αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας, βέλτιστη φροντίδα των ασθενών με χρόνια νοσήματα και των ασθενών τελικού σταδίου, και δευτερεύοντες: ικανοποίηση του ασθενούς από την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και η ικανοποίηση του επαγγελματία υγείας από τον τρόπο με τον οποίο εργάζεται στις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Επιπλέον η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας θα πρέπει να εστιάζει στο σύνολο της οικογένειας, να υποστηρίζεται από συστήματα παραπομπών και να περιλαμβάνει τρόπους αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της (Τούντας, 2008).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πέρα από τους στόχους που έχει θέσει, βασίζεται και σε ορισμένες **αρχές** οι οποίες παρουσιάζονται παρακάτω:

- Να είναι **προσβάσιμη (accessible)**, δηλαδή να μην υπάρχουν εμπόδια στη χρήση των υπηρεσιών της

- Να είναι **συνεχής (continuous)**. Να μην παρέχεται αποσπασματικά, αλλά να υπάρχει συνέχεια και συνέπεια στην παρακολούθηση, περίθαλψη και φροντίδα.
- Να είναι **διαθέσιμη (available)** όλο το 24ώρο
- Να είναι **αποδεκτή (acceptable)**. Να μην δημιουργεί αντιδράσεις στον πληθυσμό τον οποίο αφορά και να συνάδει με τα ήθη και τα έθιμα, καθώς και με τις προσδοκίες των χρηστών.
- Να είναι **ολική (comprehensive)** και να περιλαμβάνει δράσεις που να αντιστοιχούν τόσο στη σωματική, όσο και στην ψυχική και κοινωνική διάσταση της υγείας. Να μην περιορίζεται μόνο στην περίθαλψη, αλλά να επεκτείνεται και στους τομείς της πρόληψης και της φροντίδας, παρέχοντας ολοκληρωμένο φάσμα υπηρεσιών (Τούντας, 2008:110).

Σύμφωνα με τους Souliotis και Lionis (2005, στον Τούντα, 2008), η πιο χαρακτηριστική λειτουργία της ΠΦΥ είναι ο ρόλος της ως "πρώτου σημείου" επαφής με την επαγγελματική φροντίδα υγείας, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει διάφορους επαγγελματίες υγείας. Η λειτουργία αυτή περιλαμβάνει την αποσαφήνιση του αιτήματος, την παροχή πληροφοριών και συμβούλων, τη διάγνωση και την θεραπεία. Από τα προαναφερόμενα πιο συνδεδεμένα με την λειτουργία ως "πρώτου σημείου" επαφής είναι η προσβασιμότητα, η συνέχεια, η ολοκληρωμένη δέσμη παροχών και ο συντονισμός τους. Σε αντίθεση με τον Τούντα (2008), ο οποίος αναφέρει ότι η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας έχει διττό ρόλο:

- Να παρέχει αναγκαίες επαρκείς υπηρεσίες (σχετικές έρευνες δείχνουν ότι καλύπτεται το 80% των ασθενών), και να προστατεύει το σύστημα από άσκοπες, ακριβές και εξειδικευμένες νοσοκομειακές υπηρεσίες.
- Να διαμορφώνει εφόσον κριθεί αναγκαίο το ενδεδειγμένο προφίλ περίθαλψης που θα ακολουθήσει ο ασθενής. Με αυτό τον τρόπο και μέσω χορήγησης του παραπεμπτικού διαχειρίζεται τη ροή των ασθενών στις επόμενες βαθμίδες και μονάδες υγείας.

Σύμφωνα με τον Τούντα (2008), η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ανάλογα με τις υποδομές και τους πόρους της, μπορεί να παρέχει ορισμένες από τις ακόλουθες εξειδικευμένες υπηρεσίες: εκπαιδευτικά προγράμματα, νοσηλεία στο σπίτι, διακομιδή ασθενών, οδοντιατρικές υπηρεσίες, επιδημιολογική έρευνα, σχολική υγιεινή, οικογενειακό προγραμματισμό, κοινωνικές/κοινοτικές υπηρεσίες φροντίδας, παροχή φαρμάκων, εργασιακή υγιεινή και σύντομη νοσηλεία. Σχετικά με την χρήση των

υπηρεσιών της πρωτοβάθμιας φροντίδα υγείας, έχει υπολογιστεί ότι 80-90% του πληθυσμού των ασθενών που προσέρχονται στο σύστημα υγείας μπορεί να αντιμετωπιστεί, διαγνωστεί και θεραπευτεί μέσα από αυτές τις υπηρεσίες. Επίσης έχει υπολογιστεί ότι το 75% του πληθυσμού σε διάστημα ενός μήνα θα παρουσιάσει τουλάχιστον ένα πρόβλημα υγείας και ότι από αυτό το ποσοστό μόνο το 1/3 θα προσφύγει τελικά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Επιπλέον έχει εκτιμηθεί ότι σε μια αναπτυγμένη χώρα το 65-70% του πληθυσμού αναζητά κάθε χρόνο πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας και ότι από αυτούς το 90% θα κάνει τελικά χρήση αυτής. Ο κατά κεφαλήν δείκτης ετήσιας χρήσης κυμαίνεται από 4-8, δηλαδή στο κάθε άτομο αντιστοιχούν 4-8 επισκέψεις το χρόνο στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Starfield, 1998 στον Τούντα, 2008).

Ολοκληρώνοντας αυτό το κεφάλαιο να αναφερθεί ότι οι επαγγελματίες υγείας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, πρέπει να λειτουργούν στο πλαίσιο της ομάδας υγείας (health team). Η ομάδα υγείας με την σειρά της διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη σύγχρονη αντίληψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, προκειμένου να παρέχεται πλήρως και αποτελεσματικά όλο το φάσμα των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών περίθαλψης, πρόληψης και φροντίδας, στη βάση της ολιστικής αντίληψης για την υγεία και την αρρώστια (Τούντας, 2008). Οι ψυχολόγοι της υγείας ασπάζονται το ολιστικό μοντέλο, το οποίο αποτελεί μια φιλοσοφική θεώρηση που λαμβάνει ως δεδομένη τη σημαντικότητα και την αλληλεπίδραση των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών παραγόντων στον καθορισμό της υγείας (DiMatteo & Martin, 2006:35). Το μοντέλο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία και την ασθένεια ως τις δύο αλληλοσυμπληρούμενες όψεις ενός συνεχούς ενιαίου συστήματος. Η κατάσταση της υγείας του ατόμου εξαρτάται από το φυσικό και ψυχοκοινωνικό περιβάλλον, το οποίο με τη σειρά του διαρκώς μεταβάλλεται. Επομένως, παρατηρείται μια εννοιολογική σύγχυση που αφορά το ουσιαστικό περιεχόμενο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η οποία παρατηρείται σε διεθνές κλίμακα. Μερικοί συγχέουν της πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας με την πρωτοβάθμια κλινική ιατρική, ενώ άλλοι θεωρούν ότι είναι παροχή υπηρεσιών για τις φτωχές αγροτικές περιοχές ή της αναπτυσσόμενες χώρες. Κάποιες από τις εσφαλμένες εντυπώσεις ακολουθούν παρακάτω:

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι:

- Η φροντίδα υγείας στην κοινότητα



- Το πρώτο βήμα επαφής ατόμων και κοινοτήτων με το σύστημα (φροντίδας) υγείας
- Η φροντίδα, η οποία απευθύνεται σε φτωχούς πληθυσμούς στις αναπτυσσόμενες χώρες, οι οποίοι δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε πραγματικούς γιατρούς
- Ένα υποχρεωτικό σύνολο ιατρικών υπηρεσιών, το οποίο συχνά αναφέρεται ως το όγδοο (ή ένατο ή δέκατο....) ουσιαστικό στοιχείο της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- Αφορά μόνο τις αγροτικές περιοχές, με απλές και χαμηλές τεχνολογίες παρέμβασης και επαγγελματίες υγείας με περιορισμένη γνώση και εκπαίδευση και είναι αντίθετη προς τους γιατρούς, τα νοσοκομεία και τη σύγχρονη τεχνολογία
- Είναι φθηνή (Goicoechea, 1995 στους Κυριόπουλο, Φιλαλήθη, 1996).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΑΓΧΩΔΕΙΣ-ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

### 3.1. ΑΓΧΩΔΕΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

«Το άγχος είναι ένα βίωμα που χαρακτηρίζεται από αίσθημα επικείμενου κινδύνου και συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Διακρίνεται από το φόβο, ο οποίος είναι πρόσφορη αντίδραση σε γνωστό κίνδυνο, καθότι αποτελεί αντίδραση σε μίαν απειλή που είναι άγνωστη ασαφής ή σχετίζεται με ενδοψυχικές συγκρούσεις» (Kaplan και Sadock, 2004:191).

Όπως χαρακτηριστικά λέει ο Kennerley (1995:9) «το άγχος είναι κάτι το φυσιολογικό και βιώνεται από όλους μας κάποια στιγμή. Είναι μια ουσιαστική απάντηση στο στρες, την προετοιμασία του ατόμου για δράση στο πρόσωπο του κινδύνου».

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), άγχος είναι μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, η οποία συμπεριλαμβάνει αισθήματα τάσης φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο, του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη και εκδηλώνεται με διάφορα συμπτώματα όπως ιδρώτας, ταχυκαρδία, τρόμος, επιτάχυνση αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία.

Σύμφωνα με τον Hallam (1992) το άγχος μπορεί να αναφέρεται: στη συμπεριφορά και στις άμεσες φυσιολογικές αντιδράσεις που προκαλούνται από μια κατάσταση, στην εκτίμηση των αντιδράσεων και των επιπτώσεών τους, τις προθέσεις ενός ατόμου προς μια συγκεκριμένη κατάσταση και στην αξιολόγηση ενός ατόμου από τους διαθέσιμους πόρους για την αντιμετώπισή της κατάστασης.

Όσον αφορά τις Αγχώδεις Διαταραχές, αποτελούν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό και κατά το DSM-IV περιλαμβάνουν τις παρακάτω διαταραχές:

- Διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία

Η ηλικία έναρξης της διαταραχής πανικού ποικίλλει, συνήθως όμως αρχίζει στην όψιμη εφηβεία και στην ηλικία των 35. Η συνηθισμένη πορεία είναι χρόνια με υφέσεις και εξάρσεις, σε ορισμένα άτομα όμως μπορεί να έχουμε χρόνια συνεχή σοβαρή συμπτωματολογία. Η προσβολή πανικού εμφανίζεται απότομα και ξαφνικά και συνοδεύεται από αίσθημα επικείμενου κινδύνου ή επικείμενης καταστροφής μαζί με μια εσωτερική παρόρμηση διαφυγής, ενώ «αγοραφοβία» είναι το άγχος που βιώνει ένα άτομο όταν βρίσκεται σε μέρη ή καταστάσεις από τις οποίες η διαφυγή είναι

δύσκολη ή σε περίπτωση μιας απροσδόκητης κατάστασης πανικού ή συμπτωμάτων κατά την διάρκεια της οποίας δεν θα υπάρχει δυνατότητα βοήθειας. Στα συμπτώματα αυτής της διαταραχής περιλαμβάνονται: επαναλαμβανόμενες απροσδόκητες προσβολές πανικού, τουλάχιστον μια από τις προσβολές έχει ακολουθηθεί για ένα μήνα ή περισσότερο από ένα ή περισσότερα συμπτώματα, όπως επίμονη ανησυχία του ατόμου μήπως έχει και άλλες προσβολές, στενοχώρια για τις επιπτώσεις της προσβολής ή τις συνέπειες της, σημαντική αλλαγή στην συμπεριφορά που σχετίζεται με τις προσβολές, παρουσία ή απουσία αγοραφοβίας (ανάλογα με το είδος της διαταραχής).

- Αγοραφοβία χωρίς ιστορικό Διαταραχής Πανικού

Τα βασικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι παρόμοια με εκείνα της διαταραχής πανικού με αγοραφοβία, με εξαίρεση ότι ο εστιασμός του φόβου είναι μήπως κάνουν την εμφάνιση τους συμπτώματα παρόμοια του πανικού ή προσβολές με περιορισμένα συμπτώματα παρά πλήρεις προσβολές πανικού.

- Ειδική φοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η παρουσία έντονου και επίμονου φόβου για κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις ή αντικείμενα. Στην διαταραχή αυτή διακρίνονται ορισμένοι τύποι όπως: τύπος ζώων, φυσικού περιβάλλοντος (ύψη, καταγίδες), αίματος-ένεσης-τραύματος, καταστάσεων (κλειστοί χώροι), άλλου τύπου (στα παιδιά αποφυγή δυνατών ήχων). Η διαταραχή αυτή παρατηρείται σε άτομα κάτω των 18 ετών και η διάρκεια της είναι τουλάχιστον 6 μήνες.

- Κοινωνική φοβία

Το βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι ένας έντονος και επίμονος φόβος ταπείνωσης ή αμηχανίας σε κοινωνικές καταστάσεις ή σε καταστάσεις που το άτομο πρέπει να επιτελέσει κάτι μπροστά σε κόσμο. Ο φόβος στις καταστάσεις αυτές υφάινεται γύρω από την αίσθηση του ατόμου ότι είναι εκτεθειμένο στην παρατήρηση, την κριτική ή τον εξουχιστικό έλεγχο των άλλων κυρίως αγνώστων. Η διαταραχή αυτή παρατηρείται σε άτομα κάτω των 18 ετών και η διάρκεια της είναι τουλάχιστον 6 μήνες, η πορεία της είναι συχνά χρόνια μπορεί όμως να εξασθενήσει ή να υποχωρήσει στην ενήλικη ζωή.

- Ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή

Βασικό χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι οι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή και καταναγκασμοί που είναι αρκετά σοβαροί, ώστε να προκαλούν

έντονη υποκειμενική ενόχληση, έκπτωση της λειτουργικότητας και να καταναλώνουν τουλάχιστον μια ώρα την ημέρα από το χρόνο του ατόμου. Οι «ψυχαναγκασμοί» είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες. Οι πιο συχνοί καταναγκασμοί είναι σκέψεις μόλυνσης, αμφιβολίας, τακτοποίησης, παρορμήσεις επιθετικότητας ή βίας, σεξουαλικές φαντασιώσεις. Ενώ οι «καταναγκασμοί» είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών) ή νοητικές πράξεις (προσευχή), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει ως απάντηση σε ένα ψυχαναγκασμό ή για να αποτρέψει το αίσθημα φόβου.

- Διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταραάζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος. Η διαταραχή αυτή μπορεί να ξεκινήσει σε οποιαδήποτε ηλικία και τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες μετά το τραυματικό γεγονός.

- Διαταραχή από οξύ στρες

Η διαταραχή αυτή είναι μια κλινική κατάσταση, η οποία συμβαίνει ως απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός και συνοδεύεται από συμπτώματα όπως συναισθηματικό μούδιασμα, αμνησία, από έντονο άγχος και από επαναβίωση του γεγονότος.

- Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή

Βασικά χαρακτηριστικά είναι αισθήματα υπερβολικού άγχος, στεναχώριας και ανησυχίας, τα οποία το άτομο δεν είναι σε θέση να ελέγξει. Η πορεία της διαταραχής είναι χρόνια, αλλά με εξάρσεις και υφέσεις και οι πιο συχνές επιπλοκές είναι η κατάθλιψη και η κατάχρηση ουσιών για την ανακούφιση του άγχους.

- Διαταραχή οφειλόμενη σε γενική ιατρική κατάσταση

Το βασικό χαρακτηριστικό είναι κλινικά σημαντικό άγχος, το οποίο οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

- Αγχώδης διαταραχή προκαλούμενη από ουσίες

Βασικό χαρακτηριστικό είναι προεξάρχοντα συμπτώματα άγχους που οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας.

- Αγχώδης διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει διαταραχές με έντονο άγχος ή φοβική αποφυγή που δεν πληρούν τα κριτήρια για καμία άλλη συγκεκριμένη αγχώδη διαταραχή, διαταραχή της προσαρμογής με άγχος ή διαταραχή της προσαρμοστικής μεικτής με άγχος και καταθλιπτική διάθεση (Μάνος, 1997).

### 3.1.1.Θεραπεία Αγχωδών διαταραχών

Όλες οι Αγχώδεις διαταραχές δεν αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο. Πιο συγκεκριμένα στις κατηγορίες θεραπείας των Αγχωδών διαταραχών συμπεριλαμβάνονται η φαρμακευτική θεραπεία (φοβίες), η ψυχοθεραπεία (διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες), η γνωσιακή θεραπεία και η ομαδική θεραπεία. (Karlan και Sadock, 2004). Στις μέρες μας η πλειοψηφία των ηλικιωμένων βιώνει το γήρας με απόγνωση, ως απαξία και ως περιθώριο, θέτοντας την κατάθλιψη μέσα στις πρώτες ψυχικές νόσους της τρίτης ηλικίας. Η μελαγχολία των γηρατειών προκύπτει από τον αρνητικό τρόπο με τον οποίο ο άνθρωπος αντιλαμβάνεται την υπαρξιακή του κατάσταση. Η συγκεκριμένη χρονική περίοδος μπορεί να συνοδεύεται από προβλήματα που σχετίζονται τόσο με αλλαγές στην καθημερινότητα όσο και στην υγεία. Η συνταξιοδότηση μπορεί να είναι ένα αγχογόνο γεγονός, καθώς συνοδεύεται συνήθως από μείωση των οικονομικών απολαβών και αλλαγές στην κοινωνική ζωή. Όλα φαίνεται πως αλλάζουν: οι καθημερινές συνήθειες, ο ρόλος του ατόμου στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, ακόμη και ο τρόπος που συστήνεται. Υφίσταται δηλαδή μια αλλαγή στον ορισμό της ταυτότητάς του, τόσο εξωτερική όσο και εσωτερική. Συγχρόνως, μπορεί να εμφανιστούν προβλήματα υγείας, τα οποία απαιτούν επιπρόσθετες οικονομικές δαπάνες, περιορίζουν τις δραστηριότητες και τη λειτουργικότητα του ατόμου και επηρεάζουν τη ποιότητα της ζωής του και της οικογένειάς του ή όσων έχουν αναλάβει τη φροντίδα του. Όλα τα παραπάνω μπορούν να γίνουν αίτια εμφάνισης ψυχολογικών προβλημάτων. Η κατάθλιψη και το άγχος είναι συνηθισμένα φαινόμενα σε ηλικίες άνω των 65 χρόνων. Μάλιστα, η κατάθλιψη σ' αυτό τον πληθυσμό συνδέεται με αναπηρίες, αυξημένη θνησιμότητα και αποτελέσματα πιο δυσοίωνα από εκείνα των φυσικών ασθενειών. Πολλές φορές δεν είναι εύκολο να γίνει η διάγνωση και δεν παρέχεται η απαραίτητη φροντίδα. Σύμφωνα με στοιχεία του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το μεγαλύτερο ποσοστό των ανθρώπων που αυτοκτονούν είναι άνω των 65 χρόνων, εκ των οποίων

οι περισσότεροι έχουν κατάθλιψη (Manthorpe, Iliffe, 2010). Στο ερώτημα τι μπορεί να γίνει για να βοηθηθούν τα άτομα αυτών των ηλικιών υπάρχει απάντηση και μπορούν να βρεθούν λύσεις.

Είναι ήδη γνωστό, πόσο σημαντική είναι η συνεισφορά του οικογενειακού περιβάλλοντος και η στήριξη που μπορεί να παρέχει σε κάποιον ηλικιωμένο. Αυτή όμως θα πρέπει να γίνεται διακριτικά και αφήνοντας περιθώρια στον ηλικιωμένο για ανεξαρτησία και αίσθηση ελέγχου της ζωής του. Ο χώρος για αυτονομία είναι ζωτικής σημασίας, καθώς ενισχύει την καλή ψυχολογία και αποτρέπει το άτομο από την παραίτηση. Εξίσου αποτελεσματική είναι και η συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες. Οι κοινωνικές επαφές κάθε είδους μπορούν να συμβάλλουν στην αύξηση της αυτοπεποίθησης και στην άρση του αισθήματος της απομόνωσης και της μοναξιάς, που πολλές φορές διακατέχει τα άτομα τρίτης ηλικίας. Επίσης, σωτήρια μπορεί να αποδειχτεί η επίσκεψη σε κάποιον ειδικό, καθώς και η ψυχοθεραπεία. Πολλές φορές μπορεί να υπάρξει και συνδυασμός με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Πλέον η επιστήμη έχει κάνει πολλά και σημαντικά βήματα τόσο στον τομέα της θεραπείας, όσο και της πρόληψης (Grason, 2005).

### **3.2. ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Οι Αγχώδεις και οι Καταθλιπτικές διαταραχές βρίσκονται μεταξύ των πιο κοινών διαταραχών που παρατηρούνται στην τρίτη ηλικία. Ταυτόχρονα αποτελούν από τα πιο σοβαρά προβλήματα για τα άτομα αυτής της ηλικίας, το οποίο συχνά υποεκτιμάται. Σύμφωνα με την Σούμπουρου (7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό- Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer, 2011) τα άτομα τρίτης ηλικίας που παρατηρούν ότι δεν μπορούν να πραγματοποιήσουν τις καθημερινές λειτουργίες τους όπως όταν ήταν νεότεροι, είναι πολύ σύνηθες να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Σύμφωνα με την Arvaniti et al. (2005, στον Γραμματικόπουλο, 2007), τα αποτελέσματα μιας μελέτης η οποία πραγματοποιήθηκε σε μια αγροτική περιοχή της Ελλάδας έδειξαν ότι τα δυο αυτά είδη διαταραχών, βρίσκονται μεταξύ των πιο κοινών διαταραχών που παρατηρούνται σε ηλικιωμένους (17,5% σε ιδρυματικούς ασθενείς και 20% στην κοινότητα).

Πιο συγκεκριμένα το άγχος αποτελεί μια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση για το άτομο που τη βιώνει με κύρια χαρακτηριστικά τα σωματικά συμπτώματα έντασης, αρνητικά συναισθήματα (ανησυχία, νευρικότητα) και την

ανησυχία για το μέλλον (Barlow, 2000). Μελέτες που πραγματοποιήθηκαν εκτιμούν ότι ο επιπολασμός ανίχνευσης αγχωδών διαταραχών σε ηλικιωμένα άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω κυμαίνεται μεταξύ 0,9%-15%. Η διαφορά αυτή πιθανόν να οφείλεται στην χρήση διαφορετικών διαγνωστικών εργαλείων και αλγορίθμων (Byrne, 2002, στον Γραμματικόπουλο, 2007). Ο επιπολασμός των αγχωδών συμπτωμάτων φαίνεται ότι μειώνεται καθώς αυξάνει η ηλικία (Flint, 1994, Henderson et al., 1998 στον Γραμματικόπουλο, 2007). Σύμφωνα με την Μπισκίνη (2009), οι προσαρμογές στις σωματικές, συναισθηματικές και κοινωνικοοικονομικές αλλαγές που συμβαίνουν καθώς ένα άτομο μεγαλώνει, προστίθενται στην ποικιλία των αιτιών του άγχους. Χαρακτηριστικό του ατόμου που βιώνει άγχος είναι η γρήγορη αναπνοή, με αποτέλεσμα να γίνεται νευρικό και ευέξαπτο. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους αγχώδεις αντιδράσεις μπορούν να εκδηλώνονται ως σωματικά παράπονα, άκαμπτη σκέψη και συμπεριφορά, αϋπνία, κούραση, εχθρότητα, ανησυχία, σύγχυση και αυξημένη εξάρτηση. Οι φυσιολογικοί δείκτες άγχους περιλαμβάνουν την αυξημένη αρτηριακή πίεση, (αυξημένες) σφίξεις, αναπνοές, ψυχοκινητική ανησυχία, και αυξημένες κενώσεις. <http://www.inhealthcare.gr/article/el/agchos-kai-katathlipsi-se-omada-ilikiomenon-atomon-stin-koinotita>

Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί από την Rodin et al. (1989 στον Barlow, 2000), οι λόγοι για τους οποίους ένας ηλικιωμένος μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητος στο άγχος είναι η εξασθένηση της υγείας του και της ζωτικότητάς του καθώς και άλλων καταστάσεων στην ζωή του και οι οποίες επηρεάζουν τον έλεγχο σχετικά με την διαχείριση των γεγονότων της ζωής του, όπως είναι η άνοια (Καλαϊτζή, 2005). Προκειμένου να επιτευχθεί η ανίχνευση αγχωδών διαταραχών γίνεται χρήση διάφορων διαγνωστικών εργαλείων, η πλειονότητα των οποίων απευθύνονται σε νεότερους πληθυσμούς. Για το λόγο αυτό ορισμένα από αυτά διαμορφώθηκαν προκειμένου να χρησιμοποιηθούν στον ηλικιωμένο πληθυσμό. Τα εργαλεία αυτά ανήκουν σε δυο κατηγορίες, στα αυτό-συμπληρούμενα και στα ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώνονται έπειτα από συνέντευξη με γιατρούς (Γραμματικόπουλος, 2007).

Ολοκληρώνοντας αυτό το υποκεφάλαιο να σημειωθεί ότι συχνά παρατηρείται παρερμηνεία των έκδηλων συμπτωμάτων του άγχους με αποτέλεσμα η διάγνωση του να καθυστερεί και να επιφέρει περισσότερα αρνητικά αποτελέσματα στο άτομο που το βιώνει. Για το λόγο αυτό θα πρέπει να υπάρξει κατάλληλη ενημέρωση στον ηλικιωμένο πληθυσμό αλλά και σε φροντιστές ή άτομα συγγενικού-φιλικού

περιβάλλοντος τα οποία έχουν αναλάβει την φροντίδα τους για να επιτευχθεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της διαταραχής, με μακροπρόθεσμο στόχο την πρόληψη και την μείωση του ποσοστού των κρουσμάτων.

*Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή* όπου εμφανίζεται στο 5% των ηλικιωμένων ατόμων αποτελεί την πιο συνήθη διαταραχή άγχους. Οι διαταραχές άγχους περιλαμβάνουν συμπτώματα, όπως είναι η υπερβολική, καθημερινή ανησυχία για διάφορα ζητήματα και ο φόβος, η ταραχή, η νευρικότητα, η οξυθυμία, η εξάντληση, η αϋπνία, η δυσκολία συγκέντρωσης και η μυϊκή ένταση (Καλαϊτζή, 2005). Η Γενικευμένη Αγχώδης Διαταραχή συνήθως προκαλείται από τον συνδυασμό δικαιολογημένου φόβου ή ανησυχίας, γενετικών παραγόντων, φαρμακευτικών δράσεων, υπερβολική ποσότητα καφεΐνης, έλλειψης βιταμίνης β-12 και απότομη διακοπή αλκοόλ ή ηρεμιστικών (Καλαϊτζή, 2005:309).

Άλλη μια διαταραχή του άγχους ιδιαίτερα συνήθης στα άτομα τρίτης ηλικίας είναι ο *ψυχαναγκασμός*, όπου ένα άτομο έχει ανεπιθύμητες σκέψεις για κάτι τρομακτικό ή αηδιαστικό, καθώς και η έντονη παρόρμηση να κάνει κάτι επανειλημμένως, το οποίο θεωρεί ότι θα τον καταπραΰνει από τις έμμονες ιδέες (Καλαϊτζή, 2005:309).

Για να μπορέσουν να αντιμετωπιστούν οι διαταραχές άγχους στα άτομα τρίτης ηλικίας, εφαρμόζεται φαρμακευτική αγωγή και παρέχονται οι κατάλληλες συμβουλές, για να αντιμετωπιστούν οι συγκεκριμένες αιτίες που προκαλούν τις διαταραχές άγχους (Καλαϊτζή, 2005:309). Για τους ηλικιωμένους οι οποίοι καθημερινά αντιμετωπίζουν προβλήματα άγχους σύννητες είναι οι σκέψεις περί θανάτου, γεγονός που τους προκαλεί ακόμη περισσότερο άγχος. Σύμφωνα με την Μαλεγιαννάκη (2011) τα άτομα τρίτης ηλικίας ανησυχούν αν ο θάνατός τους θα είναι οδυνηρός και για τις επιπτώσεις που μπορεί να έχει στην συναισθηματική κατάσταση των αγαπημένων τους προσώπων. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί οι γυναίκες φαίνεται να έχουν μεγαλύτερο άγχος σε σχέση με τους άντρες για τον θάνατο.

### **3.3. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ**

Σύμφωνα με το DSM-IV (Kaplan και Sadock, 2004), οι Καταθλιπτικές Διαταραχές ανήκουν στις Διαταραχές της Διάθεσης, οι οποίες είναι συχνές, δυνητικά θανατηφόρες, συνοδεύονται από πολλαπλά συμπτώματα και σημεία επηρεάζοντας



σχεδόν όλους τους τομείς λειτουργικότητας. Πιο συγκεκριμένα όσον αφορά τις Καταθλιπτικές διαταραχές, ο Μάνος (1997), τις διακρίνει στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Μείζων καταθλιπτική διάθεση

Βασικό διαγνωστικό στοιχείο της συγκεκριμένης διαταραχής είναι μια κλινική πορεία που χαρακτηρίζεται από ένα ή περισσότερα Μείζονα Καταθλιπτικά Επεισόδια χωρίς ιστορικό Μανιακού, Μεικτού ή Υπομανιακού επεισοδίου. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι εύκολο κλάμα, ευερεθιστότητα, άγχος, φοβίες, στεναχώρια για την σωματική υγεία, διάφοροι πόνοι ή προσβολές πανικού. Τα συμπτώματα αυτά αναπτύσσονται συνήθως σε μια περίοδο ημερών ή βδομάδων με ενδεχόμενη απότομη και ξαφνική έναρξη έπειτα από ένα σοβαρό στρες της ζωής.

- Δυσθυμική διαταραχή

Βασικό χαρακτηριστικό της διαταραχής είναι μια χρόνια καταθλιπτική διάθεση, που το άτομο τη βιώνει για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, τις περισσότερες μέρες για τουλάχιστον δυο χρόνια. Υπάρχει παρουσία διάφορων συμπτωμάτων όπως ελαττωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, ελαττωμένη ενέργεια/ενεργητικότητα ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, ελαττωμένη ικανότητα για συγκέντρωση ή δυσκολία για λήψη αποφάσεων και αισθήματα έλλειψης ελπίδας. Τα συμπτώματα συνοδεύονται από αισθήματα ανεπάρκειας, γενικευμένη απώλεια των ενδιαφερόντων ή της ευχαρίστησης, κοινωνική απόσυρση, αισθήματα ενοχής, ευερεθιστότητα ή θυμός, ελαττωμένη δραστηριότητα, παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Η διαταραχή αυτή συχνά αρχίζει νωρίς και ύπουλα με χρόνια όμως πορεία.

- Καταθλιπτική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς

Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει διαταραχές με καταθλιπτικά στοιχεία που δεν πληρούν τα κριτήρια κάποιας άλλης καταθλιπτικής διαταραχής.

### 3.3.1. Θεραπεία Καταθλιπτικών διαταραχών

Σύμφωνα με τους Kaplan και Sadock (2004), στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών συμπεριλαμβάνονται η φαρμακοθεραπεία σε συνδυασμό με ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις, βιολογικές θεραπείες και ψυχολογικές θεραπείες. Η κλινική αντιμετώπιση περιλαμβάνει την ψυχοφαρμακολογία, την ηλεκτροσπασμοθεραπεία, την ψυχοθεραπεία (ειδικότερα γνωσιακή και συμπεριφορική), και την εκπαίδευση της οικογένειας. Οι ηλικιωμένοι ενδέχεται να

έχουν τροποποιημένη ηπατική λειτουργία, ειδικότερα σε σχέση με τη φάση I που περιλαμβάνει απομεθυλίωση και υδροξυλίωση, οι οποίες είναι μεταβολικές οδοί που αδρανοποιούν τα περισσότερα αντικαταθλιπτικά. Επίσης, η νεφρική λειτουργία ενδέχεται να είναι μειωμένη, με αποτέλεσμα την αυξημένη ευαισθησία στην αγωγή.

Έτσι, οι ηλικιωμένοι ασθενείς χρειάζονται γενικά πολύ χαμηλότερη τόσο δόση έναρξης όσο και τελική δόση, λόγω της μειωμένης κάθαρσης των λαμβανομένων φαρμάκων και της μεγαλύτερης πιθανότητας για παρενέργειες. Η σταδιακή αύξηση της αγωγής θα πρέπει επίσης να γίνεται σε περισσότερο αργό ρυθμό από ότι στα νεότερα άτομα. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ανέχονται γενικά τις παρενέργειες των εκλεκτικών αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), των αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνη-νορεπινεφρίνη (SNRIs), και των άλλων άτυπων αντικαταθλιπτικών, πολύ καλύτερα από τις παρενέργειες των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών (TCAs) και των αναστολέων της μονοαμινοξειδάσης (MAOIs). Οι ασθενείς αυτοί τείνουν να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στις αντιχολινεργικές επιδράσεις, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν δυσκοιλιότητα, κατακράτηση ούρων, και ντελίριο και στις αδρενεργικές επιδράσεις, οι οποίες μπορεί να προκαλέσουν ορθοστατική υπόταση και συνεπώς πτώσεις στο έδαφος. Επιπρόσθετα, τα TCAs είναι τύπου 1A αντιαρρυθμικά, αντενδείκνυνται σε ασθενείς με γνωστή καρδιακή νόσο επειδή θα διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για ανάπτυξη προβλημάτων αγωγιμότητας (Shoog, 2011).

Επίσης, οι γηριατρικοί ασθενείς μπορεί να είναι γενικά περισσότερο ευαίσθητοι στις καρδιολογικές παρενέργειες από τη χρήση TCAs. Οι πλέον προβληματικές παρενέργειες των σεροτονεργικών φαρμάκων είναι η ευερεθιστότητα και η απώλεια βάρους. Τέλος, οι πιο βαριές καταθλίψεις με μελαγχολικά και ψυχωτικά στοιχεία δεν απαντούν τόσο καλά στα νεώτερα αντικαταθλιπτικά όπως απαντούν στα TCAs ή τα SNRIs. Στις περιπτώσεις αυτές, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία με την κατάλληλη ιατρική υποστήριξη παραμένει μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για τους ηλικιωμένους ασθενείς, ειδικότερα αυτούς με βαριά ψυχωτική κατάθλιψη. Οι δόσεις έναρξης στους γηριατρικούς ασθενείς είναι πολύ χαμηλότερες από ότι στους υγιείς νεότερους. Επίσης ο ρυθμός αύξησης της δόσης και το εύρος της θεραπευτικής δόσης είναι χαμηλότερος (Scott et al., 2001).

### 3.4. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Η έννοια της κατάθλιψης συνδέεται σε πολλές περιπτώσεις με τα μεταβατικά στάδια της ζωής ενός ανθρώπου όπως είναι η εφηβεία και η έλευση των γηρατειών. Στις μέρες μας και λόγω των υφιστάμενων συνθηκών η συχνότητα, η ένταση, η διάρκεια συμπτωμάτων και οι περιπτώσεις διάγνωσης της διαταραχής σε όλες τις πληθυσμιακές ομάδες επιφέρουν ανησυχίες και καθιστούν αναγκαία και άμεση την παρέμβαση κάθε είδους.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία σύμφωνα με την Κουκία (2002 στον Ιωάννου 2003), αποτελεί μια ιδιαίτερα σοβαρή ασθένεια, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στην νοσηρότητα και την θνησιμότητα των ηλικιωμένων. Δεν είναι χαρακτηριστικό των ηλικιωμένων να πάσχουν από κατάθλιψη και δεν πρέπει να θεωρείται φυσιολογική μια τέτοια αντίδραση στην τρίτη ηλικία (Παράσχος 1998 στον Ιωάννου 2003). Οι παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους περιλαμβάνουν τη χηρεία, τη σωματική νόσο, το χαμηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, τη λειτουργική έκπτωση και τον αλκοολισμό (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου 2000). Κατά τον Murphy (1982 στην Παγοροπούλου, 2000) όμως, η εγκαθίδρυση της κατάθλιψης σχετίζεται με παράγοντες όπως σοβαρά γεγονότα της ζωής, μείζονες κοινωνικές δυσκολίες, κακή υγεία με κυριότερο παράγοντα τον τρόπο σκέψης για τα σημαντικά γεγονότα, ο οποίος επηρεάζει την έλευση της ψυχικής διαταραχής.

Από καταθλιπτική διαταραχή φαίνεται ότι πάσχει περίπου το 10% των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών, ενώ το 2-3% παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη. Τα ευρήματα δείχνουν ότι 8%-20% των ηλικιωμένων στην κοινότητα και πάνω από 37% των νοσηλευόμενων σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης βιώνουν συμπτώματα κατάθλιψης (Nies & McEwen, 2001).

Σύμφωνα με την Αβεντισιάν-Παγοροπούλου (2000), τα συνήθη συμπτώματα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους όπως αναφέρουν διάφορα εγχειρίδια γηριατρικής ψυχιατρικής είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος, τάση απόσυρσης, επιβράδυνση σκέψης και κίνησης, αίσθηση ανημπόριας, απελπισίας, ευερεθιστότητα, κόπωση. Η κλινική εικόνα όμως της γεροντικής κατάθλιψης διαφέρει μεταξύ των ηλικιωμένων. Ενώ οι Nies και McEwen (2001), αναφέρουν ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους προκαλεί δυσφορία και οδηγεί σε ψυχοσωματικές διαταραχές και κοινωνική απομόνωση. Πιο συγκεκριμένα αναφέρουν πως τα συμπτώματα για τα οποία τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να αξιολογούνται είναι τα ακόλουθα:

- ❖ αίσθημα λύπης και άγχους
- ❖ κόπωση και έλλειψη ενεργητικότητας
- ❖ αδιαφορία στις δραστηριότητες της καθημερινής ζωής
- ❖ προβλήματα ύπνου
- ❖ προβλήματα σε σχέση με τη σίτιση και το βάρος
- ❖ κλάμα
- ❖ δυσχέρεια εστιασμού κι προσοχής
- ❖ ανάκληση και λήψη αποφάσεων
- ❖ αισθήματα ανικανότητας
- ❖ ευερεθιστότητα
- ❖ σκέψεις που αφορούν στο θάνατο και αυτοκτονικός ιδεασμός

Ο ψυχίατρος Aaron Beck (1987 στην Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000), από την μεριά του έχει ομαδοποιήσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε κατηγορίες, οι οποίες περιλαμβάνουν: διαταραχές του συναισθήματος, αλλαγή στον τρόπο σκέψης, έλλειψη κινήτρων, φυσιολογικές διαταραχές όπως ανορεξία, αϋπνία. Σε πιο σοβαρές περιπτώσεις η γεροντική κατάθλιψη συνοδεύεται και από ψυχοσωματικά συμπτώματα όπως παραισθήσεις και φαντασιώσεις. Συγκεκριμένα οι κατηγορίες αναλύονται ως εξής:

- **Συναισθηματικές διαταραχές**, οι οποίες κυριαρχούν στην γεροντική κατάθλιψη και οι οποίες εκδηλώνονται με ξαφνικό ξέσπασμα και αδυναμία του ατόμου να αισθανθεί χαρά. Όταν οι ηλικιωμένοι βιώνουν καταθλιπτική διαταραχή εκφράζουν παράπονα για σωματικά ενοχλήματα. Στην περίπτωση αυτή η διάγνωση της γίνεται ακόμα πιο δυσχερής.
- Άλλο χαρακτηριστικό σύμπτωμα της γεροντικής κατάθλιψης είναι η **αλλαγή τρόπου σκέψης**. Το άτομο εκφράζει αβάσιμες σκέψεις ενοχής, αισθήματα αναξιοότητας, για τον εαυτό του πιστεύει ότι έχει αρρωστήσει χωρίς δυνατότητα βελτίωσης και γενικά οι σκέψεις και οι συλλογισμοί που κάνει δεν είναι ρεαλιστικοί.
- Ένα ακόμη σύμπτωμα είναι η **έλλειψη κινήτρων**, το οποίο καταδικάζει το άτομο στην απραξία και την απάθεια. Παρατηρείται αδιαφορία για την ζωή, ανικανότητα του ατόμου για δραστηριοποίηση και ενεργητικότητα και αδυναμία αντίδρασης. Το άτομο νιώθει κυριευμένο από παραλυτικό φόβο, και κατά διαστήματα εμφανίζονται σκέψεις αυτοκτονίας.

- Ακόμη ένα σύμπτωμα είναι οι **φυσιολογικές αντιδράσεις** του οργανισμού με ποιο σύνηθες τις διαταραχές στην όρεξη, η οποία εκφράζεται ως αδιαφορία για το φαγητό ή ως ψυχαναγκαστική βουλιμία, διαταραχές ύπνου (αϋπνία ή υπερυπνία), πεπτικές διαταραχές: ναυτίες, αναγούλες, καούρες, δυσκοιλιότητα και ψυχοσωματικές διαταραχές, οι οποίες εκφράζονται με ανικανότητα στην συγκέντρωση της προσοχής, αργός ρυθμός σκέψης και μειωμένη κινητική ικανότητα.
- Στη περίπτωση βαριάς μορφής καταθλιπτικής συμπεριφοράς εμφανίζονται **ψυχοσωματικά συμπτώματα** στη σκέψη του ηλικιωμένου και παρατηρείται εμφάνιση παραισθήσεων ή φαντασιώσεων, οι οποίες δυσκολεύουν το άτομο.

Η εξελικτική φάση του γήρατος, με την μαζική αποστέρηση ερεθισμάτων, την περιθωριοποίηση, και την σταδιακή επιδείνωση της υγείας μπορεί να οδηγήσουν σε συναισθηματική διαταραχή της κατάθλιψης, οι επιπτώσεις της οποίας μπορεί να είναι επικίνδυνες ακόμη και θανάσιμες για την ζωή του ατόμου. Η χειρότερη επίπτωση που μπορεί να επέλθει είναι η απόπειρα αυτοκτονίας, με επιβαρυντικούς παράγοντες να αποτελούν το ανδρικό φύλο, η λευκή φυλή και η κοινωνική απομόνωση. Τα ποσοστά της οποίας βέβαια είναι χαμηλά στην τρίτη ηλικία (Scott et al., 2001).

Όσον αφορά τα δυο φύλα οι διαφορές που παρουσιάζονται στην εμφάνιση της διαταραχής είναι οι ακόλουθες: στις ηλικιωμένες γυναίκες η κατάθλιψη όλων των μορφών εμφανίζεται από τη νεότερη ηλικία, σε διπλάσια αναλογία συγκριτικά με τους άνδρες και εκδηλώνεται με πιο άμεσο τρόπο (όπως δάκρυα και κοινωνική απόσυρση). Πέρα από τις διαφορές που παρατηρούνται στις διαταραχές ανάμεσα στα δύο φύλα, έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές κατηγορίες που περιλαμβάνει η τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών, οι οποίοι εντάσσονται στην κατηγορία «old-old» έχουν καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας σε σχέση με ηλικιωμένους ηλικίας 65 έως 75 ετών, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία «new-old» (Παγοροπούλου, 2000).

Σχετικά με το φύλο τα ποσοστά των ανδρών είναι πιο υψηλά από αυτά των γυναικών, φαινόμενο που εξηγείται με διάφορους λόγους, όπως το ότι οι γυναίκες θεωρούνται πιο ανθεκτικές σε σχέση με τους άνδρες στις αντιξοότητες της ζωής και στις δυσκολίες που εμπεριέχει αυτή η ηλικία (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000). Τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου καταθλιπτικού ασθενούς που αυτοκτονεί είναι να ζει μόνος, να βιώνει απώλεια και αισθήματα απελπισίας, να πάσχει από σοβαρή σωματική νόσο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού συστήματος και το

προηγούμενο ιστορικό απόπειρας αυτοκτονίας. (Χριστοδούλου κ.α., 2000 στον Ιωάννου 2003).

#### 3.4.1. Αντιμετώπιση της κατάθλιψης

Ο εντοπισμός της κατάθλιψης στην τρίτη ηλικία, πολλές φορές είναι δύσκολο να συμβεί. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην παρερμηνεία των συμπτωμάτων, όπως τα προβλήματα μνήμης, η απώλεια της ενέργειας και άλλα σωματικά συμπτώματα τα οποία διαγιγνώσκονται λανθασμένα και από τους ίδιους τους ηλικιωμένους αλλά και από το συγγενικό τους περιβάλλον. Και οι δυο μεριές θεωρούν τα συμπτώματα αυτά ως φυσικό επακόλουθο των γηρατειών με αποτέλεσμα να μην γίνεται έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής, με μακροπρόθεσμα αρνητικά αποτελέσματα για την ζωή του ίδιου του άτομου αλλά και για το περιβάλλον του. Στις περιπτώσεις όμως που διαγνωσθεί έγκαιρα ή μη υπάρχει τρόπος αντιμετώπισης. Στην προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάθλιψης εφαρμόζονται ψυχοθεραπείες γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου και χορηγούνται αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι η αλλαγή των παράλογων και αρνητικών συμβάντων της ζωής και η ανάπτυξη αποτελεσματικότερων τρόπων αντιμετώπισης. Επιπλέον η τεχνική της αναπόλησης και ανασκόπησης της ζωής βοηθά τους ηλικιωμένους στην προσπάθεια αντιμετώπισης της κατάθλιψης καθώς στοχεύει στη λύση προσωπικών συγκρούσεων και στην αποδοχή της προσωπικής τους ιστορίας. Από την άλλη τα αντικαταθλιπτικά αναστέλλουν ορισμένα συμπτώματα της κατάθλιψης, δεν χορηγούνται όμως σε όλους τους ασθενείς λόγω διάφορων παρενεργειών που επιφέρουν. Για το λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στην χορήγησή τους. Όσον αφορά τους ηλικιωμένους επειδή τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορούν να παρερμηνευτούν για τους λόγους που έχουν προαναφερθεί, θα πρέπει να εντοπίζεται η ύπαρξη πραγματικής κατάθλιψης, η οποία και θα επιτρέπει φαρμακευτική αντιμετώπιση (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> : Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΗΜΕΡΑ

### 4.1. ΜΟΝΤΕΛΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΥ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ (ΟΤΑ)

Σύμφωνα με τις διατάξεις του **άρθρου 102** του Συντάγματος και του Ευρωπαϊκού Χάρτη Τοπικής Αυτονομίας που κυρώθηκε με τον **Νόμο του Καλλικράτη 1850/1989** (ΦΕΚ 144 Α), συστήνονται δύο βαθμοί τοπικής αυτοδιοίκησης οι Δήμοι και οι Περιφέρειες.

Σύμφωνα με το **άρθρο 1 του υπ' αριθμόν 3852** Νόμου, οι Δήμοι είναι αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) και αποτελούν τον Α' βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης. Οι Περιφέρειες όπως και οι Δήμοι είναι σύμφωνα με το **άρθρο 3 του υπ' αριθμόν 3852** Νόμου, αυτοδιοικούμενα κατά τόπο νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (ΝΠΔΔ) και αποτελούν τον Β' βαθμό τοπικής αυτοδιοίκησης. Η οργάνωση των υπηρεσιών ενός Δήμου σύμφωνα με τον Νόμο του Καλλικράτη 1850/1989 μπορεί να γίνει με τις παρακάτω μορφές :

#### ΝΠΔΔ

Σύμφωνα με το **άρθρο 103 του υπ' αριθμόν Νόμου 3852** όσον αφορά τη Σύσταση - Συγχώνευση νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου:

1. Κάθε Δήμος μπορεί να συνιστά ή να έχει:

α) Έως δύο (2) νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ένα για τους τομείς αρμοδιοτήτων κοινωνικής προστασίας, αλληλεγγύης και παιδείας και ένα για τους τομείς πολιτισμού, αθλητισμού και περιβάλλοντος, όπως αυτοί προβλέπονται στο **άρθρο 75** του **Ν. 3463/2006**, όπως ισχύει. Εάν ο Δήμος διαθέτει κοινωφελή επιχείρηση τότε μπορεί να έχει έως ένα (1) νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου. Στους Δήμους με πληθυσμό άνω των τριακοσίων χιλιάδων (300.000) κατοίκων, μπορεί να λειτουργούν έως δύο (2) νομικά πρόσωπα για καθέναν από τους τομείς αρμοδιοτήτων που προαναφέρθηκαν. Επομένως η οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών μπορεί να πραγματοποιηθεί είτε με την μορφή ΝΠΔΔ (Δήμος Μαλεβιζίου), είτε με τη σύσταση Διεύθυνσης Κοινωνικών Υπηρεσιών (Δήμος Ηρακλείου), όπως προβλέπεται από το νόμο Καλλικράτη.

β) Ένα νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου για τη διοίκηση και διαχείριση ζώνης λιμένα, σύμφωνα με την κείμενη νομοθεσία.

2. Τα νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου που περιέχονται στο νέο Δήμο σύμφωνα με το ανωτέρω άρθρο, συγχωνεύονται υποχρεωτικά σε ένα νομικό πρόσωπο για καθέναν από τους τομείς αρμοδιότητας που προβλέπονται στην περίπτωση α' της προηγούμενης παραγράφου.

3. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης ύστερα από αίτηση του οικείου δημοτικού συμβουλίου, επιτρέπεται να διατηρηθούν ως αυτοτελή νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου Δήμων, εκείνα των οποίων η δραστηριότητα από πλευράς ευρύτερης αναγνώρισης, εξειδικευμένου αντικειμένου, μακροχρόνιας απόδοσης έργου και γενικότερης καταξίωσης της προσφοράς τους, δικαιολογεί την ανωτέρω διατήρηση. Για την υποβολή του αιτήματος απαιτείται απόφαση του οικείου Δημοτικού Συμβουλίου που λαμβάνεται με πλειοψηφία των δύο τρίτων (2/3) του συνόλου των μελών του, στην οποία αιτιολογείται ειδικά η συνδρομή των προϋποθέσεων του προηγούμενου εδαφίου.

4. Σύμφωνα με την **παράγραφο 6** του άρθρου στην περιφέρεια του νέου Δήμου είναι δυνατόν να λειτουργούν αποκεντρωμένες υπηρεσίες, υπό μορφή παραρτημάτων των ανωτέρω νομικών προσώπων για την καλύτερη εξυπηρέτηση των κατοίκων. Στις υπηρεσίες αυτές, περιλαμβάνονται υπηρεσίες οι οποίες σχετίζονται με τη φροντίδα παιδιών, ηλικιωμένων, αθλητικές ή πολιτιστικές δραστηριότητες. Για τον έλεγχο της σωστής λειτουργίας των υπηρεσιών αυτών έχουν συγκροτηθεί άμισθες επιτροπές, που εισηγούνται για την καλύτερη λειτουργία, διαπιστώνουν τυχόν προβλήματα που δημιουργούνται στη λειτουργία της υπηρεσίας και διατυπώνουν σχετικές προτάσεις στο Διοικητικό Συμβούλιο του Νομικού Προσώπου για την καλύτερη εξυπηρέτηση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

7. Με απόφαση του Υπουργού Εσωτερικών, Αποκέντρωσης και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης μπορεί να εκδίδεται πρότυπος κανονισμός λειτουργίας των ως άνω νομικών προσώπων και των αποκεντρωμένων υπηρεσιών τους, ανά κατηγορία παρεχόμενων υπηρεσιών, μετά από γνώμη της Κεντρικής Ένωσης Δήμων Ελλάδας.

#### Επιχειρήσεις Δήμων

Οι Δήμοι μπορεί να έχουν μόνο:

A) μια κοινωφελή επιχείρηση

B) μια Δημοτική Επιχείρηση Ύδρευσης- Αποχέτευσης (Δ.Ε.Υ.Α.)



Γ) μια επιχείρηση με ειδικό σκοπό την λειτουργία ραδιοφωνικού ή τηλεοπτικού σταθμού εφόσον λειτουργούσαν αντίστοιχες στους συνενωμένους Δήμους και

Δ) μια δημοτική ανώνυμη εταιρία του **άρθρου 266 του Κ.Δ.Κ.** εφόσον είχαν συσταθεί τέτοιες εταιρίες στους συνενωμένους Δήμους.

Ακόμα οι Δήμοι μπορούν να συνιστούν ή να συμμετέχουν σε ανώνυμες εταιρίες, σύμφωνα με την διάταξη του **άρθρου 265 του Κ.Δ.Κ.**, ενώ τέλος υφιστάμενες αστικές εταιρίες μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα συνεχίζουν να λειτουργούν σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου **267 του Κ.Δ.Κ** και με την επιφύλαξη των διατάξεων της **παραγράφου 1 του άρθρου 111** του παρόντος.

#### 4.1.1. Παραδείγματα Δήμων με διαφορετικά μοντέλα οργάνωσης

##### Δήμος Μαλεβιζίου:

Ο παραπάνω νόμος έχει εφαρμοστεί στο παράδειγμα του Δήμου Μαλεβιζίου, όπου μπορούν να συσταθούν σύμφωνα με το **N. 3852/10** έως δύο (2) νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου, ένα για τους τομείς αρμοδιοτήτων κοινωνικής προστασίας και αλληλεγγύης και παιδείας (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ) και ένα για τους τομείς πολιτισμού, αθλητισμού και περιβάλλοντος (Δ.Ο.Π.Π.Α.Μ.), όπως αυτοί προβλέπονται στο **άρθρο 75 του Ν. 3463/2006**, όπως ισχύει. Εάν ο Δήμος διαθέτει και κοινωφελείς επιχειρήσεις τότε μπορεί να έχει έως ένα (1) νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου κοινωφελών επιχειρήσεων με την δυνατότητα συγχώνευσης των κοινωφελών επιχειρήσεων σ' αυτό.

Το νεοσύστατο ΝΠΔΔ του Δήμου Μαλεβιζίου έχει την επωνυμία: «Δημοτικός Οργανισμός Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας Παιδείας Μαλεβιζίου» (ΔΟΚΑΠΠΑΜ). Ο σκοπός του έχει ως γενικό αντικείμενο: Την οργάνωση και την λειτουργία των κάτωθι υπηρεσιών στους τομείς Κοινωνικής Αλληλεγγύης Προστασίας και Παιδείας όπως οριοθετούνται από το άρθρο **75 του ΔΚΚ** και όπως ισχύει, με γνώμονα την καλύτερη εξυπηρέτηση των αναγκών των κατοίκων. Αναλυτικά αναφέρονται στην σύσταση ίδρυσης του ΔΟΚΑΠΠΑΜ (ΦΕΚ646/19-4-2011) και στους κανονισμούς λειτουργίας που θα ακολουθήσουν των υπηρεσιών που συγχωνεύτηκαν. Η Διεύθυνση Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας και Παιδείας, είναι υπεύθυνη για την προστασία της τρίτης ηλικίας και Ευπαθών Κοινωνικών Ομάδων και αρμόδια για την αποτελεσματική λειτουργία των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου, καθώς και για την

εφαρμογή ειδικών προγραμμάτων φροντίδας ατόμων της τρίτης ηλικίας. Παράλληλα είναι αρμόδια για την αποτελεσματική εφαρμογή Γενικών Προγραμμάτων Κοινωνικής Προστασίας για όλους τους κατοίκους του Δήμου καθώς και ειδικών Προγραμμάτων για Ευπαθείς Κοινωνικές Ομάδες. Για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ατόμων τρίτης ηλικίας οι υπηρεσίες Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων παρέχονται σε γεωγραφικά αποκεντρωμένες μονάδες (παραρτήματα ΚΑΠΗ), οι οποίες λειτουργούν σε επίπεδο Γραφείου. Τρία ή περισσότερα παραρτήματα ΚΑΠΗ συγκροτούν οργανική μονάδα. Μεταξύ των υπηρεσιών του ΔΟΚΑΠΠΑΜ είναι και αυτές που αφορούν τις υπηρεσίες για την τρίτη ηλικία, την κοινωνική προστασία και την φροντίδα στις οποίες υπάγονται τα εξής :

Σύμφωνα με τον ΟΕΥ ο Δήμος Μαλεβιζίου περιλαμβάνει:

#### Τμήμα ΚΑΠΗ Γαζίου

Γραφείο (πάρτημα) ΚΑΠΗ Καλεσσών

Γραφείο (πάρτημα) ΚΑΠΗ Ρογδιάς

Γραφείο (πάρτημα) ΚΑΠΗ Τυλίσου

Γραφείο βοήθειας στο σπίτι Γαζίου

Γραφείο βοήθεια στο σπίτι Τυλίσου

#### Τμήμα ΚΑΠΗ Κρουσώνα

Γραφείο Κ.Η.Φ.Η

Γραφείο Βοήθειας στο Σπίτι Κρουσώνα

#### Δήμος Ηρακλείου:

Σε αντίθετη περίπτωση από τον Δήμο Μαλεβιζίου ο οποίος έχει τα δυο προαναφερθέντα ΝΠΔΔ, στο Δήμο Ηρακλείου τα ΚΑΠΗ ανήκουν στη Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής του Δήμου και όχι σε κάποιο ΝΠΔΔ, όπως και οι υπηρεσίες υγείας για τους ηλικιωμένους. Στη Διεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής υπάρχουν επίσης και τα παρακάτω τμήματα

- **Τμήμα Κοινωνικής Πολιτικής – Καινοτόμων Δράσεων Δημόσιας Υγείας και Ισότητας των δύο φύλων.** Διεξάγει κοινωνικές έρευνες, σχεδιάζει, εισηγείται και μεριμνά για την εφαρμογή κοινωνικών πολιτικών ή συμμετέχει σε δράσεις που αποσκοπούν στην υποστήριξη και κοινωνική φροντίδα της βρεφικής, παιδικής και τρίτης ηλικίας, με την ίδρυση και λειτουργία νομικών προσώπων, ιδρυμάτων και επιχειρήσεων (παιδικοί και βρεφονηπιακοί σταθμοί, βρεφοκομεία, ορφανοτροφεία, κέντρα ανοικτής περιθαλψης και

ημερήσιας φροντίδας, ψυχαγωγίας και αναψυχής ηλικιωμένων, γηροκομείων κλπ).

- **Τμήμα Κοινωνικής Φροντίδας – Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων με έδρα την 1η Δημοτική Κοινότητα.** Είναι κέντρο με πολυδιάστατη παρέμβαση στη συνολικότερη κοινωνική ανάπτυξη της περιοχής (χωρικής ενότητας) που αναφέρεται (κοινότητα) και που βασικό στόχο έχει την αναγέννηση του αισθήματος «του ανήκω σε μια κοινότητα ανθρώπων» για την πόλη του Ηρακλείου ιδιαίτερα και τη διατήρηση κοινοτικών χαρακτηριστικών για την ύπαιθρο (αγροτικές περιοχές) Δήμου, μέσω της παρέμβασης σε κοινωνικά προγράμματα αλλά και γενικότερα θέματα που σχετίζονται με την ποιότητα ζωής. Ανάμεσα σε όλα τα άλλα υλοποιεί προγράμματα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων, τις σημερινές δράσεις ΚΑΠΗ, Βοήθεια στο σπίτι, ΚΗΦΗ, ξενώνες ηλικιωμένων κ.λπ.
- **Τμήμα Κοινωνικής Φροντίδας – Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων με έδρα την 2η Δημοτική Κοινότητα.**
- **Τμήμα Κοινωνικής Φροντίδας – Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων με έδρα την 3η Δημοτική Κοινότητα.**

#### 4.1.2. Σύγκριση μοντέλων

Όσον αφορά τα δυο παραδείγματα, του Δήμου Ηρακλείου και του Δήμου Μαλεβιζίου που προαναφέρθηκαν, βασική διαφορά που παρατηρείται αφορά τη Σύσταση - Συγχώνευση Νομικών Προσώπων Δημοσίου Δικαίου, όπου στο μεν Δήμο Μαλεβιζίου έχει συσταθεί υποχρεωτική κοινωνική υπηρεσία με δυο νομικά πρόσωπα (Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ., Δ.Ο.Π.Π.Α.Μ.). Μεταξύ των υπηρεσιών του ΔΟΚΑΠΠΑΜ είναι και αυτές που αναφέρονται στους ηλικιωμένους, χωρίς να υπάρχει όμως εκπροσώπηση τους, όπως ορίζει η **παράγραφος 6 του ν3852/2010**, ενώ στον Δήμο Ηρακλείου δεν έχουν συσταθεί πρόσωπα δημοσίου δικαίου, αντιθέτως ο θεσμός των Κ.Α.Π.Η έχει καταργηθεί και μετονομάστηκαν σε Τμήματα Κοινωνικής Φροντίδας-Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων.

Όσον αφορά το μοντέλο του Δήμου Ηρακλείου διακρίνονται ορισμένα αρνητικά και θετικά αποτελέσματα. Στα αρνητικά συμπεριλαμβάνεται το γεγονός ότι πλέον δεν υπάρχει καμία εξειδικευμένη υπηρεσία που να ανταποκρίνεται αποκλειστικά στις ανάγκες των ηλικιωμένων και να ασχολείται για την επίλυση θεμάτων που σχετίζονται με αυτή την ηλικία, ενώ αντιθέτως υπάρχει μια υπηρεσία

στην οποία όλες οι ηλικιακές ομάδες μπορούν να απευθυνθούν. Στα θετικά συμπεριλαμβάνονται η αλληλεπίδραση και η ανάπτυξη σχέσεων που μπορεί να επιτευχθεί μεταξύ των ηλικιωμένων με άτομα νεότερης ηλικίας. Εξειδικευμένο προσωπικό (κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, φυσικοθεραπευτές, γυμναστές και οικογενειακοί βοηθοί) σε συνεργασία με υπηρεσίες του Δήμου (Κοινωνική Υπηρεσία, Δημοτικά Ιατρεία, Κέντρο Εργοθεραπείας, μουσικοί του Δήμου κλπ) είναι πάντα στη διάθεση των ηλικιωμένων για όποιο θέμα προκύψει και υλοποιούν προγράμματα και δράσεις που αφορούν την τρίτη ηλικία.

#### **4.2. ΠΛΑΙΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΗΜΕΡΑ**

Το WeDO ήταν ένα Ευρωπαϊκό πρόγραμμα (2010-2012) συγχρηματοδοτούμενο από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Ξεκίνησε από μια διευθύνουσα ομάδα αποτελούμενη από 18 εταίρους από 12 κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ), που ενδιαφέρονταν να εργαστούν μαζί για να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων που χρειάζονται φροντίδα και βοήθεια. Στόχος του έργου ήταν να δημιουργηθεί μια μόνιμη και ανοικτή Ευρωπαϊκή Εταιρική Συμμαχία των Ευρωπαϊκών, εθνικών και περιφερειακών/τοπικών φορέων, αφοσιωμένων στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους που χρειάζονται φροντίδα και βοήθεια και στην καταπολέμηση της κακοποίησης των ηλικιωμένων. Το έργο ολοκληρώθηκε τον Δεκέμβριο του 2012 με το λανσάρισμα αυτού του Ευρωπαϊκού Πλαισίου Ποιότητας για τις Υπηρεσίες Μακροχρόνιας Φροντίδας.

Το πρόγραμμα WeDO, στηριζόταν στον Ευρωπαϊκό Χάρτη των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των ηλικιωμένων που χρήζουν μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας και στο συνοδευτικό του οδηγό που αναπτύχθηκε από το έργο EUSTACEA (2008-2010, Πρόγραμμα Δάφνη III), όπως και στο εθελοντικό Ευρωπαϊκό Πλαίσιο Ποιότητας για κοινωνικές υπηρεσίες που αναπτύχθηκαν από την Επιτροπή Κοινωνικής Προστασίας. Για το σκοπό του έργου, μια εθνική συμμαχία των ενδιαφερομένων συστάθηκε σε κάθε χώρα εταίρο για να εντοπιστούν τα κενά, να συμβάλλει στην συγγραφή του Πλαισίου Ποιότητας και να αναπτύξει μια εθνική στρατηγική για την προστασία της αξιοπρέπειας και της ευημερίας των ηλικιωμένων ατόμων που χρειάζονται φροντίδα και βοήθεια μέσω της μακροχρόνιας ποιοτικής φροντίδας. Ομοίως, μία Ευρωπαϊκή συμμαχία συγκέντρωσε τα βασικά

ενδιαφερόμενα μέρη σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης, για να βοηθήσει τη συντονιστική ομάδα WeDO στην ανάπτυξη της Ευρωπαϊκής στρατηγικής. Τώρα που το έργο έχει περατωθεί, η Ευρωπαϊκή Εταιρική Συμμαχία WeDO ανοίγει τον κύκλο της σε όλα τα ενδιαφερόμενα μέρη από όλα τα κράτη μέλη της ΕΕ με την ελπίδα ότι περισσότερες χώρες θα ενταχθούν και θα αναπτύξουν νέες εθνικές και τοπικές συμμαχίες.

[http://wedo.ttp.eu/system/files/24171\\_WeDo\\_brochure\\_A4\\_48p\\_EL\\_WEB.pdf](http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EL_WEB.pdf)

#### **4.3. ΑΤΥΠΑ ΔΙΚΤΥΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΧΩΡΟ**

Ξεκινώντας αυτό το υποκεφάλαιο και πριν ακολουθήσει εκτενής αναφορά για τα άτυπα δίκτυα φροντίδας των ηλικιωμένων θα αναφερθούν συνοπτικά οι τομείς παροχής προσωπικών και κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίοι παρουσιάζονται παρακάτω:

- ❖ Δημόσιος φορέας: περιλαμβάνει κρατικές υπηρεσίες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, τόσο σε κεντρικό όσο και σε περιφερειακό και δημοτικό επίπεδο.
- ❖ Ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας: στον τομέα αυτό ανήκουν οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς, οι οποίοι λειτουργούν με άδεια κρατικών αρχών και το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει την ευθύνη για την έκδοση της άδειας λειτουργίας και της εποπτείας των οργανισμών (βρεφικοί και παιδικοί σταθμοί, οίκοι ευγηρίας, ιδρύματα κλειστής περίθαλψης).
- ❖ Ιδιωτικός μη κερδοσκοπικός φορέας: σε αυτόν ανήκουν μη κερδοσκοπικοί φορείς όπως η εκκλησία, οι εθελοντικές οργανώσεις και τα φιλανθρωπικά σωματεία, τα οποία αποτελούν πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα με χαρακτηριστικό ότι δεν αποτελούν δημόσιες υπηρεσίες (ΜΚΟ).
- ❖ Δίκτυα άτυπης φροντίδας: όπου εντάσσονται οι φορείς αυτοβοήθειας και τα δίκτυα άτυπης φροντίδας. Για τα άτυπα δίκτυα φροντίδας δεν υπάρχει κάποιο νομικό πλαίσιο, το οποίο να ορίζει την λειτουργία τους, και οι ομάδες αυτοβοήθειας λειτουργούν με την μορφή ενός μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα.
- ❖ Κοινοτική φροντίδα: είναι η παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα (Σταθόπουλος, 2005).

#### 4.3.1. Άτυπα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας

Ο όρος «άτυπη φροντίδα» χαρακτηρίζει τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας των δικτύων και σύμφωνα με τον Σταθόπουλο (2005:241),

«η ανεπίσημη φροντίδα χρησιμοποιείται για να διακρίνεται από τις παρόμοιες μορφές φροντίδας, η οποία όμως παρέχεται με αμοιβή από οικιακές βοηθούς, πρακτικές νοσοκόμες, φροντιστές ηλικιωμένων κ.α.».

Επιπλέον η Στασινοπούλου (1992, στον Σταθόπουλο, 2005: 241), ορίζει την άτυπη φροντίδα ως εξής:

«η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα «άτυπα δίκτυα», δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας».

Από τους παραπάνω φορείς άτυπης φροντίδας, πιο σημαντικός είναι αυτός της οικογένειας, της οποίας η βοήθεια είναι αναντικατάστατη, καθώς ο ρόλος της δεν περιορίζεται μόνο στην περίθαλψη των ηλικιωμένων ατόμων αλλά και στην ανάγκη υποστήριξης, όταν αντιμετωπίζουν διάφορου τύπου προβλήματα όπως υγείας και κοινωνικά. Το φαινόμενο η οικογένεια να αναλαμβάνει την πλήρη φροντίδα του ηλικιωμένου παρατηρείται έντονα στην Ελληνική κοινωνία, και ιδιαίτερα παλαιότερα όπου η δομή της οικογένειας ήταν πατριαρχική και η φροντίδα των ηλικιωμένων γινόταν εξ ολοκλήρου από τα μέλη της. Στις μέρες μας το φαινόμενο αυτό έχει επανέλθει και παρατηρείται έντονα καθώς λόγω της οικονομικής κρίσης, όπως έχει αναφερθεί εκτενέστερα στο υποκεφάλαιο 1.6, όλο και περισσότεροι ηλικιωμένοι μετακομίζουν στα σπίτια των παιδιών ή συγγενών τους, για να συμβάλουν στις οικονομικές ανάγκες μέσω του εισοδήματος και της σύνταξης τους.

Η φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου μπορεί να είναι είτε μακροχρόνια είτε όχι. Σύμφωνα με τους Σωμαράκη, Τσόκα, Χατζηγεωργίου (2007:38),

«είναι εύλογο ότι παραδοσιακά η φροντίδα των ηλικιωμένων ήταν ευθύνη της οικογένειας και η προσδοκία των ηλικιωμένων ήταν να γηροκομηθούν από τις θυγατέρες και από τους γιούς. Η οικογένεια, λόγω και της κρατικής θέσης για το χαμηλό κόστος, θεωρήθηκε ως ο περισσότερο ενδεδειγμένος θεσμός για την φροντίδα των ηλικιωμένων συγγενών, σε σύγκριση με άλλους θεσμούς. Ωστόσο, αυτή η προσδοκία προϋποθέτει ότι όλοι οι ενήλικοι απόγονοι είναι ικανοί να αναλάβουν αυτή την ευθύνη».

Η φροντίδα που παρέχεται στους ηλικιωμένους προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες του καθενός και οι ανάγκες αυτές μπορούν να περιλαμβάνουν φροντίδα κατοικίας, προετοιμασία φαγητού, θεραπευτική αγωγή, ψυχαγωγία, φιλικές συναναστροφές, συνδρομή στην επίλυση διάφορων ατομικών υποθέσεων κ.α. (Δαρβέσης, 1988 στην Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999). Όταν γίνεται αναφορά στο άτομο που φροντίζει τον ηλικιωμένο, χρησιμοποιούμε τον όρο οικογενειακός φροντιστής και οι Τριανταφύλλου και Μεσθεναίου (1993 στον Σταθόπουλο, 2005:241), ορίζουν το άτομο αυτό ως «το πρόσωπο που παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της καθημερινής φροντίδας σε ένα ανάπηρο ηλικιωμένο άτομο συνήθως χωρίς αμοιβή». Η φροντίδα του ηλικιωμένου από την οικογένεια από την μια επιφέρει θετικές επιδράσεις στην ζωή του ηλικιωμένου από την άλλη όμως έχει αρνητικές συνέπειες στην ίδια καθώς φέρει το βάρος της περίθαλψης.

Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Έμκε- Πουλοπούλου (1999):

- η φροντίδα των ηλικιωμένων απαιτεί μεγάλη σωματική και ψυχική προσπάθεια, ενώ το κόστος είναι τεράστιο
- η προσφυγή σε οικογενειακά δίκτυα αποτελεί συχνά ζήτημα αναγκαιότητας για τα ηλικιωμένα άτομα, με αποτέλεσμα να εξαρτώνται από τους συγγενείς τους. Έτσι δημιουργούνται εντάσεις ανάμεσα σε σχέσεις με το οικογενειακό-συγγενικό περιβάλλον, εις βάρος των αναγκών των ηλικιωμένων
- τα βάρη που αναλαμβάνουν τα μέλη του άτυπου δικτύου είναι πολλά. Το βάρος πέφτει στις γυναίκες, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η πρόσβαση τους στην αγορά εργασίας.

Άλλες αρνητικές επιπτώσεις είναι η αντιστροφή των ρόλων, οι ανάγκες που συγκρούονται, ισορροπίες και σχέσεις που κλονίζονται, η απουσία προσωπικής ζωής, η φθορά και ελάττωση της αντοχής και η οικονομική επιβάρυνση. Στην περίπτωση που η φροντίδα είναι μακροχρόνια απαραίτητη κρίνεται η ανάγκη υποστήριξης προς την οικογένεια, η οποία θα πρέπει να αποβλέπει στις ανάγκες του ηλικιωμένου και της ίδιας. Μετά την οικογένεια η οποία βρίσκεται στην κορυφή της πυραμίδας ακολουθούν το συγγενικό περιβάλλον, οι φίλοι και οι γείτονες, οι οποίοι συμβάλουν με την σειρά τους και ο κάθε ένας από την θέση του σημαντικά στην φροντίδα του ηλικιωμένου ατόμου.

Ο Σταθόπουλος (2005:242), αναφέρει επίσης πως «το βασικό κίνητρο στην λειτουργία των άτυπων δικτύων είναι η αυτοβοήθεια και το ενδιαφέρον για εξυπηρέτηση ατόμων με παρόμοιες ανάγκες και προβλήματα». Οι ομάδες

αυτοβοήθειας αποτελούν σύνηθες φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες για τους εξής λόγους: α) υπάρχει αδυναμία του κράτους να καλύψει όλες τις ανάγκες για κοινωνική προστασία, β) επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να αυτενεργούν και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, παρά να περιμένουν λύσεις στα προβλήματά τους από τις κρατικές υπηρεσίες και γ) υπάρχει η πεποίθηση ότι αν οργανωθούν οι πολίτες σε ομάδες αυτοβοήθειας θα επιτύχουν πολύ περισσότερα οφέλη παρά αν δράσουν ατομικά. Στις ομάδες αυτοβοήθειας οι υπηρεσίες προσφέρονται από εθελοντές (κυρίως γυναίκες) και σπάνια από έμμισθο επαγγελματικό προσωπικό, ενώ όσον αφορά τις δαπάνες καλύπτονται από δωρεές και από εισφορές των μελών (Σταθόπουλος, 2005:243).

#### 4.3.2. Σύνδεση των άτυπων δικτύων με τον αγροτικό χώρο

Τα άτυπα δίκτυα παρατηρούνται περισσότερο στις κοινότητες του αγροτικού χώρου και λιγότερο στα μεγάλα αστικά κέντρα. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στην διαφορετική νοοτροπία, τον τρόπο ζωής και τις σχέσεις που υπάρχουν μεταξύ του αγροτικού χώρου και των αστικών κέντρων. Στο μεν αγροτικό χώρο οι κατοικίες των ηλικιωμένων βρίσκονται συνήθως κοντά σε αυτές των παιδιών τους, οι οποίοι αναλαμβάνουν την φροντίδα τους. Στην περίπτωση που τα παιδιά έχουν μετακινηθεί σε κάποιο αστικό κέντρο, στον αγροτικό χώρο υπάρχει έντονη η παρουσία του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος, τα οποία βρίσκονται κοντά στους ηλικιωμένους, παρέχοντας τους οποιαδήποτε στήριξη ή βοήθεια σε οποιαδήποτε στιγμή. Συμπερασματικά γίνεται κατανοητό ότι στις αγροτικές κοινότητες υπάρχει ισχυρή κοινωνική συνοχή και έντονο κοινωνικό κλίμα.

Ο τρόπος ζωής στον αγροτικό χώρο είναι διαφορετικός, μπορεί η καθημερινότητα να έχει πολλές απαιτήσεις λόγω ενασχόλησης με αγροτικά θέματα, παρόλα αυτά ο χρόνος κυλάει με διαφορετικούς ρυθμούς χωρίς να χάνεται το ενδιαφέρον για τον συνάνθρωπο. Επιπλέον η νοοτροπία του αγροτικού χώρου είναι ότι «γνωρίζω την κοινότητά μέσα στην οποία ζω, γνωρίζω τα άτομα αυτής της κοινότητας, ενδιαφέρομαι και βοηθώ τον διπλανό μου χωρίς αντάλλαγμα». Παρόλα αυτά στον αγροτικό χώρο παρατηρείται το φαινόμενο της απομόνωσης των ηλικιωμένων. Οι καταστάσεις που ενδεχομένως να μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση αυτού του φαινομένου είναι αρχικά η κοινωνική απόσυρση και η άρνηση για παροχή βοήθειας από το ηλικιωμένο άτομο, οι άσχημες οικογενειακές σχέσεις, οι οποίες είναι δυνατό να οφείλονται σε κληρονομικούς λόγους και το φαινόμενο της



αστικοποίησης, το οποίο έχει οδηγήσει σε ερήμωση χωριά ειδικότερα σε ορεινές περιοχές, έχοντας ως συνέπεια την μετακίνηση μεγάλου μέρους του πληθυσμού στα αστικά κέντρα, με αποτέλεσμα να παραμένει σε αυτές μόνο ο γηραιός πληθυσμός.

Σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι το φαινόμενο της απομόνωσης των ηλικιωμένων παρατηρείται σε χαμηλότερα επίπεδα από ότι στον αστικό χώρο, στον οποίο τα πράγματα κυλούν σε άλλους ρυθμούς και οι σχέσεις είναι πιο απρόσωπες. Η αστική ζωή φαίνεται να έχει κάνει τους ανθρώπους πιο απαθείς και αδιάφορους στα προβλήματα του συνανθρώπου. Η ζωή τους κατακλύζεται από τους γρήγορους ρυθμούς της πόλης και από την ρουτίνα της καθημερινότητας, αδιαφορώντας για το τι συμβαίνει στο περιβάλλον που ζουν και στους ανθρώπους γύρω τους. Αυτό έχει αρνητικές επιπτώσεις στην φροντίδα των ηλικιωμένων, οι οποίοι μένουν μόνοι τους, στο περιθώριο και αντιμέτωποι με προκαταλήψεις, αφού δεν είναι σε θέση πια να ακολουθήσουν αυτό τον τρόπο ζωής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι ίδιοι να αναλαμβάνουν την φροντίδα τους όσο τους το επιτρέπει η υγεία τους, καθώς τις περισσότερες φορές παρατηρείται έλλειψη συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος, ενώ όσον αφορά τα παιδιά τους, παρασυρμένα από την ζωή της πόλης επιλέγουν τις περισσότερες φορές την εύκολη λύση που είναι η ιδρυματοποίηση των ηλικιωμένων.

[http://users.uoi.gr/gramisar/kosmosergasias/autumnschool\\_anopedinon/magazine\\_kosmos%20ergasias.pdf](http://users.uoi.gr/gramisar/kosmosergasias/autumnschool_anopedinon/magazine_kosmos%20ergasias.pdf)

#### **4.4. ΦΙΛΙΚΕΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ**

##### 4.4.1.Ορισμός

Φιλική για τους ηλικιωμένους κοινότητα (Elder Friendly Communities), είναι αυτή στην οποία οι ηλικιωμένοι είναι ενεργοί συμμετέχοντες, υποστηρίζονται και τιμούνται. Είναι το μέρος που πραγματικά αισθάνονται σαν «**το σπίτι τους**» (Κούτρα,2011).

Οι **στόχοι** που καθιστούν μια κοινότητα φιλική έναντι της τρίτης ηλικίας, αρχικά σχετίζονται με την κάλυψη των βασικών αναγκών τους. Συγκεκριμένα, θα πρέπει να είναι δυνατή η παροχή κατάλληλης και προσιτής στέγασης, μέσα στην οποία θα προωθείται η ασφάλεια μέσα στο σπίτι και στη γειτονιά. Σημαντική βιοτική ανάγκη των ατόμων και κατ' επέκταση των ηλικιωμένων είναι η εξασφάλιση της τροφής, οπότε πρέπει η πολιτεία να εξασφαλίζει ότι δεν υπάρχει κίνδυνος να πεινάσει κάποιο άτομο τρίτης ηλικίας.

Σημαντικό στοιχείο που πρέπει να ληφθεί υπόψη στην περίπτωση των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι ότι δεν έχουν τη δυνατότητα πάντα να ικανοποιούν όλες τις ανάγκες τους χωρίς τη βοήθεια κάποιου άλλου. Για αυτό το λόγο είναι ουσιαστική η σύνδεση με την οικογένεια, τους γείτονες και τους φίλους. Η ουσιαστική σχέση που προαναφέρθηκε λειτουργεί ενισχυτικά και στη ψυχολογία των ηλικιωμένων. Δυστυχώς, στην κοινωνία μας παρατηρείται το φαινόμενο των εγκαταλελειμμένων ηλικιωμένων και για αυτό είναι ζωτικής σημασίας να παρέχονται από το κράτος και τις τοπικές αρχές ευκαιρίες για αμειβόμενη και εθελοντική εργασία <http://www.vnsny.org/advantage/communities.html>

#### 4.4.2.Χαρακτηριστικά φιλικών κοινοτήτων

Η διαβίωση των ηλικιωμένων ατόμων σε μια κοινότητα για να μπορεί να είναι αξιοπρεπής και άνετη σημαντικό θα ήταν να είναι προσαρμοσμένη στις ανάγκες τους. Το γεγονός αυτό θα συμβάλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και στην ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Τα χαρακτηριστικά που περιλαμβάνει μια φιλική προς τους ηλικιωμένους κοινότητα είναι τα εξής (Κούτρα, 2011):

##### ❖ **Κατοικία:**

- ✓ Οι κατοικίες είναι ασφαλείς και κοντά στις υπηρεσίες που χρειάζονται
- ✓ Διατίθενται ποικιλία προσιτών κατοικιών
- ✓ Διατίθενται διαμερίσματα για ηλικιωμένους
- ✓ Διατίθενται υποστηρικτικές υπηρεσίες διαβίωσης
- ✓ Ποιοτικά προγράμματα βοήθειας στο σπίτι είναι διαθέσιμα

##### ❖ **Μεταφορά:**

- ✓ Μπορούν να μετακινηθούν όποτε το χρειάζονται
- ✓ Μπορούν να μετακινηθούν για δραστηριότητες και ιατρικά ραντεβού
- ✓ Υπάρχει η κατάλληλη υποδομή, ώστε τα άτομα με αναπηρία να είναι δυνατό να μετακινηθούν μόνα τους προς μια επιθυμητή τοποθεσία.
- ✓ Είναι προσιτή
- ✓ Η υποβοηθούμενη μετακίνηση είναι διαθέσιμη

##### ❖ **Προσβασιμότητα:**

- ✓ Αρκετοί εξωτερικοί ασφαλείς χώροι
- ✓ Κατάλληλοι χώροι να καθίσεις
- ✓ Δρόμοι και διευθύνσεις ξεκάθαρα ανακοινωμένα

- ✓ Σηματοδότες με χρονοδιακόπτη που να επιτρέπουν στους ηλικιωμένους να περάσουν τον δρόμο
- ✓ Φαρδιά και καλοδιατηρημένα πεζοδρόμια
- ❖ **Πρόσβαση:**
- ✓ Παροχή υποστηρικτικών μέσων μεταφοράς εύκολων στη χρήση
- ✓ Επαρκή πάρκινγκ κοντά σε μαγαζιά, εκκλησίες κλπ.
- ✓ Επαρκή και σε καλή θέση χώροι για παρκάρισμα αναπήρων
- ❖ **Υπηρεσίες:**
- ✓ Πληροφορίες/παραπομπές παροχών εύκολα διαθέσιμες
- ✓ Νοσοκομείο ή κλινική στην κοινότητα
- ✓ Διαθέσιμες υπηρεσίες για μικροδουλειές και θελήματα
- ✓ Διανομή φαγητού στο σπίτι ώσπου να συνέλθει ο ηλικιωμένος
- ✓ Φιλικές σε επίσκεψη/σε τηλέφωνο υπηρεσίες
- ✓ Διαθέσιμες κατ' οίκον νοσηλευτικές υπηρεσίες
- ✓ Διαθέσιμες πληροφορίες και εκπαίδευση των φροντιστών
- ✓ Διάθεση υπηρεσίας διακοπών για τον φροντιστή
- ✓ Υποστηρικτικές ομάδες για φροντιστές
- ❖ **Εργασία:**
- ✓ Ευκαιρίες απασχόλησης
- ✓ Ευκαιρίες για εθελοντισμό
- ✓ Συμβουλευτική/καθοδήγηση
- ❖ **Ψώνια:**
- ✓ Προσβάσιμο μπακάλικο στην περιοχή
- ✓ Φαρμακείο στην περιοχή
- ✓ Μαγαζιά που ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ηλικιωμένων
- ✓ Διανομή κατ' οίκον τροφίμων, χαρτικών και φαρμάκων
- ✓ Μαγαζιά προσβάσιμα σε αναπήρους
- ❖ **Κοινωνικά/Πολιτισμικά**
- ✓ Μέρη για φαγητό και κοινωνικοποίηση
- ✓ Μεγάλος αριθμός ηλικιωμένων στην κοινότητα
- ✓ Διαφορετικότητα στις ηλικιακές ομάδες της κοινότητας
- ✓ Διασύνδεση και αλληλόδραση των γενεών
- ✓ Ευκαιρίες εκπαίδευσης και δια βίου μάθησης
- ✓ Πολιτισμικά γεγονότα που θα απολάμβαναν οι ηλικιωμένοι

- ✓ Πολιτισμικά/κοινωνικά γεγονότα από τους ίδιους
- ✓ Ευκαιρίες άσκησης και δράσης σε ένα ασφαλές περιβάλλον
- ✓ Ενεργές θρησκευτικές κοινότητες
- ✓ Ενεργά κέντρα ηλικιωμένων

❖ **Αξίες:**

- ✓ Φιλικότητα και σεβασμός στα γηρατειά
- ✓ Η αντιμετώπιση των ηλικιωμένων ως δυναμικό
- ✓ Κοινοτική εκτίμηση της τοπικής ιστορίας
- ✓ Ευκαιρίες για ενεργό κοινωνική συμμετοχή στους ηλικιωμένους

Οι άνθρωποι στην κοινότητα εκπαιδεύονται για τις ανάγκες και τα δυνατά σημεία των ηλικιωμένων (Κούτρα,2011). Είναι σημαντικό να πληρούνται τα παραπάνω κριτήρια για να είναι δυνατή η συμμετοχή στην κοινότητα των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας. Για αυτό συνίσταται να διεξάγονται σεμινάρια για νεότερα και μεγαλύτερα άτομα με αναπηρία, όπου θα μπορούν να συζητούν τις ανησυχίες τους και να μαθαίνουν για τη διεκπεραίωση δραστηριοτήτων, όπως η πρόσληψη βοηθών και η συνεργασία μαζί τους, η χρήση προσπελάσιμων δημόσιων μεταφορικών μέσων, η δημιουργία συστημάτων μεταφοράς. Σεμινάρια όπου θα έχουν τη δυνατότητα να διατυπώνουν τις πραγματικές τους ανάγκες, ανησυχίες και επιθυμίες στα μέλη της οικογένειας, σε γιατρούς και άλλους επαγγελματίες του χώρου υγείας, με απώτερο στόχο την ενδυνάμωση του ίδιου του ατόμου και της οικογένειας του. Επίσης, συνίσταται να διεξαχθούν σεμινάρια που θα παρέχουν εμπειρία τεχνολογικών βοηθημάτων, όπως είναι τα τηλέφωνα ανοιχτής ακρόασης, οι συσκευές επικοινωνίας, τα χειροκίνητα και ηλεκτροκίνητα αναπηρικά καθίσματα, οι συσκευές τηλεόρασης με μονάδα υποτιτλισμού, οι ράμπες, τα ηλεκτρικά κρεβάτια, οι τροποποιήσεις χαμηλού κόστους σε δημόσιους και ιδιωτικούς χώρους προκειμένου να διευκολυνθεί η πρόσβαση των ατόμων. Χρήσιμο θα είναι να διασφαλιστεί η πραγματική ανάμειξη των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας με αναπηρία στην ανάπτυξη των προγραμμάτων, η εργασία τους στο πλαίσιο αυτών και να ενημερωθεί ο νεότερος πληθυσμός, μέσω των Μέσων Μαζικής Ενημέρωσης για τη θετική πραγματικότητα της γήρανσης και της αναπηρίας (Zaphiris et al, 2007).

#### 4.5 Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Για την εκπλήρωση του έργου του το **ΚΑΠΗ** στελεγχώνεται από διάφορους επαγγελματίες υγείας, σύμφωνα με τους Οργανισμούς Υγείας των ΚΑΠΗ:

Κοινωνικός λειτουργός: «είναι υπεύθυνος για τον συντονισμό της καλής λειτουργίας όλων των υπηρεσιών του κέντρου, υποδέχεται κάθε μέλος του κέντρου και αναλαμβάνει να κάνει την εγγραφή του σε αυτό, συμβάλει στην αντιμετώπιση τυχόν ψυχολογικών, ατομικών ή οικογενειακών προβλημάτων του κάθε μέλους, δείχνοντας τον απαιτούμενο σεβασμό στην προσωπικότητα (εξατομίκευση), στην αξιοπρέπεια και στα δικαιώματα του κάθε ηλικιωμένου. Επιπλέον συνεργάζεται με το υπόλοιπο προσωπικό του κέντρου και την διοίκηση και έχει την διοικητική ευθύνη της εύρυθμης λειτουργίας όλων των υπηρεσιών, οργανώνει σύμφωνα με το εγκεκριμένο πρόγραμμα διάφορες εκδηλώσεις ψυχαγωγίας/επιμορφωτικές και επικοινωνεί με τους φορείς της περιοχής ή της κοινότητας με σκοπό την διαφώτιση και την συμμετοχή τους στο πρόγραμμα του ΚΑΠΗ.

Φυσικοθεραπευτής: εφαρμόζει έπειτα από γραπτή εντολή γιατρού, φυσιοθεραπευτική αγωγή στα μέλη του κέντρου στον χώρο του ΚΑΠΗ ή στο σπίτι των μελών, σε έκτακτες ή ειδικές ανάγκες που κρίνει ο γιατρός.

Εργοθεραπευτής: αναλαμβάνει να αξιοποιήσει και να δραστηριοποιήσει τα μέλη για δημιουργική απασχόληση και παραγωγικό έργο, με σκοπό την οικονομική τους ενίσχυση, βοηθά τους ηλικιωμένους στην άσκηση για αυτοεξυπηρέτηση και στην ανάπτυξη ενδιαφερόντων, μπορεί ακόμη να παρέχει τις υπηρεσίες του στο σπίτι του μέλους εφόσον κριθεί αναγκαίο.

Γιατρός: παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στο ιατρείο του κέντρου.

Αδελφή επισκέπτρια ή νοσηλεύτρια: συνεργάζεται με τον γιατρό του κέντρου και παρέχει νοσηλευτική φροντίδα και οδηγίες στο χώρο του ιατρείου ή στο σπίτι του μέλους μετά από εντολή γιατρού.

Οικογενειακή βοηθός: προσφέρει τις υπηρεσίες της στο σπίτι των μελών που ζουν μόνοι τους και έχουν ανάγκη βοήθειας, όπως στις δουλειές του σπιτιού ή σε άλλες μικροεξυπηρετήσεις έξω από το σπίτι» (Μωυσάκη, 2006:16,17).

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στο «**Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι**» είναι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, οικογενειακοί βοηθοί και εξωτερικοί συνεργάτες όπως ιατροί και φυσικοθεραπευτές.

Η κοινωνική λειτουργός: κάνει έρευνα των ατόμων που πρέπει να ενταχθούν στο πρόγραμμα συνεργαζόμενη με διάφορους φορείς, λαμβάνει κοινωνικό ιστορικό του κάθε ατόμου και αφού κάνει έκθεση κοινωνικής έρευνας για κάθε άτομο, καταγράφει ένα πλάνο των υπηρεσιών που θα πρέπει να προσφερθούν στα άτομα αυτά ανάλογα με τις ανάγκες του και από τα άλλα δυο μέλη της ομάδας, αναλαμβάνει την κοινωνική και ψυχολογική υποστήριξη των ατόμων αυτών, συνεργάζεται με υπηρεσίες Υγείας και Πρόνοιας και άλλους φορείς που καλύπτουν ανάγκες των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ προκειμένου να διευθετηθούν διάφορα θέματα αυτών, συνοδεύει σε Ιατρικά Κέντρα. Μαζί με την νοσηλεύτρια κανονίζει τις επισκέψεις του γιατρού του προγράμματος εκεί που τον έχουν ανάγκη και συνεργάζεται με τις εκκλησίες της περιοχής και τους συλλόγους για να καλυφθούν ανάγκες των μελών του προγράμματος.

Η νοσηλεύτρια: λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό υγείας του κάθε ατόμου, κάνει μέτρηση σακχάρου και αρτηριακής πίεσης, χορηγεί φάρμακα σύμφωνα με ιατρική συνταγή, μεταφέρει σε ιατρικά κέντρα (ιδιωτικά και δημόσια), προμηθεύει φάρμακα, συνεργάζεται με το γιατρό του προγράμματος για τη βελτίωση της υγείας των ηλικιωμένων και ΑΜΕΑ, ενημερώνει για θέματα υγείας, διατροφής και φαρμακευτικής αγωγής τα μέλη του προγράμματος και σε συνεργασία με την οικογενειακή βοηθό αναλαμβάνει την ατομική καθαριότητα του κάθε ηλικιωμένου και ΑΜΕΑ.

Η οικογενειακή βοηθός: αναλαμβάνει την καθαριότητα του σπιτιού, την προμήθεια φαρμάκων και τροφίμων, την συνοδεία σε γιατρό σε συνεργασία με την νοσηλεύτρια ή με την κοινωνική λειτουργό, την πληρωμή λογαριασμών και τέλος σε συνεργασία με την νοσηλεύτρια την ατομική καθαριότητα τους» (Περγάμαλη, 2006: 23,24).

#### 4.5.1. Συνεργασία και κοινός στόχος της διεπιστημονικής ομάδας

Η ανάγκη να δοθούν απαντήσεις και να αντιμετωπιστούν οι διαφορετικές ανάγκες των ηλικιωμένων, δημιουργεί προϋποθέσεις συνεργασίας μεταξύ των ηλικιωμένων, της οικογένειας και των ειδικών επιστημόνων. Η αντιμετώπιση των δυσκολιών στις περισσότερες περιπτώσεις επιτυγχάνεται δύσκολα από την εμπλοκή όλων των μελών. Για αυτό το λόγο η οικογένεια συχνά διερευνά το πρόβλημα και απαιτεί αποκατάσταση απευθυνόμενη σε ειδικούς διαφορετικών ειδικοτήτων. Έτσι, αυτό που παρατηρείται συχνά είναι περισσότεροι από έναν εξειδικευμένοι επαγγελματίες να συνεργάζονται για να στηρίξουν τους ηλικιωμένους και τις δυσκολίες που παρουσιάζονται σε κάθε περίπτωση εφαρμογής του προγράμματος. Η έλλειψη συνεργασίας από την άλλη πλευρά, δυσχεραίνει τη θέση του ηλικιωμένου και σταματά τη ροή ανταλλάξιμων πληροφοριών.

Η ένταξη των ηλικιωμένων με ανάγκες σε ειδικά κέντρα δεν μπορεί να επιτύχει αν δεν συνοδευτεί από την ένταξη των ανθρώπων και των ειδικών επιστημόνων που μπορούν να τους εκπαιδεύσουν. Η κοινή προσπάθεια και η συνεργασία με άλλους ειδικούς έχει ως αποτέλεσμα το έργο να γίνεται πολύ πιο αποδοτικό.

Η συνεργασία επιστημόνων διαφορετικών ειδικοτήτων ή αλλιώς η διεπιστημονική συνεργασία, έχει ως σκοπό τη βελτίωση της εκπαίδευσης, τη θεραπεία και τη φροντίδα των ηλικιωμένων. Επιπλέον, η διεπιστημονική συνεργασία αφορά και την οικογένεια του ηλικιωμένου, αφού καλείται να συνεργαστεί με ανθρώπους διαφορετικών ειδικοτήτων, ο αριθμός των οποίων εξαρτάται από το επίπεδο των δυσκολιών του ηλικιωμένου.

[http://www.equal-krikos.gr/documents/koinonikes\\_epixeiriseis\\_kritis.pdf](http://www.equal-krikos.gr/documents/koinonikes_epixeiriseis_kritis.pdf)

**ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ**  
**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

## 1.1 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της λειτουργικότητας των ηλικιωμένων και της ποιότητας ζωής τους, σε μία ορεινή περιοχή της Κρήτης. Οι επιμέρους στόχοι είναι :

- Η διερεύνηση της ικανότητας των ηλικιωμένων, της υπό μελέτη κοινότητας, να ανταποκριθούν στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες.
- Η διερεύνηση ύπαρξης συμπτωμάτων Αγχωδών-Καταθλιπτικών διαταραχών και σε περίπτωση ύπαρξης αυτών, ο βαθμός κατά τον οποίο επηρεάζεται η λειτουργικότητα των ηλικιωμένων της ερευνούμενης κοινότητας.

Για την πραγματοποίηση του βασικού σκοπού της έρευνας, αλλά και των επιμέρους στόχων πραγματοποιείται μέτρηση της λειτουργικότητας με χρήση των παρακάτω εργαλείων:

1. Αρχικά ως προς τις απλές καθημερινές δραστηριότητες, με βάση το διαγνωστικό εργαλείο ADL, το οποίο μετράει το βαθμό αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων σε καθημερινές δραστηριότητες.
2. Έπειτα με βάση το διαγνωστικό εργαλείο IADL, το οποίο μετράει το βαθμό αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων σε σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες.
3. Τέλος, την ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων Αγχωδών-Καταθλιπτικών διαταραχών, κοινωνικής δυσλειτουργίας, έλλειψης αυτοπεποίθησης, των οποίων η μέτρηση πραγματοποιήθηκε με το διαγνωστικό εργαλείο GHO 12.

Τα εν λόγω εργαλεία επιλέχθηκαν προκειμένου να μελετηθεί η λειτουργικότητα και η γενικότερη υγεία των ηλικιωμένων, δείκτης και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων στο σπίτι για την εκπλήρωση των σύνθετων ή απλών καθημερινών τους δραστηριοτήτων, όπως αναφέρθηκαν σε προηγούμενα κεφάλαια είναι καθοριστικής σημασίας, καθώς συχνά η έλλειψη αυτής της δυνατότητας δημιουργεί σοβαρά προβλήματα. Μερικά από αυτά τα προβλήματα, είναι η έκπτωση της λειτουργικής του ικανότητας, η οποία έχει ως αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να χάσουν την αυτοπεποίθησή τους, να καταπιέζουν τις προσωπικές τους επιθυμίες αλλά και να εμφανίσουν ψυχοσωματικά προβλήματα υγείας από την έλλειψη υγιεινής ή τον υποσιτισμό.

## 1.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η πρώτη μας ερευνητική υπόθεση αφορά στο:

Όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης της λειτουργικότητας, σύμφωνα με τα διαγνωστικά εργαλεία (ADL, IADL), τόσο πιο θετικά ανταποκρίνεται ο ηλικιωμένος στις απλές και σύνθετες καθημερινές του δραστηριότητες.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που αφορούν την παραπάνω υπόθεση είναι τα παρακάτω:

- Οι άντρες ανταποκρίνονται σε μικρότερο βαθμό στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με τις γυναίκες;
- Ο/η έγγαμος/η εμφανίζει μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικότητας τόσο στις απλές, όσο και στις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες από τον/την χήρο/α;
- Τα άτομα της τρίτης ηλικίας εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικότητας στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες, σε σχέση με αυτούς της τέταρτης ηλικίας;

Η δεύτερη ερευνητική υπόθεση έγκειται στο:

Όσο πιο υψηλό είναι το σκορ της λειτουργικότητας ενός ηλικιωμένου ατόμου, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων αγχώδων-καταθλιπτικών διαταραχών, όπως αυτά μετρήθηκαν μέσω του ερευνητικού εργαλείου GHO 12, το οποίο ανιχνεύει κατάθλιψη, αγχώδεις διαταραχές, κοινωνική δυσλειτουργία και έλλειψη αυτοπεποίθησης.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που συνοδεύουν τη δεύτερη υπόθεση είναι τα παρακάτω:

- Οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης άγχους-κατάθλιψης σε σχέση με τους άνδρες;
- Οι ηλικιωμένοι που δεν έχουν ολοκληρώσει την εκπαίδευση τους στις τάξεις του Δημοτικού εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους-κατάθλιψης σε σχέση με τους απόφοιτους Γυμνασίου;
- Σχετίζεται η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους-κατάθλιψης με τη συμβίωση του ηλικιωμένου ατόμου με άλλα άτομα;

### 1.3 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Προκειμένου να εντοπιστεί η υπό μελέτη ομάδα, πραγματοποιήθηκε κατ' οίκον επίσκεψη "πόρτα - πόρτα" σε όλα τα σπίτια της περιοχής, αποσκοπώντας στην αναζήτηση του συνόλου των ηλικιωμένων της κοινότητας. Οι βασικές θεματικές ενότητες του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου είναι οι εξής: δημογραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων, χρήση των κοινωνικών υπηρεσιών σχετικές με τις ανάγκες των ηλικιωμένων, περιβαλλοντικοί παράγοντες, δυνατότητες αυτοεξυπηρέτησης των ηλικιωμένων στην καθημερινότητα τους, ανάγκη για ειδική ιατρική φροντίδα και φροντίδα που παρέχεται από άλλο πρόσωπο εκτός από το προσωπικό του Δήμου και τα διαγνωστικά εργαλεία ADL, IADL και GHO 12.

### 1.4 ΠΕΔΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΕΠΙΛΟΓΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Η έρευνα διεξήχθη σε μια ημιορεινή αγροτική κοινότητα της Κρήτης. Ο πληθυσμός αναφοράς είναι οι ηλικιωμένοι της συγκεκριμένης κοινότητας, ηλικίας από 55 έως 90 ετών, οι οποίοι αποτελούν και το δείγμα για την έρευνα.

Επομένως, ο πληθυσμός αναφοράς και το δείγμα ταυτίζονται. Ο συνολικός πληθυσμός της υπό μελέτη κοινότητας, ανέρχεται στους 1085 κατοίκους. Ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων σύμφωνα με την απογραφή της ΕΣΥΕ (2011) καταγράφεται παρακάτω:

<b>ΗΛΙΚΙΕΣ</b>	<b>ΑΝΔΡΕΣ</b>	<b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b>	<b>ΣΥΝΟΛΑ</b>
55-64	63	72	135
65-79	90	111	201
80 +	39	40	79
	192	223	415

### 1.5.ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ-ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Αρχικά κατά την πρώτη επαφή με την κοινότητα στην οποία διεξήχθη η έρευνα, χρησιμοποιήθηκε η τεχνική της παρατήρησης και επιχειρήθηκε η διεξαγωγή μελέτης κοινότητας ως προς την γεωγραφική της διάσταση, με σκοπό τη διερεύνηση και τη συλλογή πληροφοριών σχετικά με αυτή (χώροι συνάντησης ηλικιωμένων, υπηρεσίες που απευθύνονται προς τους ηλικιωμένους, δομημένο περιβάλλον βάση δόμησης

χώρου, παραγωγική διαδικασία, υποδομές, μέσα εφοδιασμού, μόρφωσης, πολιτισμού και λειτουργίες). Οι τεχνικές συλλογής στοιχείων που χρησιμοποιήθηκαν για την μελέτη είναι η παρατήρηση ενώ παράλληλα επιδιώχθηκε και η άτυπη επαφή με κατοίκους της περιοχής. Άλλες τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν είναι η μελέτη αρχείου από το ΚΕΚΑ( Κέντρο Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Ανάπτυξης) και από το αρχείο του εργαστηρίου του ΤΕΙ Κρήτης (η περιοχή αποτελεί χώρο εργαστηρίων), συνέντευξη με πρόσωπα κλειδιά της περιοχής (όπως με την Κοινωνική Λειτουργό του Προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι), ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου (στους ηλικιωμένους) και άμεση παρατήρηση του χώρου κατοικίας των ηλικιωμένων.

### **Ερευνητικά εργαλεία**

Τα τρία διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και αναλύθηκαν στο ερευνητικό μέρος της παρούσας πτυχιακής είναι τα παρακάτω:

✓ **ADL**, κλίμακα αυτονομίας σε καθημερινές δραστηριότητες. Δημιουργήθηκε το 1970 από τον Katz, για να αξιολογήσει την ικανότητα των ασθενών να αυτοεξυπηρετούνται σε καθημερινές δραστηριότητες. Το ερωτηματολόγιο μετρά την επάρκεια εκτέλεσης σε έξι διαφορετικές λειτουργίες: μπάνιο, ντύσιμο, τουαλέτα, μετακίνηση, ακράτεια, τροφή. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί επιτυχώς στην τρίτη ηλικία και σε πολλούς φορείς φροντίδας υγείας και νοσηλείας των ηλικιωμένων, ενώ έχει χρησιμοποιηθεί σε κλινικές μελέτες και ερευνητικά προγράμματα.( Katz, S., Down, T .D, Cash, H.R., Grotz R.C.,1970)

✓ **IADL**, λειτουργική κλίμακα που εκτιμά τις ικανότητες του ασθενούς στην επίτευξη απλών όσο και σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής. Η κλίμακα παρουσιάστηκε για πρώτη φορά το 1969 από τους Lawton και Brody, και στην Ελλάδα εφαρμόστηκε από τους Theotoka et all. (2007). Η συγκεκριμένη κλίμακα μπορεί να αποτελέσει πρώιμο δείκτη άνοιας. (Lawton, M.P. , and Brody, E.M., 1969).

✓ **Η λειτουργική κλίμακα και η κλίμακα GHO 12**, μετρά την τρέχουσα υγεία του ατόμου. Εξετάζει το γενικό επίπεδο ευζωίας, εμπειρία καταθλιπτικών, συμπτωμάτων ανησυχίας, διαταραχών ύπνου κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων. Ανιχνεύει κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, κοινωνική δυσλειτουργία, έλλειψη αυτοπεποίθησης.

Και τα τρία διαγνωστικά εργαλεία έχουν υποστεί στάθμιση και πολιτισμική προσαρμογή στην ελληνική πραγματικότητα με αξιόπιστα αποτελέσματα (Τσολάκη, 2010).

## **1.6 ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

Πριν την διεξαγωγή της ποσοτικής έρευνας με την χρήση συγκεκριμένου ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε πιλοτική έρευνα σε δύο φάσεις, σε δείγμα 163 ατόμων που πληρούσαν τα ηλικιακά κριτήρια δεν κατοικούσαν όμως στην υπό μελέτη κοινότητα.

Στην πρώτη φάση της πιλοτικής έρευνας σκοπός ήταν να εντοπιστούν τυχόν δυσκολίες την ερευνητικής ομάδας ως προς το ερωτηματολόγιο και η επίλυση αυτών. Στην δεύτερη φάση σκοπός ήταν ο έλεγχος της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου.

## **1.7 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΟ ΠΕΔΙΟ-ΑΡΣΗ ΔΥΣΚΟΛΙΩΝ**

Μια βασική δυσκολία που παρουσιάστηκε κατά την διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας ήταν τα διαγνωστικά εργαλεία, τα οποία απαιτούσαν εμπειρία και χρήση συγκεκριμένου ύφους και τεχνικών, αντικείμενα με τα οποία τα μέλη της ομάδας δεν ήταν πλήρως εξοικειωμένα. Με την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας καθώς και με τη συνεχή στήριξη της υπεύθυνης καθηγήτριας και της συνεργασίας με το ΚΕΚΑ Τυλισού πραγματοποιήθηκε η έρευνα χωρίς ιδιαίτερες δυσκολίες. Ακόμα μία δυσκολία ήταν ο περιορισμένος αριθμός δρομολογίων των λεωφορείων προς την περιοχή όπου διεξήχθη η έρευνα. Αποφασίστηκε από την ομάδα ότι τα μέλη θα μεταβαίνουν στον χώρο και απογευματινές ώρες χρησιμοποιώντας για τη μεταφορά τους αυτοκίνητο, προκειμένου να επιτευχθεί επαφή με όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα.

Ακόμα μία δυσκολία που παρουσιάστηκε, αφορούσε στο κομμάτι των κατ' οίκον επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν από τα μέλη, όπου δεν υπήρχε η επιθυμητή ανταπόκριση, εξ' αιτίας της ύπαρξης δισταγμού, φόβου και έλλειψη εμπιστοσύνης από την πλευρά των ηλικιωμένων. Το γεγονός αυτό δυσκόλεψε ιδιαίτερα την έρευνα και πιθανώς να οφείλεται στο ότι έχουν πραγματοποιηθεί και άλλες έρευνες στον ίδιο πληθυσμό. Στην περίπτωση αυτή αξιοποιήθηκαν άτομα-κλειδιά της κοινότητας (όπως ο ιερέας του χωριού), με τα οποία τα μέλη της ομάδας ήρθαν σε επαφή, όπως επίσης και οι υπεύθυνοι του προγράμματος Βοήθεια στο Σπίτι με τους οποίους είχε προϋπάρξει συνεργασία κατά το παρελθόν. Επιπλέον τα μέλη

της ομάδας εξήγησαν με σαφήνεια, στον υπο μελέτη πληθυσμό, τον λόγο της παρουσίας τους, τον χρόνο που απαιτείται για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου καθώς και τον σκοπό της έρευνας.

### **1.8 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗΣ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ**

Μετά την ολοκλήρωση και συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακολούθησε η καταχώρηση των δεδομένων στο σύστημα ανάλυσης και διαχείρισης δεδομένων SPSS 18. Το SPSS είναι το κατάλληλο εργαλείο ανάλυσης δεδομένων για τις κοινωνικές επιστήμες. Βοηθάει στην ανάλυση των δεδομένων, στον εντοπισμό, καθώς και την ανάδειξη σχέσεων μεταξύ παραγόντων και μεταβλητών της κοινωνικής έρευνας (Δαφέρμος, 2005). Σε πρώτο στάδιο πραγματοποιήθηκε χρήση περιγραφικής στατιστικής. Τα δεδομένα εξετάστηκαν ως προς την τάση, τις αναλογίες και τα ποσοστά. Όσες μεταβλητές είχαν σημαντική διασπορά, διασταυρώθηκαν με διμεταβλητή στατιστική ανάλυση και αναλύθηκαν με εφαρμογή του κριτηρίου  $\chi^2$  και γραμμική συσχέτιση Spearman Correlation ( $r_s$ ).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Πριν τη διεξαγωγή των απαραίτητων ελέγχων για να μπορούμε να απαντήσουμε στα διερευνητικά ερωτήματα, όπως έχουν διατυπωθεί στα πλαίσια της εργασίας μας θα πρέπει να κάνουμε έλεγχο κανονικότητας για τις μεταβλητές που αντιστοιχούν στο σκορ της κλίμακας ADL, στο σκορ της κλίμακας IADL και στο σκορ GHO. Ουσιαστικά θα κάνουμε έλεγχο των παρακάτω υποθέσεων:

1.  $H_0$ : Το σκορ ADL ακολουθεί την κανονική κατανομή
2.  $H_0$ : Το σκορ IADL ακολουθεί την κανονική κατανομή
3.  $H_0$ : Το σκορ GHO ακολουθεί την κανονική κατανομή

Για να πραγματοποιήσουμε τους παραπάνω ελέγχους θα κάνουμε έλεγχο Kolmogorov-Smirnov.

### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

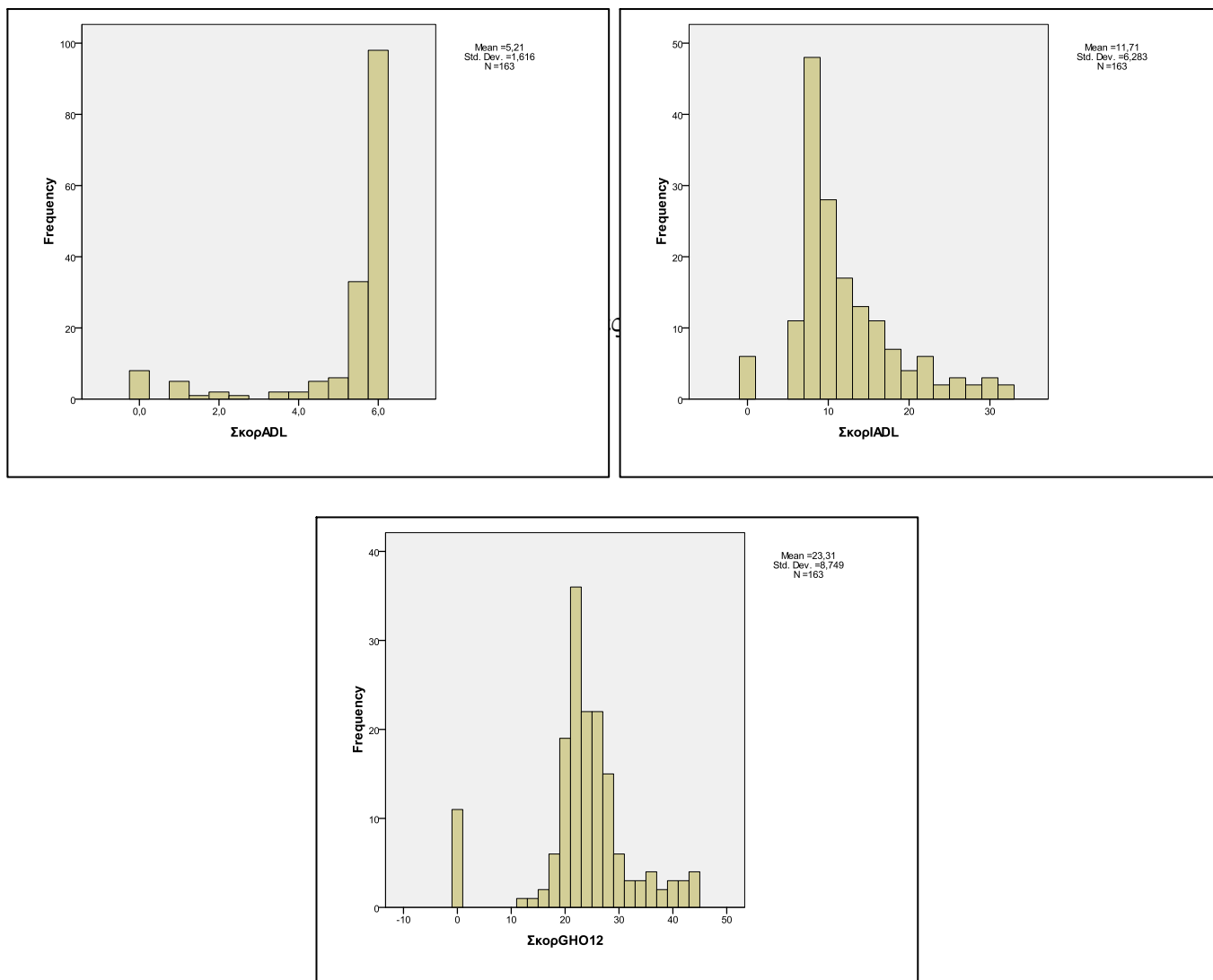
		ΣκορADL	ΣκορIADL L	ΣκορGHO12
N		163	163	163
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	5,215	11,71	23,31
	Std. Deviation	1,6159	6,283	8,749
Most Extreme Differences	Absolute	,374	,178	,187
	Positive	,313	,178	,124
	Negative	-,374	-,133	-,187
Kolmogorov-Smirnov Z		4,772	2,271	2,389
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Από τα αποτελέσματα όπως παρατίθενται στον παραπάνω πίνακα διαπιστώνουμε ότι απορρίπτονται και οι τρεις υποθέσεις όπως τις αναφέραμε παραπάνω, καθώς  $p\text{-value} < 5\%$ . Επομένως, οι μεταβλητές: σκορ της κλίμακας ADL, σκορ της κλίμακας IADL και σκορ GHO δεν κατανέμονται κανονικά. Η πληροφορία αυτή εναλλακτικά αντλείται από τα παρακάτω διαγράμματα, όπου από τα

ιστογράμματα των τριών αυτών μεταβλητών διαπιστώνουμε ότι οι κλίμακες δεν κατανέμονται κανονικά.



## 2.1 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 2.1.1 Δημογραφικά και Κοινωνικοοικονομικά Χαρακτηριστικά

Το μέγεθος του δείγματος απαρτιθμεί 163 άτομα, από τα οποία η πλειοψηφία ήταν γυναίκες σε ποσοστό 63,8%, (n=104 άτομα) ενώ μόλις το 36,2% (n=59 άτομα) ήταν άντρες (Πίνακας 1). Με κριτήριο την ηλικία η πλειοψηφία του δείγματος ανήκει



στην ηλικιακή ομάδα από 69-73 ετών, σε ποσοστό που προσεγγίζει το 21% (n=34 άτομα), ακολουθούν οι συμμετέχοντες με ηλικία 58-65 ετών σε ποσοστό 17,3% (n=28 άτομα) και με ηλικία 79-84 ετών σε ποσοστό 16,7% (n=27 άτομα). Η μειοψηφία του δείγματος ανήκει στην μικρότερη ηλικιακή ομάδα, αφού μόλις το 4,3% (n=7 άτομα) του δείγματος είναι από 55-57 ετών (Πίνακας 2).

Η συντριπτική πλειονότητα του δείγματος είναι έγγαμοι σε ποσοστό που προσεγγίζει το 65% (n=106 άτομα) και ακολουθούν οι συμμετέχοντες που δήλωσαν ότι είναι χήροι/χήρες σε ποσοστό 27,6% (n=45 άτομα). Μόλις το 5,5% (n=9 άτομα) είναι άγαμοι και το 1,2% διαζευγμένοι (n=2 άτομα) (Πίνακας 3).

Με κριτήριο την εκπαίδευση το υψηλότερο ποσοστό είναι απόφοιτοι δημοτικού σε ποσοστό 66,3% (n=108 άτομα) και ακολουθούν οι αναλφάβητοι σε ποσοστό 22,1% (n=36 άτομα). Σε υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συναντώνται χαμηλότερα ποσοστά συμμετοχής: απόφοιτοι Γυμνασίου σε ποσοστό 2,5% (n=4 άτομα), απόφοιτοι Λυκείου σε ποσοστό 3,1% (n=5 άτομα) και απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ σε ποσοστό 6,1% (n=10 άτομα) (Πίνακας 4).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι ασφαλισμένοι στο ΟΓΑ (σε ποσοστό 62,1%, n=100 άτομα), γεγονός που δικαιολογείται από την περιοχή που προέρχεται το δείγμα. Ακολουθούν οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ σε ποσοστό 20,5% (n=33 άτομα), ενώ μόλις το 1,2% έχουν ασφαλιστεί στο ΟΑΕΕ (n=2 άτομα) (Πίνακας 5). Από τους συμμετέχοντες μόλις ένας είναι ανασφάλιστος (Πίνακας 6).

Όσον αφορά την οικονομική κατάσταση η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δηλώνει μέτρια ικανοποιημένη σε ποσοστό 60,1% (n=98 άτομα) και ακολουθούν όσοι δηλώνουν κακή οικονομική κατάσταση σε ποσοστό 34,4% (n=56 άτομα) και μόλις το 0,6% (n=1 άτομο) και το 4,3% (n=7 άτομα) χαρακτηρίζουν την οικονομική τους κατάσταση πολύ καλή ή καλή (Πίνακας 7).

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 90,2% (n=147 άτομα) δηλώνει ότι ζει σε ιδιόκτητη κατοικία (Πίνακας 8) ενώ το 78,5% (n=128 άτομα) συμβιώνει με ένα ή περισσότερα άτομα (Πίνακας 9). Οι περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν σε ποσοστό 60,7% (n=99 άτομα) ότι συμβιώνουν με τον/την σύζυγό τους και με τα παιδιά τους σε ποσοστό 42,3% (n=69 άτομα) (Πίνακας 9-15).

### 2.1.2 Κλίμακα Αυτονομίας σε καθημερινές δραστηριότητες του KATZ (ADL)

Όσον αφορά τα ερωτήματα που αφορούν την κλίμακα αυτονομίας KATZ, δηλαδή της δυνατότητας που έχουν τα άτομα να αυτοεξυπηρετούνται στο μπάνιο, στην τουαλέτα, στο ντύσιμο, στην μετακίνησή τους και στα θέματα διατροφής τους, καθώς και αν παρουσιάζουν ακράτεια, προκύπτει ότι η πλειοψηφία παρουσιάζει πλήρη λειτουργικότητα σε ποσοστό 88,96% (n=145 άτομα). Ακολουθούν τα άτομα που παρουσιάζουν σημαντική λειτουργική έκπτωση σε ποσοστό 4,91% (n=8 άτομα) και μόλις το 1,84% εμφανίζει μέτρια λειτουργική έκπτωση (n=3 άτομα), ενώ το 1,23% εμφανίζει μέτρια προς πλήρη λειτουργική δραστηριότητα (n=2 άτομα).

Σε υψηλότερο ποσοστό εξαρτημένα τα άτομα δηλώνουν για να πάνε στο μπάνιο (σε ποσοστό 9,1%, n=15 άτομα) και για να ντυθούν (σε ποσοστό 8,5%, n=14 άτομα). Το μικρότερο μέρος του δείγματος δηλώνει ότι αντιμετωπίζει προβλήματα ακράτειας (σε ποσοστό 3,7%, n=6 άτομα) και διατροφής (σε ποσοστό 2,4%, n=4 άτομα) (Πίνακας 16-22).

### 2.1.3 Κλίμακα εκτίμησης σύνθετων δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής (IADL)

Τα αποτελέσματα από την κλίμακα IADL δείχνουν ότι το μεγαλύτερο μέρος των συμμετεχόντων εμφανίζει την ελάχιστη λειτουργικότητα σε ποσοστό 59,63% (n=96 άτομα), ενώ το 36,65% προκύπτει ότι παρουσιάζει την μέγιστη λειτουργικότητα (n= 59 άτομα) (Πίνακας 31).

Συγκεκριμένα η συντριπτική πλειοψηφία δηλώνει πως μπορεί και χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς σε ποσοστό 71,3% (n=117 άτομα). Επίσης, το μεγαλύτερο μέρος δηλώνει ότι αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ψώνια μόνος/η και σχεδιάζει, ετοιμάζει και σερβίρει επαρκή γεύματα σε ποσοστό 65,2% (n=107 άτομα). Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες δηλώνουν ότι είναι υπεύθυνοι και παίρνουν τα φάρμακα τους σε σωστή δόση και χρόνο (73,8% , n=121 άτομα), διαχειρίζονται μόνοι τους τα οικονομικά τους (75,6%,n=124 άτομα), μετακινούνται μόνοι με ΜΜΜ ή οδηγούν αυτοκίνητο (55,5%,n=91 άτομα), πλένουν τα ρούχα μόνοι τους (62,2%,n=102 άτομα) και διατηρούν καθαρό το σπίτι μόνοι, με περιστασιακή βοήθεια για τις βαριές δουλειές (51,2%,n=84 άτομα) (Πίνακας 23-30).

#### 2.1.4 Γενικό Ερωτηματολόγιο (GHO 12)

Τα αποτελέσματα από το Γενικό Ερωτηματολόγιο δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους σε ποσοστό 71,16% (n=116 άτομα), ενώ το 22,09% παρουσιάζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους (n=36 άτομα) (Πίνακας 44).

Το 62,8% υποστηρίζει πως δεν περνάνε από το μυαλό του σκέψεις ότι δεν αξίζουν τίποτα (n=103 άτομα) και το 59,8% ότι δεν έχει χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό του (n=98 άτομα). Επίσης, το 30,5% (n=50 άτομα) δηλώνει ότι νιώθουν μελαγχολικοί και δυστυχισμένοι στο βαθμό που ένιωθαν πάντα και χαίρονται τις καθημερινές τους δραστηριότητες ως συνήθως σε ποσοστό 59,8% (n=98 άτομα). Η πλειοψηφία επίσης δηλώνει πως δεν διαφοροποιείται η συχνότητα που χάνουν τον ύπνο τους επειδή είναι ανήσυχοι (33,5%, n=55 άτομα), ο βαθμός που βρίσκονται σε υπερένταση (39,6%, n=65 άτομα), που καταφέρνουν να συγκεντρωθούν σε ότι κάνουν (68,9%, n=113 άτομα), ο βαθμός που αισθάνονται ότι παίζουν ένα χρήσιμο ρόλο (56,7%, n=93 άτομα), που καταφέρνουν να δουν και να αντιμετωπίσουν τα προβλήματά τους (62,8%, n=103 άτομα) και να λαμβάνουν αποφάσεις για διάφορα θέματα (65,9%, n=108 άτομα) (Πίνακας 31-43).

## **2.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΖΗΤΟΥΜΕΝΑ**

### 2.2.1 Σχέση λειτουργικότητας σε απλές καθημερινές δραστηριότητες και βαθμού εμφάνισης αγχωδών-καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Για να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στη λειτουργικότητα και στην πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων πραγματοποιείται έλεγχος συσχετίσεων ανάμεσα στο σκορ ADL και GHO 12. Για την ανάλυση συσχετίσεων εκτιμάται το μέτρο Spearman, καθώς οι τιμές των ADL και GHO 12 δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (Πίνακας 45). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεγεθών ( $r=-0,088$ ,  $p=0,264>0,05$ ) (Πίνακας 46).

### 2.2.2 Σχέση βαθμού αυτοεξυπηρέτησης και βαθμού εμφάνισης αγχώδων-καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Για να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στο βαθμό αυτοεξυπηρέτησης και στην πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων πραγματοποιείται έλεγχος συσχετίσεων ανάμεσα στο σκορ IADL και GHO 12. Για την ανάλυση συσχετίσεων εκτιμάται το μέτρο Spearman, καθώς οι τιμές των IADL και GHO 12 δεν ακολουθούν κανονική κατανομή (Πίνακας 45). Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεγεθών, η οποία είναι ασθενής και θετική ( $r= 0,316$ ,  $p=0,000<0,05$ ) (Πίνακας 47).

### 2.2.3 Σχέση φύλου και βαθμού εμφάνισης αγχώδων-καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Για να ελέγξουμε αν οι γυναίκες ή οι άνδρες εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα αγχώδη ή καταθλιπτικά εφαρμόζεται ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann-Whitney U και σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $Z=-2,581$ ,  $p\text{-value}=0,01<0,05$ ), μεταξύ της πιθανότητας εμφάνισης άγχους-κατάθλιψης ανάλογα με το φύλο (Πίνακας 48). Μάλιστα οι γυναίκες εμφανίζουν τέτοια συμπτώματα με μεγαλύτερη συχνότητα ( $M= 24,13$  vs.  $M=21,86$ ) (Πίνακας 49).

### 2.2.4 Σχέση επιπέδου εκπαίδευσης και βαθμού εμφάνισης αγχώδων-καταθλιπτικών συμπτωμάτων

Για να ελέγξουμε αν τα άτομα με διαφορετικά επίπεδα εκπαίδευσης εμφανίζουν διαφορετικά συμπτώματα αγχώδη ή καταθλιπτικά, εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis και σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ της πιθανότητας εμφάνισης άγχους-κατάθλιψης, ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο ( $X^2=3,868$ ,  $p\text{-value}=0,424$ ) (Πίνακας 50).

### 2.2.5 Σχέση βαθμού εμφάνισης αγχώδων-καταθλιπτικών συμπτωμάτων και του γεγονότος αν το άτομο συμβιώνει με άλλα άτομα

Για να ελέγξουμε αν η εμφάνιση αγχώδων ή καταθλιπτικών συμπτωμάτων σχετίζεται με το γεγονός ότι το ηλικιωμένο άτομο συμβιώνει με ένα ή περισσότερα άτομα, εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney U. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ( $Z=-0,279$ ,  $p\text{-value}=0,780$ ) διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει στατιστικά

σημαντική διαφορά μεταξύ της πιθανότητας εμφάνισης άγχους-κατάθλιψης, ανάλογα με το αν ο ηλικιωμένος συμβιώνει με κάποιο άλλο άτομο στο σπίτι (Πίνακας 51).

#### 2.2.6 Σχέση φύλου και ανταπόκρισης σε καθημερινές και σύνθετες δραστηριότητες

Για να ελέγξουμε αν ο βαθμός λειτουργικότητας τόσο σε καθημερινές, όσο και σε σύνθετες δραστηριότητες επηρεάζεται από το φύλο πραγματοποιούμε το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney U και σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά στο βαθμό ανταπόκρισης στις απλές ( $Z=-0,194$ ,  $p\text{-value}=0,846$ ) και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες ( $Z=-0,427$ ,  $p\text{-value}=0,669$ ), ανάλογα με το φύλο του ηλικιωμένου (Πίνακας 52-53).

#### 2.2.7 Σχέση οικογενειακής κατάστασης και ανταπόκρισης σε καθημερινές και σύνθετες δραστηριότητες

Για να ελέγξουμε αν ο βαθμός λειτουργικότητας τόσο σε καθημερινές, όσο και σε σύνθετες δραστηριότητες επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση πραγματοποιούμε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis και σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι δεν υπάρχει διαφορά στο βαθμό ανταπόκρισης στις απλές ( $X^2=5,721$ ,  $p\text{-value}=0,221$ ) και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες ( $X^2=4,489$ ,  $p\text{-value}=0,221$ ), ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ηλικιωμένου (Πίνακας 54-55).

#### 2.2.8 Σχέση ηλικίας και ανταπόκρισης σε απλές καθημερινές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες

Για να ελέγξουμε αν ο βαθμός λειτουργικότητας τόσο στις απλές καθημερινές όσο και στις σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες επηρεάζεται από την ηλικία, εφαρμόστηκε το μη παραμετρικό τεστ Kruskal Wallis. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι υπάρχει διαφορά στο βαθμό ανταπόκρισης στις απλές ( $X^2=26,299$ ,  $p\text{-value}=0,000$ ) και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες ( $X^2=35,189$ ,  $p\text{-value}=0,000$ ), ανάλογα με την ηλικία (Πίνακας 56-57). Συγκεκριμένα παρατηρείται ότι άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζουν υψηλότερο σκορ λειτουργικότητας σε σύγκριση με άτομα τέταρτης ηλικίας (Πίνακας 58).

## **ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ**

- 1. ΣΥΖΗΤΗΣΗ**
- 2. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**
- 3. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**
- 4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικό χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η έκπτωση της λειτουργικότητας, η οποία απορρέει από τις φυσικές αλλαγές που προκύπτουν από την πάροδο του χρόνου. Αλλαγές στην εμφάνιση και την κινητικότητα, αλλαγές σε συναισθηματικό, νοητικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, καθώς και σε θέματα υγείας (Χριστοδούλου, 1975). Σύμφωνα με τους Kane, R.L & Kane, R.A (2000), ως λειτουργική ικανότητα ορίζεται η δυνατότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στις απαραίτητες καθημερινές δραστηριότητες-δεξιότητες, για την επαρκή και ανεξάρτητη διαβίωσή του στη σύγχρονη κοινωνία.

Ο πληθυσμός της κοινότητας που διερευνήθηκε παρουσιάζει υψηλό ποσοστό λειτουργικότητας (88,96%, n=145 άτομα). Μέτρια λειτουργική έκπτωση εμφανίζεται σε ποσοστό 1,84% (n=3 άτομα), ενώ σημαντική λειτουργική έκπτωση παρατηρήθηκε σε ποσοστό 4,91% (n=8 άτομα), ποσοστά μικρότερα μεν, διόλου αμελητέα δε. Από τα παραπάνω ποσοστά κρίνεται ότι η υπό μελέτη κοινότητα απαρτίζεται από άτομα με αυξημένη λειτουργική ικανότητα. Παρόλα αυτά ένα εξίσου σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 4,91% δήλωσε σημαντική λειτουργική έκπτωση, το οποίο προβληματίζει και μας κινητοποιεί προς αναζήτηση μεθόδων που στόχο θα έχουν την μείωση του αλλά και την ανάπτυξη υπηρεσιών/παροχών για την καλύτερη ποιότητα ζωής. Πιστεύουμε ότι η εφαρμογή χαρακτηριστικών μιας φιλικής κοινότητας, όπως αυτά παρουσιάστηκαν σε προηγούμενο κεφάλαιο, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμα και ωφέλιμα για την αύξηση του επιπέδου λειτουργικής ικανότητας του πληθυσμού.

Όσον αφορά τις ερευνητικές υποθέσεις εργασίας, τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζουν ενδιαφέροντα στοιχεία. Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε την ανταπόκριση στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες σε σχέση με το φύλο. Η υπόθεση ανέφερε ότι οι γυναίκες ανταποκρίνονται σε μεγαλύτερο βαθμό στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες, συγκριτικά με τους άντρες. Η Ελληνίδα ηλικιωμένη γυναίκα, ιδιαίτερα των δεκαετιών του '70, '80 και '90, χαρακτηρίζεται ως ένα ευάλωτο άτομο για λόγους που σχετίζονται με την έλλειψη σχετικής μόρφωσης και οικονομικής αυτοτέλειας. Τονίζεται ότι η οικονομική της εξάρτηση οφείλεται κυρίως στον ρόλο της ως «φροντιστή» τόσο του στενού οικογενειακού της κύκλου (σύζυγος και παιδιά), όσο και μετέπειτα των εγγονών της και των ηλικιωμένων ατόμων της οικογένειας. Είναι μια μη-αμειβόμενη και ανεκτίμητης σημασίας καθημερινή εργασία. Ο ρόλος του «φροντιστή», ο οποίος

πολλές φορές συνδυαζόταν και με παράλληλη εργασία στο σπίτι (χαρακτηριστική είναι η περίπτωση της άσκησης του επαγγέλματος της μοδίστρας) ή εκτός σπιτιού (αναφέρουμε μεταξύ άλλων την Ελληνίδα αγρότισσα), χωρίς όμως να κατοχυρώνονται επαγγελματικά δικαιώματα και βέβαια και μελλοντικά αντίστοιχα συνταξιοδοτικά. Η σημερινή εικόνα της ηλικιωμένης γυναίκας άνω των 65 ετών είναι σαφέστατα διαφοροποιημένη και ως βασικοί λόγοι προβάλλονται η οικονομική της ανεξαρτησία, η ένταξή της στο εργατικό δυναμικό, η μόρφωσή της, οι κοινωνικές παροχές και αντίστοιχα προγράμματα, μέσω των οποίων μπόρεσε να «αποδεσμευτεί» ως ένα βαθμό από τον ρόλο του «φροντιστή» <http://archive.avgi.gr>.

Ωστόσο, σύμφωνα με την ανάλυση αυτό δεν φαίνεται να ισχύει. Πιο συγκεκριμένα δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στις απλές ( $Z=-0,194$  p-value=0,846) και τις σύνθετες ( $Z=-0,427$  p-value= 0,669) δραστηριότητες σχετικά με το φύλο. Επομένως η υπόθεση μας απορρίπτεται.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αφορούσε στη σχέση οικογενειακής κατάστασης ως προς την ανταπόκριση στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Η υπόθεση ανέφερε ότι οι έγγαμοι εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικότητας ως προς την ανταπόκριση τους στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες, σε σχέση με τα άτομα σε κατάσταση χηρείας. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανταπόκρισης στις απλές ( $\chi^2=5,751$  p-value=0,221) και τις σύνθετες ( $\chi^2=4,489$  p-value=0,221) καθημερινές δραστηριότητες, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση, οπότε και η υπόθεση μας απορρίπτεται. Ένα από τα χαρακτηριστικά της παραδοσιακής κοινότητας ήταν η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, με έντονες συναισθηματικές σχέσεις, κοινές αξίες, παραδόσεις, μέσα σε ατμόσφαιρα που χαρακτηριζόταν από εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ειλικρίνεια και ανθρωπιά. Το ηλικιωμένο άτομο ολοκλήρωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, τη δυνατότητα επιλογών και επιπλέον παρείχε υποστήριξη και ασφάλεια ώστε να αντιμετωπίσει τις εκάστοτε δυσκολίες (φτώχεια, μετανάστευση, αρρώστιες, θανάτους, καταστροφές κλπ.) (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000). Με την εμφάνιση του φαινομένου της αστικοποίησης, ο κοινωνικός και συγγενικός ιστός υπέστη αποδιάρθρωση και οι ηλικιωμένοι βίωναν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Με τις υπάρχουσες συνθήκες η οικογένεια φαίνεται να επανέρχεται στην αρχική της μορφή (πατριαρχική), μέσα στην οποία το ηλικιωμένο άτομο πάει να λειτουργεί σαν



μονάδα και αναλαμβάνει έναν πιο ενεργό ρόλο. Αρχικά βιώνει αισθήματα προσφοράς (υλική, οικονομική, συναισθηματική). Ασκεί ενεργά το ρόλο παππού-γιαγιάς, ρόλος που του δημιουργεί αισθήματα χαράς. Τον κάνει να νοιώθει χρήσιμος και μέτοχος στην ανατροφή των εγγονιών του.

Το *τρίτο ερευνητικό ερώτημα* υποστήριξε ότι οι ηλικιωμένοι που ανήκουν στην τρίτη ηλικία εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά λειτουργικότητας σε σχέση με αυτούς της τέταρτης ηλικίας. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι υπάρχει διαφορά στο βαθμό ανταπόκρισης στις απλές ( $\chi^2=26,299$  p-value=0,000) και τις σύνθετες ( $\chi^2=35,189$  p-value=0,000) καθημερινές δραστηριότητες, σε σχέση με την ηλικία. Η υπόθεση μας δεν απορρίπτεται διότι τα άτομα τρίτης ηλικίας εμφανίζουν υψηλότερο σκορ λειτουργικότητας σε σχέση με τα άτομα της τέταρτης ηλικίας.

Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, η οποία υποστήριξε ότι όσο πιο υψηλό είναι το σκορ λειτουργικότητας ενός ηλικιωμένου, τόσο πιο θετικά ανταποκρίνεται στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Τα παραπάνω αποτελέσματα επιβεβαιώνουν την αρχική μας υπόθεση, η οποία υποστήριξε ότι όσο πιο υψηλό είναι το σκορ λειτουργικότητας ενός ηλικιωμένου, τόσο πιο θετικά ανταποκρίνεται στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Κάθε κοινωνία η οποία περιλαμβάνει στον πληθυσμό της άτομα τέταρτης ηλικίας οφείλει να τα αποδεχτεί, να τα σεβαστεί και να προωθήσει πολιτικές για την αξιοπρεπή διαβίωσή τους. Τέτοιου είδους πολιτικές θα μπορούσαν να είναι: α) εξασφάλιση ικανοποιητικών συντάξεων και επιδομάτων, β) παρεχόμενες υπηρεσίες ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, γ) εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό καθώς και ένα σύνολο άρτια εκπαιδευμένων κοινωνικών επιστημόνων, δ) συνεχής χρηματοδότηση κοινωνικών δομών που απευθύνονται στην τρίτη ηλικία, ε) καμπάνιες για την ευαισθητοποίηση και την ενημέρωση για θέματα σχετιζόμενα με την τέταρτη ηλικία, στ) αξιοποίηση πόρων για πολιτικές φιλικές προς την τρίτη και τέταρτη ηλικία από την Τοπική Αυτοδιοίκηση.

Ο δεύτερος άξονας που πραγματεύεται η συγκεκριμένη εργασία αφορά το κατά πόσο η ύπαρξη ή όχι συμπτωμάτων αγχωδών-καταθλιπτικών διαταραχών επηρεάζουν την λειτουργικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Το παραπάνω ερευνητικό ερώτημα διερευνήθηκε με το εργαλείο GHO 12.

Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ζητούμενο, την διερεύνηση δηλαδή της σχέσης μεταξύ του βαθμού αυτοεξυπηρέτησης και του βαθμού εμφάνισης αγχωδών-καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική

συσχέτιση μεταξύ των δύο μεγεθών, η οποία είναι ασθενής και θετική ( $r= 0,316$ ,  $p=0,000<0,05$ ).

«Το άγχος είναι ένα βίωμα που χαρακτηρίζεται από αίσθημα επικείμενου κινδύνου και συνοδεύεται από σωματικές εκδηλώσεις υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Διακρίνεται από το φόβο, ο οποίος είναι πρόσφορη αντίδραση σε γνωστό κίνδυνο, καθότι αποτελεί αντίδραση σε μιαν απειλή που είναι άγνωστη ασαφής ή σχετίζεται με ενδοψυχικές συγκρούσεις» (Kaplan και Sadock, 2004:191).

Σχετικά με την αγχώδη διαταραχή η ύπαρξη της οποία διερευνήθηκε μέσω του Γενικού Ερωτηματολογίου (GHO 12), τα αποτελέσματα δείχνουν ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα άγχους σε ποσοστό 71,16% ( $n=116$  άτομα), ενώ το 22,09% παρουσιάζει φυσιολογικά επίπεδα άγχους ( $n=36$  άτομα). Σύμφωνα με το DSM-IV οι Αγχώδεις Διαταραχές αποτελούν τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που παρατηρούνται στον γενικό πληθυσμό. Ειδικότερα στην τρίτη ηλικία όταν ένα άτομο βιώνει αισθήματα άγχους παρατηρείται εξασθένηση της υγείας (με εμφανή συμπτώματα κούρασης, αυξημένης αρτηριακής πίεσης κ.α.), αρνητική επίδραση στην συμπεριφορά (το άτομο γίνεται νευρικό, ευέξαπτο, εξαρτώμενο, παρατηρούνται σύγχυση και ψυχαναγκασμοί) και εκδήλωση αρνητικών συμπτωμάτων (φόβος, ανησυχία, μελαγχολία) (Καλαϊτζή,2005). Από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε προέκυψε ένα ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό της τάξεως του 71,16%, το οποίο δήλωσε υψηλά επίπεδα άγχους. Το ποσοστό αυτό προκαλεί προβληματισμό και μας ενεργοποιεί για την αναζήτηση τρόπων μείωσης και διαχείρισης του. Όσον αφορά την αντιμετώπιση συμπτωμάτων άγχους ενδείκνυται η συνεργασία με ειδικό επιστήμονα για παροχή συμβουλευτικής υποστήριξης, συμβουλών διαχείρισης και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, ώστε να μην επιδρά αρνητικά στην ζωή του και το άτομο να παραμένει λειτουργικό. Η συμπαράσταση του συγγενικού και φιλικού περιβάλλοντος κρίνεται ωφέλιμη, καθώς επίσης σημαντική θεωρείται η συμμετοχή του ηλικιωμένου σε διάφορου τύπου κοινωνικές δραστηριότητες της περιοχής (πολιτιστικούς συλλόγους, εκκλησία, παροχή εθελοντικής εργασίας ή εθελοντικές οργανώσεις) και η συνεχής επαφή του με φορείς και υπηρεσίες που απευθύνονται στην τρίτη ηλικία.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία αποτελεί μια ιδιαίτερα σοβαρή ασθένεια, η οποία έχει σημαντικές επιπτώσεις στην νοσηρότητα και την θνησιμότητα των ηλικιωμένων (Κουκιά, 2002 στον Ιωάννου 2003). Η εγκαθίδρυση της κατάθλιψης

σχετίζεται με παράγοντες όπως σοβαρά γεγονότα της ζωής, μείζονες κοινωνικές δυσκολίες, κακή υγεία, τρόπος σκέψης για τα σημαντικά γεγονότα (Murphy, 1982). Όσον αφορά τα δυο φύλα οι διαφορές που παρουσιάζονται στην εμφάνιση της διαταραχής είναι οι ακόλουθες: στις ηλικιωμένες γυναίκες η κατάθλιψη όλων των μορφών εμφανίζεται από τη νεότερη ηλικία και σε διπλάσια αναλογία συγκριτικά με τους άνδρες και εκδηλώνεται με πιο άμεσο τρόπο (όπως δάκρυα και κοινωνική απόσυρση). Πέρα από τις διαφορές που παρατηρούνται στις διαταραχές ανάμεσα στα δύο φύλα, έχουν παρατηρηθεί σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές κατηγορίες που περιλαμβάνει η τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα ηλικιωμένοι άνω των 75 ετών, οι οποίοι εντάσσονται στην κατηγορία «old-old» έχουν καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας σε σχέση με ηλικιωμένους ηλικίας 65 έως 75 ετών, οι οποίοι ανήκουν στην κατηγορία «new-old» (Παγοροπούλου, 2000).

Το ερευνητικό μας ερώτημα υποστήριζε ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων αγχωδών-καταθλιπτικών διαταραχών σε σχέση με τους άντρες. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $Z = -0,258$   $p\text{-value} = 0,01 < 0,05$ ) μεταξύ του φύλου και της πιθανότητας εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους-κατάθλιψης. Η υπόθεση μας δεν απορρίπτεται αφού οι γυναίκες, της υπό μελέτη κοινότητας, εμφανίζουν ανάλογα συμπτώματα σε μεγαλύτερη συχνότητα ( $M = 24,13$ ) σε αντίθεση με τους άντρες ( $M = 21,86$ ). Ωστόσο η υπόθεση μας αντικρούεται σχετικά με την άποψη της Παγοροπούλου (2000), η οποία υποστηρίζει ότι τα ποσοστά των ανδρών είναι πιο υψηλά από αυτά των γυναικών, φαινόμενο που μπορεί εξηγηθεί με διάφορους λόγους, όπως για παράδειγμα με την άποψη το ότι οι γυναίκες θεωρούνται πιο ανθεκτικές σε σχέση με τους άνδρες στις αντιξοότητες της ζωής και στις δυσκολίες που εμπεριέχει αυτή η ηλικία.

Ένας από τους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης μπορεί να είναι το μορφωτικό επίπεδο, όπως αναφέρει η Αβεντισιάν- Παγοροπούλου (2000), κάτι που δεν φαίνεται να ισχύει στην κοινότητα που μελετήθηκε. Σύμφωνα με τα ευρήματα δεν φαίνεται να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στο μορφωτικό επίπεδο και την πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων άγχους-κατάθλιψης ( $\chi^2 = 3,868$   $p\text{-value} = 0,424$ ). Επιβεβαιώνεται λοιπόν και η υπόθεση μας ότι όσο πιο υψηλό είναι το σκορ λειτουργικότητας ενός ηλικιωμένου τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης συμπτωμάτων αγχωδών-καταθλιπτικών διαταραχών ( $r = 0,316$   $p\text{-value} = 0,000 < 0,5$ ).

Οι Nies & Mcewen (2001) μας πληροφορούν ότι το 10% των ηλικιωμένων άνω των 65 ετών πάσχουν από κάποια καταθλιπτική διαταραχή, ενώ το 2-3% παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη. Εξίσου σημαντικό και το ποσοστό 8-20% των ηλικιωμένων που ζουν μέσα σε μια κοινότητα και βιώνουν καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το ποσοστό αυξάνεται σημαντικά (πάνω από 37%) όταν αναφερόμαστε σε νοσηλευόμενους σε περιβάλλον πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η διαδικασία εντοπισμού κατάθλιψης σε ηλικιωμένο άτομο χαρακτηρίζεται δύσκολη, λόγω παρερμηνειών σε συμπτώματα που εκδηλώνονται με δυσάρεστα αποτελέσματα για το ίδιο το άτομο και το συγγενικό περιβάλλον. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης εφόσον εντοπιστεί μπορεί να επιτευχθεί με διάφορου τύπου μεθόδους όπως είναι οι ψυχοθεραπείες γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου, η τεχνική της αναπόλησης και ανασκόπησης της ζωής και η χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι στην κοινότητα που διερευνήσαμε κατοικούν ηλικιωμένοι, κυρίως γυναίκες, με μεγαλύτερη συχνότητα της ηλικιακής ομάδας 69 έως 73 έτη και έγγαμοι. Το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό στην πλειοψηφία του ενώ η οικονομική κατάσταση είναι κυρίως μέτρια. Παρόλα αυτά οι ηλικιωμένοι της κοινότητάς μας είναι ασφαλιστικά καλυμμένοι στο σύνολό τους (πλην ενός ατόμου).

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον αντικρούοντας την πλειοψηφία των ερευνητικών μας υποθέσεων. Αρχικά διαπιστώνεται ότι το φύλο ( $Z=-0,194$   $p\text{-value}=0,846$  ( $Z= -0,427$   $p\text{-value}= 0,669$ ), όπως και η οικογενειακή κατάσταση ( $\chi^2=5,751$   $p\text{-value}=0,221$ ,  $\chi^2=4,489$   $p\text{-value}=0,221$ ), δεν επηρεάζουν την δυνατότητα ανταπόκρισης του ηλικιωμένου στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες.

Όσον αφορά την ηλικιακή κατηγορία στην οποία ανήκει ο ερωτώμενος διαπιστώνεται διαφορά στο βαθμό ανταπόκρισης του στις απλές και σύνθετες καθημερινές δραστηριότητες. Συγκεκριμένα τα άτομα που ανήκουν στη τρίτη ηλικία εμφανίζουν υψηλότερο σκορ λειτουργικότητας ( $\chi^2=26,299$   $p\text{-value}=0,000$ ) σε αντίθεση με τα άτομα που ανήκουν στην τέταρτη ηλικία ( $\chi^2=35,189$   $p\text{-value}=0,000$ ).

Αναφορικά με το δεύτερο ερευνητικό ζητούμενο, την διερεύνηση δηλαδή της σχέσης μεταξύ του βαθμού αυτοεξυπηρέτησης και του βαθμού εμφάνισης αγχωδών-καταθλιπτικών συμπτωμάτων, τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δύο μεγεθών, η οποία είναι ασθενής και θετική ( $r= 0,316$ ,  $p=0,000<0,05$ ).

Σχετικά με την ύπαρξη αγχώδους διαταραχής η πλειοψηφία (71,16%,  $n=116$ ) δήλωσε υψηλά επίπεδα άγχους. Παρατηρείται όμως ένα εξίσου υψηλό ποσοστό της τάξεως του 22,09% ( $n=36$ ) το οποίο δήλωσε φυσιολογικά επίπεδα άγχους. Το φύλο επηρεάζει την πιθανότητα εμφάνισης αγχωδών- καταθλιπτικών διαταραχών μιας και οι γυναίκες του δείγματος ( $M=24,13$ ) εμφανίζουν συμπτώματα σε μεγαλύτερη συχνότητα συγκριτικά με τους άντρες ( $M= 21,86$ ). Σχετικά με την ύπαρξη συμπτωμάτων άγχους-κατάθλιψης συγκριτικά με το μορφωτικό επίπεδο, η έρευνα έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $\chi^2=3,868$   $p\text{-value}=0,424$ ). Το

αποτέλεσμα αυτό επιβεβαιώνει την υπόθεση μας, η οποία υποστήριζε ότι όσο πιο υψηλό είναι το σκορ λειτουργικότητας τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα εμφάνισης αγγωδών- καταθλιπτικών συμπτωμάτων ( $r=0,316$   $p\text{-value}= 0,000<0,5$ ).

Εκ κατακλείδι πρόκειται για έναν πληθυσμό, ο οποίος εμφανίζει σχετικά ικανοποιητικά επίπεδα υγείας και λειτουργικής ικανότητας, σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων. Ωστόσο το 71,16% του δείγματος που εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους είναι ένα ιδιαίτερα σημαντικό ποσοστό, το οποίο θα πρέπει να προβληματίσει και να κινητοποιήσει τις αρμόδιες, για την τρίτη ηλικία υπηρεσίες, στην εύρεση τρόπων παρέμβασης για τη μείωση αυτού του ποσοστού.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Κάθε πτυχιακή εργασία αποβλέπει στην προσφορά νέας γνώσης πάνω στο θέμα που ερευνάται, γεγονός που αποτέλεσε μέλημα της συγγραφικής ομάδας. Στην δική μας περίπτωση η νέα γνώση αφορά το σκανδιναβικό μοντέλο των φιλικών κοινοτήτων, πρόγραμμα που εντάσσεται στην γενικότερη κοινωνική πολιτική για την τρίτη ηλικία, όπως αυτό αναλύθηκε στο υποκεφάλαιο 4.4. Η ενασχόληση με το παραπάνω θέμα δημιούργησε την σκέψη για την δυνατότητα προσαρμογής του στα ελληνικά δεδομένα. Καταλήγουμε λοιπόν στην εξής πρόταση που είναι ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός παρόμοιου μοντέλου στην χώρα μας. Για να γίνει αυτό υλοποιήσιμο απαιτείται η ενημέρωση – ευαισθητοποίηση της ελληνικής κοινότητας σε θέματα που αφορούν την τρίτη ηλικία και πιο συγκεκριμένα στον τρόπο λειτουργίας των φιλικών κοινοτήτων. Η αρχή θα μπορούσε να γίνει με τον σχεδιασμό ενός πιλοτικού προγράμματος, το οποίο θα μας αναδείξει την δυνατότητα πλήρους εφαρμογής του στην ελληνική κοινωνία.

Όπως έχει ήδη προαναφερθεί ο υπο μελέτη πληθυσμός εμφανίζει ικανοποιητικά επίπεδα υγείας και λειτουργικότητας, κατάσταση η οποία φαίνεται να διαφοροποιείται όταν ξεφεύγουμε από τα νούμερα και παρατηρούμε τον πληθυσμό μέσω της διαπροσωπικής επαφής. Οι δυσκολίες που υπάρχουν λόγω ηλικίας καθώς και ο τόπος κατοικίας (ορεινή αγροτική περιοχή) αποτελούν βασικούς παράγοντες για την ελαχιστοποιημένη ενεργό γήρανση που βιώνει ο συγκεκριμένος πληθυσμός. Οι ηλικιωμένοι της περιοχής παρά το γεγονός ότι ασχολούνται με τις αγροτικές εργασίες, δεν έχουν την δυνατότητα ή ακόμα και τα ερεθίσματα κυρίως λόγω μειωμένης δυνατότητας πρόσβασης σε άλλου είδους δραστηριότητες που πιθανός να τους ευχαριστούσαν και θα τους καθιστούσαν πιο ενεργούς και δραστήριους. Πολύ σοβαρή δουλειά φαίνεται να γίνεται από το ΚΑΠΗ τόσο σε επίπεδο πρόληψης – υγείας όσο και σε επίπεδο ψυχαγωγίας μέσα από διάφορες εκδηλώσεις που πραγματοποιούνται κατά καιρούς. Πιο συγκεκριμένα στις αρμοδιότητες του Κ.Α.Π.Η περιλαμβάνονται α) παροχή συμβουλευτικής και κοινωνικής υποστήριξης στα μέλη και τις οικογένειες τους με σκοπό την παραμονή στο οικογενειακό και κοινωνικό τους περιβάλλον, β) πρόληψη και αντιμετώπιση κοινωνικοψυχολογικών και βιολογικών προβλημάτων, γ) εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης, δ) συμβάλλει στην κοινωνική ένταξη των Α.Μ.Ε.Α, ε) υλοποιεί προγράμματα δημιουργικής

απασχόλησης και ψυχαγωγίας, στ) συνεργασία με άλλες εξειδικευμένες δομές υγείας και πρόνοιας για την καλύτερη εξυπηρέτηση των μελών, ζ) υλοποίηση προγραμμάτων πρόληψης και αγωγής υγείας, η) παροχή ιατροφαρμακευτικής Α'βάθμιας φροντίδας και συνταγογράφηση φαρμάκων, θ) παροχή υπηρεσιών φυσιοθεραπείας, εργοθεραπείας και ήπιας αθλητικής άσκησης.

Ωστόσο όλα τα προγράμματα της περιοχής που ασχολούνται με την τρίτη ηλικία όπως ΚΑΠΗ, ΚΗΦΗ, ΠΒΣ είναι ήδη σε δύσκολή θέση, αρχικά λόγω του μεγάλου αριθμού εξυπηρετούμενων και εν συνεχεία λόγω έλλειψης προσωπικού. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αδυναμία υλοποίησης του σκοπού και των στόχων δημιουργίας και ύπαρξης των υφιστάμενων δομών, την αδυναμία πραγματοποίησης ΚΕΑ, ΚΕΟ, ΚΕΚ και κοινωνικής έρευνας, την αδυναμία εφαρμογής προγραμμάτων, δράσεων και εκδηλώσεων, ελλιπής παρεχόμενες υπηρεσίες (ποιοτικά και ποσοτικά) προς τους εξυπηρετούμενους.

Γεννάται λοιπόν ένας προβληματισμός σχετικά με την καλύτερη και αποδοτικότερη λειτουργία των υφιστάμενων υπηρεσιών. Για τον λόγο αυτό κρίνεται αναγκαία η αναδιοργάνωση τους με στόχο να εκσυγχρονιστούν οι δομές των υπηρεσιών, να ενισχυθεί η αποτελεσματικότητά τους, η παροχή υπηρεσιών και η καλύτερη εξυπηρέτηση των ενδιαφερόμενων. Η υλοποίηση των προαναφερόμενων αποτελεί μια διαδικασία η οποία φαίνεται να απαιτεί χρόνο, χρήμα και ανάληψη πρωτοβουλιών. Αρχικά θα πρέπει να διεξαχθεί μια έρευνα από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας σχετικά με την λειτουργία αντίστοιχων υπηρεσιών, δομών, μοντέλων σε πιο προηγμένες χώρες με σκοπό να εντρυφήσουν στη γνώση του μοντέλου και να το προσαρμόσουν και εν συνεχεία να το εφαρμόσουν στην ελληνική πραγματικότητα. Πολύ σημαντική κρίνεται και η ενίσχυση των υπηρεσιών με το κατάλληλο και ειδικά εκπαιδευμένο ανθρώπινο δυναμικό καθώς και η οικονομική ενίσχυση από τους αρμόδιους φορείς.

Η δεύτερη μας πρόταση αφορά ένα μεγάλο εγχείρημα το οποίο υπάρχει σαν σκέψη και το οποίο κρίνουμε υλοποιήσιμο. Ένας ολοκληρωμένος κοινωνικός σχεδιασμός με θέμα του την εκτίμηση της λειτουργικότητας στον αγροτικό και στον αστικό ηλικιωμένο πληθυσμό. Αρχικά θα διεξαχθεί έρευνα με την χρήση των κατάλληλων διαγνωστικών εργαλείων. Προτείνεται το screening ως η μεθοδολογία έρευνας που θα ακολουθηθεί και η οποία θα μπορούσε να υλοποιηθεί με τους παρακάτω τρόπους: σε επίπεδο νομών Κρήτης μέσα από τα κοινοτικά εργαστήρια του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης καθώς επίσης και μέσω της



συνεργασίας του με το ΑΕΙ Κρήτης και πιο συγκεκριμένα τα τμήματα Ψυχολογίας και Κοινωνιολογίας του Ρεθύμνου. Σε πανελλήνιο επίπεδο η συνεργασία εκπαιδευτικών ιδρυμάτων ΑΕΙ – ΤΕΙ (κοινωνικών – ανθρωπιστικών επιστημών). Τέλος η συνεργασία δημοτικών δομών (κοινωνική υπηρεσία Δήμων, ΚΑΠΗ) και προγραμμάτων (Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι) που απευθύνονται στην τρίτη ηλικία. Απώτερος σκοπός της εκτεταμένης έρευνας, θα είναι η συγκέντρωση στοιχείων για την χάραξη ενός κοινωνικού σχεδιασμού, ο οποίος θα μπορούσε να έχει τον τίτλο *Σχεδιασμός και εφαρμογή προγράμματος για την λειτουργικότητα και την ενεργό γήρανση των ηλικιωμένων στην Ελλάδα*. Συγκεντρώνοντας λοιπόν όλα τα παραπάνω και αφού προηγηθεί σύγκριση των αποτελεσμάτων, θα μπορούσε να υποβληθεί πρόταση στα αρμόδια Υπουργεία (**Υγείας και Ανάπτυξης**) με σκοπό την επιλογή χάραξης στρατηγικής που θα ακολουθηθεί για την εφαρμογή ενός κατάλληλου προγράμματος παρέμβασης, που στόχο θα έχει την αύξηση του επιπέδου λειτουργικότητας και κατ' επέκταση μια πιο ενεργή τρίτη ηλικία στην Ελλάδα.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### Ελληνική βιβλιογραφία

- Αβεντιάν-Παγοροπούλου, Α. (1993) *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: χ.ε.
- Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, Α. (2000) *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: χ.ε.
- Γιουβανάκης Γ. , Σαχπάζογλου Α. (2007) *Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου*. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης-Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Γναρδέλλης, Χ. (2003) *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Γναρδέλλης, Χ. (2006) *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS 14.0 for Windows*. Αθήνα: Εκδόσεις ΠΑΠΑΖΗΣΗ.
- Γραμματικόπουλος, Α.Η. (2007) *Αγχώδεις διαταραχές σε ηλικιωμένους στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Κρήτη*. Μεταπτυχιακή Εργασία: Πανεπιστήμιο Κρήτης.
- Δαρβέσης, Θ. (1988). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
- Δαρβέσης, Θ. (1998). *Ιατροκοινωνικά προβλήματα της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Υγειονομική Σχολή Αθηνών.
- Δαφέρμος, Β. (2005) *Κοινωνική στατιστική με το SPSS*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ.(2001) *Συστήματα υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Ιωάννου, Ν. (2003) *Ηλικιωμένοι και κατάθλιψη*. Διδακτορική Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.
- Καλαϊτζή, Σ. (2005) *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*. Μετ. Λεγκάλ, Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Mendor.

- Κικίλιας, Η., Μπαγκαβός, Χ., Τήνιος, Π. (2000) *Δημογραφική γήρανση, αγορά εργασίας και κοινωνική προστασία. Τάσεις, προκλήσεις και προοπτικές*. Αθήνα: Εθνικό Ινστιτούτο Εργασίας.
- Κονσολάκη και Τσολάκη (2010) *Δοκιμασίες και κριτήρια για την εκτίμηση των εγκεφαλικών λειτουργιών*. Εκδόσεις ΓΙΑΧΟΥΔΗ.
- Κούτρα., Κ. (2011) *Ηλικιωμένα και ανάπηρα άτομα: Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας*. Μάθημα Ζ' εξαμήνου του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας-Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.
- Κυριόπουλος, Γ., Φιλαλήθης, Τ. (1996) *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.
- Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (1999) *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Λαζαρίδου, Β. Μαριδάκη, Μ. και Μουσικάκη, Β.(2008) *Άτομα τρίτης ηλικίας: άτομα ενεργά ή άτομα σε αδράνεια; Έρευνα στα ΚΑΠΗ του Δ. Ηρακλείου*. Πτυχιακή Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης-Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
- Λυμπεράκη, Α., Τήνιος, Π. , Φιλαλήθης, Τ. , (2009) *Ζωή 50+ Υγεία, γήρανση και σύνταξη στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Αθήνα: Κρητική.
- Μαλεγιανάκη, Α.Χ.(2011) *Το άγχος θανάτου στους ηλικιωμένους*. Θεσσαλονίκη: 7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό- Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών.
- Μάνος, Ν. (1997) *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. 2<sup>η</sup> έκδοση. Αθήνα: University Studio Press. Αθήνα: Έλλην.
- Μεταξάκης- Χρηστοδούλου, Γ. και Κωνταξάκης, Β. (2000) *Η Τρίτη ηλικία*. Αθήνα: Βήτα.
- Μωυσιάδης, Γ. (χ.χ) *Τρίτη ηλικία: Προβλήματα και αντιμετώπισή τους*. Γ έκδοση. Θεσσαλονίκη: Αφοί Μυγδαλιά.
- Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, (2002) *Υγεία 21, το πλαίσιο πολιτικής "υγεία για όλους" για την περιοχή Ευρώπης της ΠΟΥ*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
- Παγοπούλου, Α. (2000) *Η γεροντική κατάθλιψη*. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα.
- Περγάμαλη, Μ. (2006) *Ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι» στο Δήμο Ηρακλείου*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Κρήτης- Τμήμα Ιατρικής.

- Πλατή, Χ.(1993) *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Επτάλοφος ΑΕ.
- Σαρρής, Μ.(2001) *Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Σούλης, Σ. (1987) *Εισαγωγή στην οικονομική της υγείας*. Προσυνεδριακό Σεμινάριο, 1ο Πανελλήνιο συνέδριο οικονομικών της υγείας. Αθήνα: χ.ε.
- Σουμπούρου, Α. (2011) *Ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις για την διαχείριση του άγχους και της κατάθλιψης που οφείλεται στην αναισθησία των ελλείψεων*. Θεσσαλονίκη: 7<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Ιατρικό- Διεπιστημονικό Συνέδριο Νόσου Alzheimer και συγγενών διαταραχών.
- Σταθόπουλος, Π. (2005) *Κοινωνική πρόνοια. Ιστορική εξέλιξη-Νέες κατευθύνσεις*. Αθήνα: Παπαζήση.
- Στασινοπούλου, Ο. (1992) «*Άτυπα δίκτυα φροντίδας*», Εκλογή 93:2: 109- 122.
- Συμπόσιο με θέμα: *Προβλήματα Γεροντικής Ηλικίας*. (1975) Αθήνα: Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος και Συμβούλιον επιμορφώσεως εις την Κοινωνική Εργασία.
- Σωμαράκη, Κ., Τσόκας, Ν., Χατζηγεωργίου, Μ., (2007) «*Ικανοποίηση ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου από την φροντίδα που τους παρέχεται από επίσημα-ανεπίσημα δίκτυα*. Πτυχιακή εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.
- Τούντας, Γ. (2008) *Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/ Νέα Υγεία.
- Τούντας, Γ.(2002) *Πολιτική Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας / Νέα Υγεία
- Τριανταφύλλου, Τζούντιθ- Ελίζαμπεθ Μεσθαινέου, (1993) *Ποιος φροντίζει; Η οικογενειακή φροντίδα των εξαρτημένων ηλικιωμένων στην Ελλάδα και στην Ευρώπη*. Εκδόσεις SEXTANT, Αθήνα.
- Χριστοδούλου, Γ., Κονταξάκης, Β. (2000) *Η Τρίτη ηλικία*. Αθήνα: ΒΗΤΑ.
- Χριστοδούλου, Γ.Ν. και συνεργάτες (2000) *Ψυχιατρική κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*. Β' Τόμος. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

#### Μεταφρασμένη βιβλιογραφία

- Μπουβούαρ, Σ. (1980) *Τα γηρατειά*. Μεταφρ. Έμκε Έ.. Αθήνα: Γλάρος.
- Barlow, D.(2000) *Ψυχολογία και Παθολογική Συμπεριφορά: Μια σύνθετη Βιοψυχοκοινωνική Προσεγγις*. Μετ. Μπαρμπάτση, Μ. Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην

- DiMatteo, M. R. & Martin L.R., (2006). *Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας*. (Επιμ. Φ. Αναγνωστόπουλος & Γ. Ποταμιάνος) Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Greagan, E. (2005) *Mayo Clinic: Η Τρίτη ηλικία*. Μετ. Ελιασα, Χ. Αθήνα: Μοντέρνοι καιροί.
- Kastenbaum, R.(1982) *Η Τρίτη ηλικία, τα χρόνια της ολοκλήρωσης*. Μετάφρ. Τεμπέρογλου, Ε. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Sadock, B. , Sadock, V. (2005) *Εγχειρίδιο κλινικής ψυχιατρικής*. Τρίτη έκδοση. Μετ. Ματσούλου, Θ. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιανού.
- Slater, R. (2003) *Γηρατιά. «Θλιμμένος χειμώνας ή δεύτερη άνοιξη;»*. Η ψυχολογία της γήρανσης. Μετάφρ. Μεταξάς Σ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Tucker, N.(1997) *Εφηβεία ,Ωριμότητα και Τρίτη ηλικία*. Μετάφρ. Γαλανάκη, Ε. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

#### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

- Bash, P. (1990) *Textbook of International Health*, Oxford University Press
- Brach, J.S., VanSwearingen, J.M., Newman, A.B., & Kriska, A.M. (2002) *Identifying early decline of physical function in community- dwelling older*.
- Butler, R M. (1998). *Health and Aging: The new gerontology*. In J.J.F. Schroots, J.E. Birren, & A. Svanborg (Eds.), *Health and aging: Perspectives and prospects* (pp. 143-153). New York: Springer.
- Davidson, St. (2005) *Γενικές αρχές και κλινική πράξη της ιατρικής παθολογίας*. 19<sup>η</sup> Έκδοση. Αθήνα: Παρισιανού.
- Dickens,W. J. & Perlman , D. (1981) *Friendship over the life- cycle*. In Duck, S. & Gilmour, R. (Eds) *Personal Relationship*, 2, London: Academic Press.
- Dimond,M., Lund,D.A., & Caserta, M.S. (1987). *The role of social support in the first year of bereavement among the elderly*. *Gerontologist*, 25, 599-604.
- Donaldson, M. , Yorby, K. , Lour, K. Et al (eds). (1996) *Primary care: America's Health in a New Era*. *Institute of medicine*. National Academy Press, Washington Dc.
- Finlayson, A. , McEwen. (1977) *Coronary Heart Disease and Patterns of Living*. Croom Helm, London.
- Goldberg D (1972) *Detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press. Oxford.

- Grason, S. (2005) *Journalution: journaling to awaken your inner voice, heal your life, and manifest your dreams*. 1<sup>st</sup> edition. Novato, California: New Wolrd Library.
- Hayflick, L. (1996) *How and why we age*. New York: Ballantine Books.
- Hoeymans, N., Feskens, E., Van Den Bos, G., & Kromhout, D. (1996). Measuring function status: cross- sectional and longitudinal associations between performance and self- reports (Zupthen Elderly Study 1990-1993). *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(10), 1103-1110.
- International Federation of Ageing, (1992).
- Kane, R.L., & Kane, R.A. (2000) *Assessment in long- term care*. *Annual Review of Public Health*, 21, 659-686.
- Karnfoski DA, Burchenal JH.(1969), *The clinical Evaluation of Chemo-therapeutic agents*. In: *Mc Leod (ED), Cancer in Evaluation of Chemo-therapeutic Agents*. Columbia University press. New York.
- Kennerley H. (1995) *Managing anxiety. A training manual*. Oxford, New york, Tokyo: Oxford university press (second edition).
- L. Doyal, I. Cough, A. (1991) *Theory of Human Needs*. London, Macmillan.
- Lemme, B. H. (1995), *Development in adulthood*. Boston, MA: Allyn & Bacon. Le Moal, S., Reymann, J.M., Thomas, V., Cattenoz, C., Lieury, A., & Allain, H. (1997). Effect of normal aging and of Alzheimer's disease on episodic memory. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 8, 281-187.
- Maslow, A.H.(1954) *Motivation and personality*. Harper, New York.
- Murtagh, J. (2011) *Γενική Ιατρική*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
- National Safety Council (1978) *Home accident facts*. Chicag: Author.
- Nies, M. & McEwen, M.(2001) *Κοινωνική Νοσηλευτική, προάγοντας την υγεία του πληθυσμού*. 3<sup>η</sup> Έκδοση, Τόμος 1<sup>ος</sup> . Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημ.
- Schroots, J.J.F (1996). *Theories of aging: Psychological*. In J.E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (pp. 557-567). San Diego, CA: Academic.
- Scott J, Derubeis RJ.( 2001) *Cognitive therapy and psychosocial interventions in chronic and treatment-resistant mood disorders*. In: Amsterdam J, Neirberg N. (eds).*Treatment Refractory Mood Disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Spirduso, W. W. (1995) *Physical Dimensions of Aging*. Champaign, IL: Human Kinetics.
- Starfield, B. (1998) *Primary care: Balancing Health Needs, Services and technology*. Oxford university Press, Oxford.
- Whitbourne, S.K. (1996). Psychological perspectives on the normal aging process. In L.L. Carstensen, B.A. Edelman, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp3-35). Thousand Oaks, CA: Sage.
- WHO (1978), Alma – Ata 1978. *Primary Health Care, Health for all series 1*, WHO, Γενεύη.
- WHO(1958) *The first Ten Years of WHO*, Annex Constitution of the WHO, Geneva.
- World Health Organization (1979) *Hand book for reporting results of cancer treatment*. WHO Offset Publication No 48, Geneva.
- Hallam, R. (1992) *Counselling for Anxiety problems*, London, Newbury Park, New Delhi: SAGE Publications.

#### Αρθογραφία

- Αγοραστάκης, Π. (2012) «Οι γυναίκες ζουν περισσότερο» *Γιαννιτσά*. 23 Αυγούστου, σ.12.

#### Βιβλιογραφία από το διαδίκτυο

- <http://europa.eu/ey2012> [πρόσβαση 7 Μαΐου 2014]
- [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html) [πρόσβαση 7 Μαΐου 2014]
- [http://www.hape.gr/emag/vol5\\_2/hape160.pdf](http://www.hape.gr/emag/vol5_2/hape160.pdf) [ πρόσβαση 7 Μαΐου 2014]
- <http://en.wikipedia.org/wiki/ageing> [πρόσβαση 7 Μαΐου 2014]
- [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/situation\\_in\\_europe](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/situation_in_europe) [πρόσβαση 7 Μαΐου 2014]
- [http://en.wikipedia.org/wiki/Population\\_aging#Ageing\\_around\\_the\\_world](http://en.wikipedia.org/wiki/Population_aging#Ageing_around_the_world) [πρόσβαση 11 Μαΐου 2014]
- <http://www.who.int/ageing/about/facts/en/index.html> [πρόσβαση 12 Μαΐου 2014]

- <http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE> [πρόσβαση 12 Μαρτίου 2014]
- [elstat\\_apografi\\_id28637467.PDF](#) [πρόσβαση 14 Μαρτίου 2014]
- [http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/100\\_greec.pdf](http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/100_greec.pdf) [πρόσβαση 4 Μαρτίου 2014]
- [http://old.50plus.gr/images/content/Greek\\_shortHealthAgeingweb.pdf](http://old.50plus.gr/images/content/Greek_shortHealthAgeingweb.pdf) [πρόσβαση 12 Μαρτίου 2014]
- <http://www.prolepsis.gr/new/gr/News/73> [πρόσβαση 21 Απριλίου 2014]
- [http://el.wikipedia.org/wiki/Οικουμενική\\_διακήρυξη\\_για\\_τα\\_Ανθρώπινα\\_Δικαιώματα](http://el.wikipedia.org/wiki/Οικουμενική_διακήρυξη_για_τα_Ανθρώπινα_Δικαιώματα)) [πρόσβαση 6 Απριλίου 2014]
- [http://www.hrea.org/index.php?doc\\_id=435](http://www.hrea.org/index.php?doc_id=435) [πρόσβαση 6 Ιουλίου 2014]
- [http://www.eurocharity.gr/files/xarta\\_dikaiwmatwn\\_ilikiwmenwn.pdf](http://www.eurocharity.gr/files/xarta_dikaiwmatwn_ilikiwmenwn.pdf) [πρόσβαση 12 Απριλίου 2014]
- [http://www.sa.agedrights.asn.au/residential\\_care/preventing\\_elder\\_abuse/rights\\_of\\_older\\_person](http://www.sa.agedrights.asn.au/residential_care/preventing_elder_abuse/rights_of_older_person) [πρόσβαση 12 Ιουνίου 2014]
- <http://europedia.moussis.eu/discus/discus-1327566409-28262-15677.tkl?lang=gr> [πρόσβαση 7 Ιουνίου 2014]
- <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=971&langId=el> [πρόσβαση 7 Ιουνίου 2014]
- [http://www.who.int/ageing/active\\_ageing/en/index.html](http://www.who.int/ageing/active_ageing/en/index.html) [πρόσβαση 12 Απριλίου 2014]
- <http://europa.eu/ey2012/ey2012main.jsp?catId=977&langId=el> [πρόσβαση 23 Απριλίου 2014]
- <http://www.ando.gr/europedirect/news/ee2012> [πρόσβαση 8 Ιουλίου 2014].
- <http://www.enet.gr/?i=news/el.article&id=192629β> [πρόσβαση 8 Ιουλίου 2014)
- <http://www.ggka.gr/latest/n3863-2010.pdf> [πρόσβαση 27 Σεπτεμβρίου 2014]
- Υπουργείο Εθνικής Παιδείας και Θρησκευμάτων. Παιδαγωγικό Ινστιτούτο [πρόσβαση 3 Μαρτίου 2014]
- [http://www.hape.gr/emag/vol5\\_2/hape160.pdf](http://www.hape.gr/emag/vol5_2/hape160.pdf) [πρόσβαση 21 Ιουλίου 2014]
- <http://occmmed.oxfordjournals.org/content/57/1/79.full> [πρόσβαση 19 Μαρτίου 2014]
- <http://www.inhealthcare.gr/article/el/agxos-kai-katathlipsi-se-omada-ilikiomenon-atomon-stin-koinotita> [πρόσβαση 8 Σεπτεμβρίου 2014]



- [http://wedo.ttp.eu/system/files/24171\\_WeDo\\_brochure\\_A4\\_48p\\_EL\\_WEB.pdf](http://wedo.ttp.eu/system/files/24171_WeDo_brochure_A4_48p_EL_WEB.pdf) [πρόσβαση 17 Απριλίου 2014]
- [http://users.uoi.gr/gramisar/kosmosergasias/autumnschool\\_anopedinon/magazine\\_kosmos%20ergasias.pdf](http://users.uoi.gr/gramisar/kosmosergasias/autumnschool_anopedinon/magazine_kosmos%20ergasias.pdf) [πρόσβαση 17 Απριλίου 2014]
- <http://www.vnsny.org/advantage/communities.html> [πρόσβαση 15 Μαρτίου 2014]
- [http://www.equal-krikos.gr/documents/koinonikes\\_epixeiriseis\\_kritis.pdf](http://www.equal-krikos.gr/documents/koinonikes_epixeiriseis_kritis.pdf) [πρόσβαση 8 Μαΐου 2014]
- [http://www.eetaa.gr/kallikratis/support/Apofaseis/Fek\\_1292B\\_11082010.pdf](http://www.eetaa.gr/kallikratis/support/Apofaseis/Fek_1292B_11082010.pdf) [πρόσβαση 2 Μαρτίου 2014]
- <http://www.dokappam.gr/> [πρόσβαση 22 Μαρτίου 2014]
- <http://www.gazi.gov.gr/> [πρόσβαση 12 Απριλίου 2014]
- [www.hape.gr/emag.asp](http://www.hape.gr/emag.asp) [9 Απριλίου 2014]
- <http://archive.avgi.gr/ArticleActionshow.action?articleID=534606> [2 Οκτωβρίου 2014]

#### Επιστημονικά περιοδικά

- Βιολάκη-Παρασκευά Μ. (1989) «Τρίτη Ηλικία». *Πρακτικά Πανελλήνιο Συνέδριο Γηροντολογίας-Γηριατρικής*, Αθήνα 8-9/12/89, σελ. 11-14.
- Έμκε-Πουλοπούλου, Η.(1999) «Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν» και Μωυσίδης, Α., Ανθόπουλος, Θ., Ντύκεν, Ν. (2002) «Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο. Συνθήκες Διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού». Μελέτη περίπτωσης σε δυο κοινότητες. Αθήνα: Gutenberg.
- Θεοδωράκης, Π.(2006) «Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας». Στο Σουλιώτης, Κ. (επιμ.) *Πολιτική και Οικονομική Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.
- Κουκιά, Ε. (2002) «Η αναγνώριση της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας». *Νοσηλευτική*. 2. 163-168.
- Λιόνης, Χρ. (1992) «Γενική Ιατρική και στρατηγική ανάπτυξη». *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, τεύχος 3, σ. 113-114
- Μοσιάλος, Η.,Μ Δαρβέσης. Θ., Γρηγοριάδου, Α., Κατσουγιαννόπουλος, Β. (1992). «Ιδιωτικές δαπάνες υγείας υπερηλίκων στην Ελλάδα». *Επιστημονική Επετηρίδα του Τμήματος Ιατρικής Α.Π.Θ.*, 191, 123-128
- Παράσχος, Ι.Α. (1998) «Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Το πρόβλημα της υποανάγνωσης». 9. 113-118

- Στασινοπούλου, Ο. (1992) «Άτυπα δίκτυα φροντίδας». *Εκλογή* 93:2: 109- 122.
- Χαραλάμπους, Π., Κλεισιάρης, Χ. «Η Συνεισφορά της αγωγής υγείας στην ψυχική υγεία: μια βιβλιογραφική ανασκόπηση». *Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*

### Ξενόγλωσσα

- Arling G. (1987). «Strain, social support and distress in old age». *Gerontology*, 42, 107-113.
- Arvaniti, A. , Livaditis, M. , Kaniotis, E, Davis, E. , Samakouri, M. And Xenitidis, K. (2005) «Mental health problems in the elderly in residential care in Greece- A pilot study». *Aging and Mental Health*, 9, 142-145.
- Beck, A.T. (1987) «Cognitive models of depression. Journal of cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1, 5, 37».
- Butler R.N. (1974) «Successful aging and the role of life review». *Journal of the American Geriatrics Society* 22. 529-535.
- Byrne, DG. (1982) «Psychological response to illness and outcome after survived myocardial infarction: A long-term follow up». *J Psychosom Res* 26: 105-112.
- Byrne, J.A. G. (2002) «What happens to anxiety disorders in later life?» *Rev Bras Psiquiatr*, 24, 74-80.
- Evans , D.A, Beckett, L.A., Albert, M.S., Herbert, L.E., Scherr, P.A., Funkenstein, H.H., & Taqylor, J.O. (1993) «Level of education and change in cognitive function in a community population of older persons». *Annals of Epidemiology*, 3, 71-77.
- Flint, A.J. (1994) «Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly». *Am J psychiatry*, 15: 640-9.
- Goicoechea, J. (1995) “ *General Practice and Primary Health Care: A policy decision*», «Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και Γενική Ιατρική στην Ελλάδα». *Ακαδημία επαγγελματιών Υγείας*, Πάτρα, 27-28 Απριλίου.
- Hoeymans, N., Feskens, E., Van Den Bos, G., & Kromhout, D. (1996) «Measuring function status: cross- sectional and longitudinal associations between performance and self- reports» (Zupthen Elderly Study 1990-1993). *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(10), 1103-1110.

- Hoeymans, N., Wouters, E., Feskens, E., Van den Bos, G., & Kromhout, D. (1997). «Reproducibility of performance- based and self- reported measures of functional status». *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 52A (6), M363-M368.
- Hornquist, J.O. (1982) «The concept of quality of life». *Scand Journal of Social Medicine*, 10: 57-61.
- Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. (1985) «Measuring health status: A new tool for clinicians and epidemiologists». *J Roy Coll Sen Pract*, 35:185- 188
- Imms, F.J., & Edholm, O.G. (1981) «Studies of gait and mobility in the elderly». *Age and Ageing*, 10(3), 147-156.
- Jones. R.V.H (1993), «Το περιεχόμενο της γενικής Ιατρικής». *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, τομ. 5, τχ. 1, σ.2-4.
- Katz ST, Ford AB, Mosowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW (1963), «Studies of illness in the aged». *JAMA*, 185Q 914-919.
- Katz, S., Down, T .D, Cash, H.R., Grotz R.C.,1970 «Progress in the Development on the Index of ADL». *Gerodologist*: 10, 20-30.
- Lamau, L. (1992) «The Idea of Quality of life in the Health Field». *The Quality of life in the Mediterranean Countries, Fist Mediterranean Meeting in Bioethics, Instituto Siciliano di Bioetica*, 47-68.
- Lawton, M.P. , and Brody, E.M., 1969. «Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living». *Gerontologist* 9, 179-186), (Theotoka, I., Kapaki, E., Vagenas, V. , Ilias, I. ,Paraskeyas, GP., Liappas, I. (2007) «Preliminary report of a validation study of Instrumental Activities of Daily Living in a Greek sample». *Percept Mot Skills Jun*, 104(30, 958-60).
- Lewis, F.M. (1982) «Experienced personal control and quality of life in late stage cancer patients». *Nursing Research*, 31: 113-119.
- Manthorpe. J. & Iliffe, S. (2010) «Suicide in later life: public health and practitioner perspectives». *Int J Geriatr Psychiatry*: 25:1230-8.
- Mayon, R. , Foster, A. , Williamson, B.(1978) «Psychosocial adjustment in patients one year after myocardial infarction». *J. Psychosom Res* 22:447-453
- Murphy, E. (1982) «Social origins of depression in old age». *British J. Psychiatry*, 141,135-142.

- Neugarten, B.L. & Weinstein, K.K.(1994) «*The changing American grandparent*». *Journal of Marriage and the Family*. 26, 199-204.
- Orem DE: *Nursing: concepts of practice*, ed 5, st. Louis, 1995, Mosby.
- Osternam, H. (1986) «In: *Nursing Future: Establishing adult, day health centers*». *Nursing Management*, 17:50.
- Rodin, J., & Salovey, P.(1989) «Health psychology». *Annual Review of Psychology*, 40, 533-579.
- Roth M, Iverson L(1986), «Alzheimer's Disease». *Br Med Bulletin* 42(1):42-50.
- Souliotis, K. , Lionis, C. (2005) «Creating an intergraded health care system: A primary care perspective». *Med Sgs* , 29(2):187-196
- Tinetti, M.E. (1986) «Performance- oriented assessment of mobility problems in elderly patients». *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 119-126.
- World Health Organization: «A discussion document on the concept and principles of health promotion». *Health Promotion* 1:73-768, 1986.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

**1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ**

**2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**3. ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

**4. 1.5.1. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟΝ  
ΕΥΡΩΠΑΙΚΟ ΧΑΡΤΗ**

**5. 1.5.2. ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗ  
ΔΙΕΘΝΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΤΗΣ ΓΗΡΑΝΣΗΣ-ΔΙΑΚΗΡΥΞΗ ΓΙΑ ΤΑ  
ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

## 1. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

### ❖ ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΤΖ (ADL)

#### **Μπάνιο (μπανιέρα ή ντους)**

- Δεν χρειάζεται καμία βοήθεια  1  
Χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο για κάποια μέρη του σώματος  0,5  
Εξαρτημένος  0

#### **Ντύσιμο**

- Διαλέγει τα ρούχα του και ντύνεται χωρίς καμία βοήθεια  1  
Διαλέγει τα ρούχα του και ντύνεται χωρίς καμία βοήθεια εκτός από το να δέσει τα παπούτσια του  0,5  
Εξαρτημένος  0

#### **Τουαλέτα**

- Πηγαίνει στην τουαλέτα, πλένεται και τακτοποιεί τα ρούχα του χωρίς καμία βοήθεια  1  
Χρειάζεται βοήθεια για να πάει τουαλέτα, να πλυθεί και να τακτοποιήσει τα ρούχα του  0,5  
Εξαρτημένος  0

#### **Μετακίνηση**

- Σηκώνεται και κάθεται από το κρεβάτι ή την καρέκλα χωρίς καμία βοήθεια  1  
Χρειάζεται βοήθεια για να σηκωθεί ή να καθίσει σε κρεβάτι ή καρέκλα  0,5  
Εξαρτημένος  0

#### **Ακράτεια**

- Ελέγχει πλήρως την ούρηση και την κένωση των εντέρων  1  
Περιστασιακά ατυχήματα  0,5  
Εξαρτημένος  0

#### **Τροφή**

- Μπορεί να φάει μόνος του χωρίς καμία βοήθεια  1  
Μπορεί να φάει μόνος του αλλά χρειάζεται βοήθεια για να κόψει το κρέας ή να αλείψει βούτυρο στο ψωμί του  0,5  
Χρειάζεται βοήθεια για να φάει η τρέφεται μερικώς ή ολικώς με υγρά (ενδοφλέβια ή με σύριγγα)  0

❖ ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ (IADL)

**A. Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου**

0	Δεν εκτιμάται
1	Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς
2	Παίρνει λίγα πολύ γνωστά τηλέφωνα
3	Απαντά στο τηλέφωνο αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα
4	Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο

**B. Ικανότητα για ψώνια**

0	Δεν εκτιμάται
1	Αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ψώνια μόνος/η του/της
2	Ψωνίζει αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του
3	Συνοδεύει απλώς για ψώνια
4	Δεν πάει καθόλου για ψώνια

**Γ. Προετοιμασία γευμάτων**

0	Δεν εκτιμάται
1	Σχεδιάζει, ετοιμάζει, και σερβίρει επαρκή γεύματα
2	Προετοιμάζει επαρκή γεύματα αν υπάρχουν τα απαραίτητα
3	Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα αλλά δεν διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής
4	Χρειάζεται να του/ της ετοιμάσουν και να του/της σερβίρουν γεύματα

**Δ. Νουκοκυριό**

0	Δεν εκτιμάται
1	Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος –η με περιστασιακή βοήθεια (για τις βαριές δουλειές)
2	Κάνει τις καθημερινές δουλειές όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο των κρεβατιών
3	Κάνει τις καθημερινές δουλειές αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας
4	Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού
5	Δε συμμετέχει σε καμιά από τις δουλειές του σπιτιού

**Ε. Πλύσιμο**

0	Δεν εκτιμάται
1	Πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνος του/της
2	Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, όπως κάλτσες
3	Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους

**ΣΤ Τρόποι μεταφοράς**

0	Δεν εκτιμάται
1	Μετακινείστε μόνος –η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του/της αυτοκίνητο
2	Οργανώνει τα ταξίδια του/της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς
3	Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους
4	Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με την βοήθεια άλλου
5	Δεν ταξιδεύει καθόλου

### **Z Υπευθυνότητα για τα φάρμακα του**

0	Δεν εκτιμάται
1	Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακα του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο
2	Παίρνει τα φάρμακα του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις
3	Δεν είναι ικανός-η να πάρει τα φάρμακα του

### **H. Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα**

0	Δεν εκτιμάται
1	Διαχειρίζεται μόνος του/της τα οικονομικά του/της (κονδυλιά, γράφει επιταγές, πληρώνει το ενοίκιο, λογαριασμούς, πηγαίνει στην τράπεζα), μαζεύει και διατηρεί οικονομίες από το εισόδημα
2	Τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές
3	Ανίκανος-η να διαχειρίζεται χρήματα

### **❖ ΓΕΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Η κλίμακα GHO 12 μετρά την τρέχουσα υγεία του ατόμου.

Εξετάζει γενικό επίπεδο ευζωίας, εμπειρία καταθλιπτικών, συμπτωμάτων ανησυχίας, διαταραχών ύπνου κατά την διάρκεια των τελευταίων 4 εβδομάδων.

Ανιχνεύει κατάθλιψη, αγχώδη διαταραχή, κοινωνική δυσλειτουργία, έλλειψη αυτοπεποίθησης

- **Σταθμισμένο,**
- **ειδικό για πρωτοβάθμια.**

**Τον τελευταίο καιρό:**

**1. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή είσαστε ανήσυχος;**

Καθόλου όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως  
μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως

**2. Έχετε αισθανθεί ότι βρίσκεστε συνεχώς σε υπερένταση;**

Καθόλου όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως  
μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως

**3. Καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνετε;**

καλύτερα απ' ό,τι συνήθως το ίδιο όπως συνήθως  
λιγότερο απ' ό,τι συνήθως πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως





### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

καθόλου	0	0
όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	0	1
μáλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	1	2
πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	1	3
	12	36

>4 ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΜΕ ΑΝΩΤΑΤΟ  
ΤΟ 12

>12 ΥΨΗΛΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΑΝΗΣΥΧΙΑΣ ΜΕ ΑΝΩΤΑΤΟ  
ΤΟ 36

**Όσο υψηλότερη είναι η επίδοση του ερωτώμενου τόσο χαμηλότερο είναι το επίπεδο της υγείας του**

## **2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

**Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ**

**Σ.Ε.Υ.Π.**

**ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.**

*Assessing older people's functional ability and  
provision of municipal care and services<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> *Functional ability was covered by the Katz ADL-index, IADL and PADL variables are commonly known as the 'ADL-staircase'*

## Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### Α1. Φύλο

1  Άνδρας 2  Γυναίκα

### Α2. Ηλικία

1  55-57 2  58-65 3  65-68 4  69-73 5  74-78 6  79-84

7  85-90

### Α3. Οικογενειακή κατάσταση

1  Άγαμος/ η 2  Έγγαμος/ η 3  Σε διάσταση 4  Διαζευγμένος/ η

5  Χήρος/ α

### Α4. Μορφωτικό επίπεδο

1  Αναλφάβητος 2  Απόφοιτος Δημοτικού 3  Απόφοιτος Γυμνασίου

4  Απόφοιτος Λυκείου

5  Απόφοιτος ΤΕΙ/ΑΕΙ 6  Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό

### Α5. Ασφαλιστικό ταμείο

1  ΟΓΑ 2  ΙΚΑ 3  ΟΑΕΕ 4  ΔΗΜΟΣΙΟΥ 5  ΑΛΛΟ

### Α6. Οικονομική κατάσταση

1  Πολύ Καλή 2  Καλή 3  Μέτρια 4  Κακή

### Α7. Κατοικία

1  Ιδιότητα 2  Ενοικιαζόμενη 3  Φιλοξενήστε 4  Άλλο

### Α8. Συμβιώνετε με κάποιον στο σπίτι;

1  Όχι 2  Ναι 3  Δεν γνωρίζω

Αν απαντήσατε Όχι στην ερώτηση Α8 πηγαίνετε στην ερ. Β1.

**A9. Με ποιους από τους παρακάτω συμβιώνετε; (Επιλέξτε πάνω από ένα)**

- 1  Σύζυγο / σύντροφο    2  Παιδιά / νύφη / γαμπρός    3  Αδέρφια / Πεθερά / πεθερός
- 4  Άλλος συγγενής    5  Άλλο πρόσωπο    6  Δεν γνωρίζω

**A10. Αυτοί που συμβιώνετε λαμβάνουν Υπηρεσίες Κοινωνικής Φροντίδας;**

- 1  Όχι    2  Ναι    3  Δεν γνωρίζω

**A11. Αυτοί που συμβιώνετε λαμβάνουν ιατρική φροντίδα σήμερα (Επιλέξτε πάνω από ένα)**

- 1  Ιατρική περίθαλψη    2  Χειρουργική περίθαλψη    3  Ορθοπαιδική περίθαλψη
- 4  Γενική Νοσηλευτική (έλεγχος πίεσης, σακχάρου, συνοδεία σε νοσοκομειακούς χώρους, θεώρηση βιβλιαρίων)
- 5  Ψυχιατρική περίθαλψη    6  Αποκατάσταση    7  Άλλου είδους περίθαλψη

<b>B.1 Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες φροντίδας λαμβάνετε;</b>		Όχι 1	Ναι 2	Δεν Γνωρίζω 3
<b>B.1.1</b>	Κατ 'οίκον φροντίδα από πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι			
<b>B.1.2</b>	Κατ 'οίκον ατομική φροντίδα εκτός προγραμμάτων από επί πληρωμή φροντιστή			
<b>B.1.3</b>	Κατ 'οίκον φροντίδα τα βράδια (έως τις 9.00μμ)			
<b>B.1.4</b>	Κατ 'οίκον φροντίδα την νύχτα (μετά τις 9.00μμ)			
<b>B.1.5</b>	Διανομή γευμάτων/έτοιμο μαγειρεμένο φαγητό			
<b>B.1.6</b>	Συνοδεία			
<b>B.1.7</b>	Φροντίδα για άνοια από την κοινότητα			
<b>B.1.8</b>	Επίδομα ειδικής φροντίδας σε οικογένεια ή συγγενείς			
<b>B.1.9</b>	Οι κοντινοί άνθρωποι ( γείτονες, φίλοι) απασχολούνται άτυπα ως φροντιστές			
<b>B.1.10</b>	Συναγερμός τοποθετημένος στο σώμα του ηλικιωμένου που ειδοποιεί σε περίπτωση κινδύνου			
<b>B.1.11</b>	Διαμονή για μικρό διάστημα σε μονάδα φροντίδας			

<b>B.1.12</b>	Άλλου είδους φροντίδας (Κ.Η.Φ.Η., Οίκοι Ευγηρίας)			
---------------	---	--	--	--

## **B. ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΜΕ ΤΙΣ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ(60+)**

### **B1. ΧΡΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ**

### **B2. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΒΟΗΘΕΙΑΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ**

<b>B2. Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες του προγράμματος στο σπίτι κάνετε χρήση;</b>		Όχι 1	Ναι 2	Δεν Γνωρίζω 3
<b>B.2.1</b>	Οικογενειακή Βοηθός			
<b>B.2.2</b>	Συνοδεία σε υπηρεσίες			
<b>B.2.3</b>	Παροχή φροντίδας, συμβουλευτικής από Κοινωνικό Λειτουργό			
<b>B.2.4</b>	Γενική νοσηλευτική (έλεγχος πίεσης, σακχάρου, συνοδεία σε νοσοκομειακούς χώρους, θεώρηση βιβλιαρίων)			
<b>B.2.5</b>	Εξειδικευμένη περίθαλψη στο σπίτι			

### **B 3. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

<b>B.3 Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης έχετε κάνει χρήση;</b>		Όχι 1	Ναι 2	Δεν Γνωρίζω 3
<b>B.3.1</b>	Κατ 'οίκον ημερήσια υγειονομική περίθαλψη			
<b>B.3.2</b>	Κατ 'οίκον βραδινή υγειονομική περίθαλψη			
<b>B.3.3</b>	Κατ 'οίκον νυχτερινή υγειονομική περίθαλψη			
<b>B.3.4</b>	Ειδική νοσηλευτική (φυσιοθεραπεία, κινησιοθεραπεία, φροντίδα των άκρων)			
<b>B.3.5</b>	Προηγμένες ιατροφαρμακευτικές τεχνολογίες χρησιμοποιούνται (ρινογαστρικός καθετήρας, φλεβοκαθετήρας, συμπυκνωτές οξυγόνου)			
<b>B.3.6</b>	Ο ασθενής πάσχει από σοβαρή σωματική ασθένεια (ακρωτηριασμός άκρου, μόνιμη παράλυση, νεφρική ανεπάρκεια, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη)			
<b>B.3.7</b>	Δραστηριότητες βασισμένες σε ομάδες πχ. Ανοϊκών στο ΚΑΠΗ			
<b>B.3.8</b>	Ο ασθενής είναι εγγεγραμμένος για ειδική ιατρική φροντίδα πχ. για αλλαγή ουροκαθετήρα, ή έλεγχο πήκτικότητας αίματος με συχνές εργαστηριακές εξετάσεις			

### **B 4. ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

<b>B.4 Ποιες υπηρεσίες αποκατάστασης χρησιμοποιείται;</b>		Όχι 1	Ναι 2	Δεν Γνωρίζω 3
<b>B.4.1</b>	Αποκατάσταση στο χώρο διαμονής από φυσιοθεραπευτή			
<b>B.4.2</b>	Αποκατάσταση στο χώρο διαμονής από εργοθεραπευτή			
<b>B.4.3</b>	Αποκατάσταση εκτός χώρου διαμονής από φυσιοθεραπευτή			
<b>B.4.4</b>	Αποκατάσταση εκτός χώρου διαμονής από εργοθεραπευτή			

## **B 5. ΒΟΗΘΗΜΑΤΑ**

<b>B.5 Χρησιμοποιείται κάποια από τα παρακάτω βοηθήματα;</b>		Όχι 1	Ναι 2	Δεν Γνωρίζω 3
<b>B.5.1</b>	Μετακίνηση (μπαστούνια, περιπατητές, δεκανίκια, περιπατητές)			
<b>B.5.2</b>	Μετακίνηση (αναπηρική καρέκλα, ανελκυστήρας)			
<b>B.5.3</b>	Βοηθήματα για την προσωπική φροντίδα ( ντύσιμο/ξέντυμα, τουαλέτα, μπάνιο)			
<b>B.5.4</b>	Βοηθήματα για κάθισμα (ανύψωση της καρέκλας, ειδικά προσαρμοσμένη καρέκλα)			
<b>B.5.5</b>	Κρεβάτι (ρυθμιζόμενο στρώμα, κρεβάτι με ανελκυστήρα, στηρίγματα για τα σκεπάσματα, ρυθμιζόμενη πλάτη κρεβατιού και υποπόδιο, προστατευτικά κάγκελα, μπάρες ανύψωσης, τάκοι ανύψωσης κρεβατιού )			
<b>B.5.6</b>	Βοηθήματα όρασης (απλοί μεγεθυντικοί φακοί, τηλεσκοπικά συστήματα, ηλεκτρονικά βοηθήματα νέας τεχνολογίας)			
<b>B.5.7</b>	Βοηθήματα βαρηκοΐας			
<b>B.5.8</b>	Βοηθήματα ακράτειας (επίστρωμα ακράτειας, πάνες,υποσέντονα επιθέματα,σερβιέτες )			
<b>B.5.9</b>	Άλλο			

## **Γ . ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

### **Γ 1. ΒΑΘΜΟΣ ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

<b>Γ.1 Ποια από τα παρακάτω έγιναν για την πιο εύκολη διαβίωση σας;</b>		Όχι 1	Ναι 2	Δεν γνωρίζω 3
<b>Γ.1.1</b>	Έχουν αφαιρεθεί σκαλοπάτια			
<b>Γ.1.2</b>	Το αναπηρικό καροτσάκι έχει πρόσβαση στο μπάνιο			
<b>Γ.1.3</b>	Η μπανιέρα αντικαταστήθηκε με ντους			

<b>Γ.1.4</b>	Αυτόματο σύστημα σβησίματος θερμοστρών/σόμπας			
<b>Γ.1.5</b>	Συναγερμός (να ανήκει στην κατοικία)			
<b>Γ.1.6</b>	Ασανσέρ στην κατοικία ( διώροφο, μονοκατοικία)			

**Γ2. ΕΙΔΟΣ ΣΠΙΤΙΟΥ** <sup>1</sup>  Ισόγειο <sup>2</sup>  Οροφος

**Γ.3 ΕΙΔΟΣ ΘΕΡΜΑΝΣΗΣ**

<sup>1</sup>  Αυτόνομη <sup>2</sup>  Κεντρική <sup>3</sup>  Τζάκι <sup>4</sup>  Γκάζι <sup>5</sup>  Ξυλόσομπα <sup>6</sup>  Σόμπα πετρελαίου

**Γ4. Η ΤΟΥΑΛΕΤΑ ΒΡΙΣΚΕΤΕ** <sup>1</sup>  Εντός σπιτιού <sup>2</sup>  Εκτός σπιτιού

## Γ 5. ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ

<b>Γ5. Με βάση την κατάσταση υγείας του ατόμου απαντήστε για την επάρκεια της κατοικίας σε:</b>		Όχι <sup>1</sup> 1	Ναι <sup>2</sup>	Δεν γνωρίζω <sup>3</sup>
<b>Γ.5.1</b>	Ασανσέρ και ράμπα για άτομα με ανάγκη χρήσης αναπηρικής πολυθρόνας			
<b>Γ.5.2</b>	Ασανσέρ, λίγα σκαλοπάτια για άτομα με σοβαρά κινητικά προβλήματα, αλλά που δεν υποχρεώνονται σε χρήση αναπηρικής πολυθρόνας			
<b>Γ.5.3</b>	Ασανσέρ, λίγα σκαλοπάτια το πολύ διώροφη κατοικία για άτομα με μόνο ελαφριές κινητικές αναπηρίες, που δεν υποχρεώνονται σε χρήση αναπηρικής πολυθρόνας			
<b>Γ.3.4</b>	Άτομα χωρίς κινητικά προβλήματα			

## Δ. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥΣ

### Δ 1. ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ

(ΚΑΙΜΑΚΑ ΑΥΤΟΝΟΜΙΑΣ ΣΕ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΑΤΖ (ADL))

<b>Δ.1.1. Μπάνιο (μπανιέρα ή ντους)</b>			
Δ.1.1.1	Δεν χρειάζεται καμία βοήθεια	<input type="checkbox"/>	1
Δ.1.1.2	Χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο για κάποια μέρη του σώματος	<input type="checkbox"/>	0,5
Δ.1.1.3	Εξαρτημένος	<input type="checkbox"/>	0



<b>Δ.1.2. Ντύσιμο</b>			
Δ.1.2.1	Διαλέγει τα ρούχα του και ντύνεται χωρίς καμία βοήθεια	<input type="checkbox"/>	1
Δ.1.2.2	Διαλέγει τα ρούχα του και ντύνεται χωρίς καμία βοήθεια εκτός από το να δέσει τα παπούτσια του	<input type="checkbox"/>	0,5
Δ.1.2.3	Εξαρτημένος	<input type="checkbox"/>	0

<b>Δ.1.3. Τουαλέτα</b>			
Δ.1.3.1	Πηγαίνει στην τουαλέτα, πλένεται και τακτοποιεί τα ρούχα του χωρίς καμία βοήθεια	<input type="checkbox"/>	1
Δ.1.3.2	Χρειάζεται βοήθεια για να πάει τουαλέτα, να πλυθεί και να τακτοποιήσει τα ρούχα του	<input type="checkbox"/>	0,5
Δ.1.3.3	Εξαρτημένος	<input type="checkbox"/>	0

<b>Δ.1.4. Μετακίνηση</b>			
Δ.1.4.1	Σηκώνεται και κάθεται από το κρεβάτι ή την καρέκλα χωρίς καμία βοήθεια	<input type="checkbox"/>	1
Δ.1.4.2	Χρειάζεται βοήθεια για να σηκωθεί ή να καθίσει σε κρεβάτι ή καρέκλα	<input type="checkbox"/>	0,5
Δ.1.4.3	Εξαρτημένος	<input type="checkbox"/>	0

<b>Δ.1.5. Ακράτεια</b>			
Δ.1.5.1	Ελέγχει πλήρως την ούρηση και την κένωση των εντέρων	<input type="checkbox"/>	1
Δ.1.5.2	Περιστασιακά ατυχήματα	<input type="checkbox"/>	0,5
Δ.1.5.3	Εξαρτημένος	<input type="checkbox"/>	0

<b>Δ.1.6. Τροφή</b>			
Δ.1.6.1	Μπορεί να φάει μόνος του χωρίς καμία βοήθεια	<input type="checkbox"/>	1
Δ.1.6.2	Μπορεί να φάει μόνος του αλλά χρειάζεται βοήθεια για να κόψει το κρέας ή να αλείψει βούτυρο στο ψωμί του	<input type="checkbox"/>	0,5
Δ.1.6.3	Χρειάζεται βοήθεια για να φάει η τρέφεται μερικώς ή ολικώς με υγρά (ενδοφλέβια ή με σύριγγα)	<input type="checkbox"/>	0

## **Δ.2. ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΣΕ ΣΥΝΘΕΤΕΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ**

**ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΣΥΝΘΕΤΩΝ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗΣ ΖΩΗΣ (IADL)**

### **Δ.2.1 Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου**

Δ.2.1.1.	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.1.2	Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς	1
Δ.2.1.3	Παίρνει λίγα πολύ γνωστά τηλέφωνα	2
Δ.2.1.4	Απαντά στο τηλέφωνο αλλά δεν παίρνει τηλέφωνα	3
Δ.2.1.5	Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο	4

#### **Δ.2.2. Ικανότητα για ψώνια**

Δ.2.2.1.	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.2.2	Αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ψώνια μόνος/η του/της	1
Δ.2.2.3	Ψωνίζει αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του	2
Δ.2.2.4	Συνοδεύει απλώς για ψώνια	3
Δ.2.2.5	Δεν πάει καθόλου για ψώνια	4

#### **Δ.2.3 Προετοιμασία γευμάτων**

Δ.2.3.1	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.3.2	Σχεδιάζει, ετοιμάζει, και σερβίρει επαρκή γεύματα	1
Δ.2.3.3	Προετοιμάζει επαρκή γεύματα αν υπάρχουν τα απαραίτητα	2
Δ.2.3.4	Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα ή ετοιμάζει γεύματα αλλά δεν διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής	3
Δ.2.3.5	Χρειάζεται να του/ της ετοιμάσουν και να του/της σερβίρουν γεύματα	4

#### **Δ.2.4. Νοικοκυριό**

Δ.2.4.1	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.4.2	Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος –η με περιστασιακή βοήθεια (για τις βαριές δουλειές)	1
Δ.2.4.3	Κάνει τις καθημερινές δουλειές όπως το πλύσιμο των πιάτων ή το στρώσιμο των κρεβατιών	2
Δ.2.4.4	Κάνει τις καθημερινές δουλειές αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει ένα αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας	3
Δ.2.4.5	Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού	4
Δ.2.4.6	Δε συμμετέχει σε καμιά από τις δουλειές του σπιτιού	5

#### **Δ.2.5. Πλύσιμο**

Δ.2.5.1	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.5.2	Πλένει τα προσωπικά του ρούχα μόνος του/της	1
Δ.2.5.3	Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης, όπως κάλτσες	2
Δ.2.5.4	Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους	3

#### **Δ.2.6. Τρόποι μεταφοράς**

Δ.2.6.1	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.6.2	Μετακινείστε μόνος –η με μέσα μαζικής μεταφοράς ή οδηγεί το δικό του/της αυτοκίνητο	1
Δ.2.6.3	Οργανώνει τα ταξίδια του/της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί μέσα μαζικής μεταφοράς	2
Δ.2.6.4	Μετακινείται με μέσα μαζικής μεταφοράς όταν βοηθιέται ή συνοδεύεται από άλλους	3
Δ.2.6.5	Ταξιδεύει με ταξί ή αυτοκίνητο μόνο με την	4

	βοήθεια άλλου	
Δ.2.6.6	Δεν ταξιδεύει καθόλου	5

#### Δ.2.7. Υπευθυνότητα για τα φάρμακα του

Δ.2.7.1	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.7.2	Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακα του στη σωστή δόση και στο σωστό χρόνο	1
Δ.2.7.3	Παίρνει τα φάρμακα του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις	2
Δ.2.7.4	Δεν είναι ικανός-η να πάρει τα φάρμακα του	3

#### Δ.2.8 Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα

Δ.2.8.1	Δεν εκτιμάται	0
Δ.2.8.2	Διαχειρίζεται μόνος του/της τα οικονομικά του/της (πληρώνει το ενοίκιο, λογαριασμούς, πηγαίνει στην τράπεζα), μαζεύει και διατηρεί οικονομίες από το εισόδημα	1
Δ.2.8.3	Τα καταφέρνει στις καθημερινές συναλλαγές αλλά χρειάζεται βοήθεια για την τράπεζα, τις μεγάλες συναλλαγές	2
Δ.2.8.4	Ανίκανος-η να διαχειρίζεται χρήματα	3

### Δ 3. ΒΑΘΜΟΣ ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (ΓΕΝΙΚΑ)

**Δ.3.1. Κινητικές δυσκολίες** [Έχετε την ικανότητα να κινηθείτε σε εξωτερικούς/εσωτερικούς χώρους με ή χωρίς βοηθήματα;] Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

Δ.3.1.1	Μπορείτε να μετακινηθείτε χωρίς δυσκολία
Δ.3.1.2	Μπορείτε να μετακινηθείτε με βοηθήματα (μπαστούνι) και μπορείτε να ανεβείτε σκάλες με λίγα σκαλοπάτια
Δ.3.1.3	Μπορείτε να μετακινηθείτε στο εσωτερικό του σπιτιού με βοήθημα, αλλά δεν μπορείτε να τα καταφέρετε με σκαλοπάτια ούτε και να κυκλοφορήσετε έξω από το σπίτι. (Εδώ συμπεριλαμβάνεται η αναπηρική καρέκλα, αν το άτομο μπορεί να την κινεί μόνο του και να κάθεται και να σηκώνεται σε/από αυτήν)
Δ.3.1.4	Εξαρτώμενο άτομο από υποστήριξη, καθηλωμένο σε αναπηρική πολυθρόνα (δεν είναι σε θέση να την κινεί μόνο του, να κάθεται και να σηκώνεται σε/από αυτήν) ή κλινήρης
Δ.3.1.5	Δεν γνωρίζω

**Δ.3.2 Εκτός σπιτιού** [ Κάθε πότε βγαίνετε εκτός σπιτιού;] Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

Δ.3.2.1	Βγαίνετε από το σπίτι καθημερινά
Δ.3.2.2	Βγαίνετε από το σπίτι καθημερινά τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα
Δ.3.2.3	Βγαίνετε από το σπίτι σπανιότερα από μία φορά το μήνα
Δ.3.2.4	Δεν βγαίνετε ποτέ έξω
Δ.3.2.5	Δεν γνωρίζω

**Δ.3.3 Συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες** [Πόσο συχνά συμμετέχετε σε κοινωνικές δραστηριότητες;] Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

Δ.3.3.1	Συμμετέχετε καθημερινά
Δ.3.3.2	Συμμετέχετε τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα
Δ.3.3.3	Συμμετέχετε λιγότερο από μια φορά το μήνα
Δ.3.3.4	Δεν συμμετέχετε
Δ.3.3.5	Δεν γνωρίζω

**Δ.3.4 Γνωσιακή ανεπάρκεια** Κυκλώστε τη σωστή απάντηση.

Δ.3.4.1	Σας έχει συμβεί ποτέ να χάσετε τον προσανατολισμό σας σε οικείο μέρος; <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b> Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά;.....
Δ.3.4.2	Σας έχει συμβεί ποτέ να ξεχάσετε ονόματα ή τηλέφωνα οικείων προσώπων; <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b> Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά;.....
Δ.3.4.3	Σας έχει συμβεί ποτέ να ξεχάσετε γεγονότα του πρόσφατου παρελθόντος; <b>ΝΑΙ</b> <b>ΟΧΙ</b> Αν ΝΑΙ, πόσο συχνά;.....

**Δ.3.5. Αγχώδεις- καταθλιπτικές διαταραχές, διαταραχές ύπνου**

**Τον τελευταίο καιρό:**

**Δ.3.5.1. Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή είσαστε ανήσυχος;**

Δ.3.5.1.1	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.1.2.	όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.1.3	μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.1.4	πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.2. Έχετε αισθανθεί ότι βρίσκεστε συνεχώς σε υπερένταση;**

Δ.3.5.2.1	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.2.2.	όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.2.3	μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.2.4	πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.3. Καταφέρετε να συγκεντρωθείτε σε ό, τι κάνετε;**

Δ.3.5.3.1	καλύτερα απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.3.2	το ίδιο όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.3.3	λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.3.4	πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.4 Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε ένα χρήσιμο ρόλο;**

Δ.3.5.4.1	περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.4.2	το ίδιο όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.4.3	λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.4.4	πολύ λιγότερο χρήσιμο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.5 Καταφέρνετε να δείτε και να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;**

Δ.3.5.5.1	περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.5.2	το ίδιο όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.5.3	λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.5.4	πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.6 Αισθάνεστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;**

Δ.3.5.6.1	περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.6.2	το ίδιο όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.6.3	λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.6.4	πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.7 Αισθάνεστε ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;**

Δ.3.5.7.1	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.7.2	όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.7.3	μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.7.4	πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.8. Παρά τις δυσκολίες που πιθανόν να υπάρχουν αισθάνεστε ευτυχισμένος;**

Δ.3.5.8.1	περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.8.2	περίπου το ίδιο όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.8.3	λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.8.4	πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.9. Μπορείτε να χαρείτε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;**

Δ.3.5.9.1	περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.9.2	το ίδιο όπως συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.9.3	λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

Δ.3.5.9.4	πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------------	--------------------------

**Δ.3.5.10. Αισθάνεστε δυστυχισμένος και μελαγχολικός;**

Δ.3.5.10.1	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.10.2.	όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.10.3	μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.10.4	πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.11. Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;**

Δ.3.5.11.1	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.11.2.	όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.11.3	μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.11.4	πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.5.12. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτε;**

Δ.3.5.12.1	Καθόλου	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.12.2.	όχι περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.12.3	μάλλον περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>
Δ.3.5.12.4	πολύ περισσότερο απ' ό, τι συνήθως	<input type="checkbox"/>

**Δ.3.6 Ακράτεια ούρων** [Υποφέρετε απο ακράτεια ούρων; ακράτεια = ακούσια απώλεια ούρων; Η υγιεινή και οι επισκέψεις στη τουαλέτα δεν υπολογίζονται]. Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

Δ.3.6.1	Πλήρως εγκρατής
Δ.3.6.2	Εν μέρει εγκρατής δηλαδή αποτυγχάνετε λιγότερο από τις μισές φορές
Δ.3.6.3	Σοβαρή ακράτεια δηλαδή. Αποτυγχάνετε περισσότερο από τις μισές φορές αλλά όχι πάντα
Δ.3.6.4	Πλήρης ακράτεια δηλαδή πάντα να αποτυγχάνετε
Δ.3.6.5	Δεν γνωρίζω

**Δ.3.7 Καθετήρας** [Χρησιμοποιείτε καθετήρα;] Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

Δ.3.7.1	Δεν χρειάζεστε μόνιμα καθετήρα
Δ.3.7.2	Χρησιμοποιείτε μόνιμο καθετήρα ούρων, αλλάζετε μόνος/η την σακούλα;
Δ.3.7.3	Έχετε μόνιμο καθετήρα ούρων, χρειάζεστε βοήθεια με την αλλαγή της σακούλας;
Δ.3.7.4	4.Δεν γνωρίζω

**Δ.3.8 Ακράτεια κοπράνων** [Υποφέρετε απο ακράτεια κοπράνων](ακράτεια κοπράνων = ακούσια αφόδευση; Η υγιεινή, οι επισκέψεις στη τουαλέτα και η



Δ.3.13.5	Δεν γνωρίζω
----------	-------------

**Δ.3.14 Έχετε ανάγκη για επιπλέον επίβλεψη; Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

Δ.3.14.1	Όχι.
Δ.3.14.2	Ναι, εξ αιτίας του.....
Δ.3.14.3	Δεν γνωρίζω

**Δ.3.15 Υπάρχει κάτι για το οποίο χρειάζεστε ειδική ιατρική παρέμβαση; Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

Δ.3.15.1	Όχι.
Δ.3.15.2	Ναι, αν ναι, τι; ... ..
Δ.3.15.3	Δεν γνωρίζω

**Ε. ΑΝΑΓΚΗ ΓΙΑ ΕΙΔΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ**

**E.1 Χρησιμοποιείτε προηγμένη αγωγή πόνου με ενδοφλέβιες, επισκληρίδιο, αναλγητική αντλία;**

E.1.1	Όχι
E.1.2	Ναι
E.1.3	Δεν γνωρίζω

Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

**E.1.2 Χρησιμοποιείτε καθετήρα για την διατροφή σας; [κοιλιακή ή ρινική] Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

E.1.2.1	Δεν χρησιμοποιείτε καθετήρα
E.1.2.2	Χρησιμοποιείτε καθετήρα
E.1.2.3	Δεν γνωρίζω

**E.1.3 Τρέφεστε ενδοφλεβίως; Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

E.1.3.1	Δεν τρέφεστε ενδοφλεβίως
E.1.3.2	Τρέφεστε ενδοφλεβίως
E.1.3.3	Δεν γνωρίζω

**E.1.4 Ασκεείτε τεχνητή κάθαρση; [περιτοναϊκή κάθαρση ή αιμοκάθαρση] Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

E.1.4.1	Δεν ασκείτε τεχνητή κάθαρση
E.1.4.2	Ασκεείτε τεχνητή κάθαρση
E.1.4.3	Δεν γνωρίζω

**E.1.5 Κάνετε χρήση ενέσιμης θεραπείας Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

E.1.5.1	Δεν κάνετε χρήση ενέσιμης θεραπείας
E.1.5.2	Κάνετε ενέσιμη θεραπεία και το φροντίζει μόνος/η



E.1.5.3	Κάνετε ενέσιμη θεραπεία αντί χρήσης πόσιμων φαρμάκων
E.1.5.4	Κάνετε ενέσιμη θεραπεία με τη βοήθεια άλλου ατόμου
E.1.5.5	Δεν γνωρίζω

E.1.6 **Χρειάζεστε βοήθεια για την λήψη φαρμάκων;** Κυκλώστε την σωστή απάντηση.

E.1.6.1	Δεν παίρνετε φάρμακα
E.1.6.2	Διαχειρίζεστε μόνος/η τη λήψη φαρμάκων
E.1.6.3	Χρειάζεστε βοήθεια μόνο στο ξεχώρισμα των φαρμάκων
E.1.6.4	Χρειάζεστε βοήθεια για την λήψη φαρμάκων
E.1.6.5	Δεν γνωρίζω

E.1.7 **Χρησιμοποιείτε προγραμματιστές φαρμάκων;** Κυκλώστε τη σωστή απάντηση.

E.1.7.1	Όχι
E.1.7.2	Ναι
E.1.7.3	Δεν γνωρίζω

### **ΣΤ.ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΑΠΟ ΑΛΛΟ ΠΡΟΣΩΠΟ ΕΚΤΟΣ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ**

**ΣΤ 1. Ποιος βοηθά σε σταθερή βάση εκτός από το προσωπικό του δήμου με την καθαριότητα, τα ψώνια, την μεταφορά και το μαγείρεμα?** Σημειώστε όλες τις επιλογές που ισχύουν

		Δεν ισχύει 1	Καμία τέτοιου είδους βοήθεια 2	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα 3	Μία ή περισσότερες φορές την εβδομάδα 4	Κάθε μέρα 5	Δεν γνωρίζω 6
ΣΤ.1.1	Σύζυγος / σύντροφος						
ΣΤ.1.2	Παιδιά / κόρη / νύφη/γαμπρός						
ΣΤ.1.3	Αδέρφια /πεθερα/πεθερός						
ΣΤ.1.4	Άλλοι συγγενείς						
ΣΤ.1.5	Γείτονες (όχι συγγενείς)						
ΣΤ.1.6	Φίλοι (όχι συγγενείς)						
ΣΤ.1.7	Ιδιωτική βοήθεια με αμοιβή						
ΣΤ.1.8	Βοήθεια από συλλόγους/ εθελοντικές οργανώσεις						

**ΣΤ 2 Μένει το άτομο που σας βοηθάει στο ίδιο σπίτι; Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

ΣΤ.2.1	Όχι πλέον
ΣΤ.2.2	Όχι
ΣΤ.2.3	Ναι
ΣΤ.2.4	Δεν γνωρίζω

**ΣΤ 3. Ποιος βοηθά σε σταθερή βάση εκτός από το προσωπικό του δήμου με το μπάνιο, ντύσιμο, χρήση τουαλέτας, μετακίνηση και τροφή. Σημειώστε όλες τις επιλογές που ισχύουν**

		Δεν ισχύει 1	Καμία τέτοιου είδους βοήθεια 2	Λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα 3	Μία η περισσότερες φορές την εβδομάδα 4	Κάθε μέρα 5	Δεν γνωρίζω 6
ΣΤ.3.1	Σύζυγος / σύντροφος						
ΣΤ.3.2	Παιδιά / κόρη/ νύφη/γαμπρός						
ΣΤ.3.3	Αδέρφια /πεθερά /πεθερός						
ΣΤ.3.4	Άλλοι συγγενείς						
ΣΤ.3.5	Γείτονες (όχι συγγενείς)						
ΣΤ.3.6	Φίλοι (όχι συγγενείς)						
ΣΤ.3.7	Ιδιωτική βοήθεια με αμοιβή						
ΣΤ.3.8	Βοήθεια από συλλόγους/ εθελοντικές οργανώσεις						

**ΣΤ 4 Μένει το άτομο που σας βοηθάει στο ίδιο σπίτι; Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

ΣΤ 4.1	Όχι πλέον
ΣΤ 4.2	Όχι
ΣΤ 4.3	Ναι
ΣΤ 4.4	Δεν γνωρίζω

**ΣΤ.5 Κοινωνικές επαφές - Δέχετε επισκέψεις (εκτός των επισκέψεων του Νοσηλευτικού προσωπικού) και επισκέπτεστε άλλους; Κυκλώστε την σωστή απάντηση.**

ΣΤ. 5.1	Έχετε κοινωνικές επαφές καθημερινά
ΣΤ. 5.2	Έχετε κοινωνικές επαφές τουλάχιστον μία φορά την εβδομάδα
ΣΤ. 5.3	Έχετε κοινωνικές επαφές συχνότερα από μία φορά το μήνα
ΣΤ. 5.4	Δεν έχετε κοινωνικές επαφές
ΣΤ. 5.5	Δεν γνωρίζω

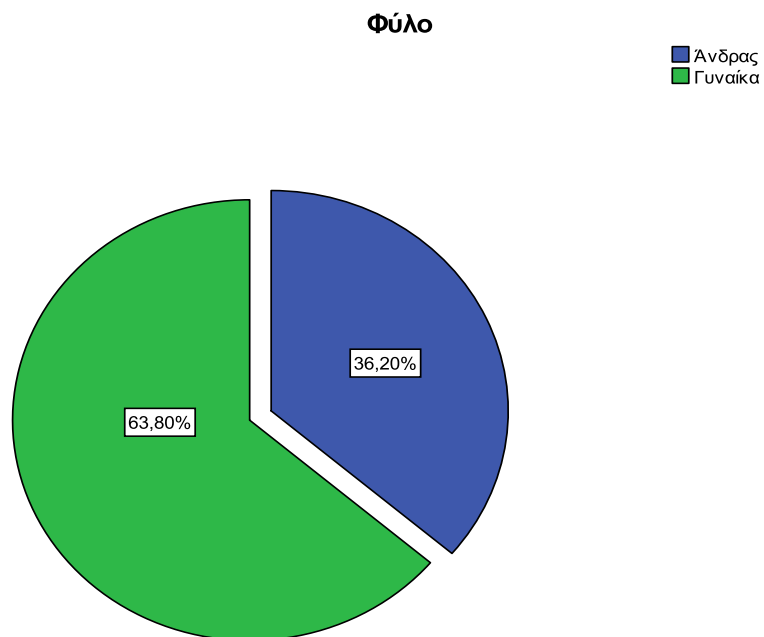
**ΣΤ. 6 ΧΡΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΟ ΚΑΠΗ**

<b>ΣΤ2.11 Ποιες από τις παρακάτω υπηρεσίες του ΚΑΠΗ κάνετε χρήση;</b>		<b>Όχι</b> 1	<b>Ναι</b> 2	<b>Δεν</b> <b>Γνωρίζω</b> 3
ΣΤ. 6.1	Κοινωνική υπηρεσία			
ΣΤ. 6.2	Φυσιοθεραπεία			
ΣΤ. 6.3	Ιατρείο			
ΣΤ. 6.4	Προγράμματα για νοητική ενδυνάμωση			
ΣΤ. 6.5	Ομάδες αυτενέργειας			
ΣΤ. 6.6	Οργανωμένη ψυχαγωγία			

### 3. ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

		Φύλο	
		Συχνότητα	Ποσοστά
Valid	Ανδρας	59	36,2
	Γυναίκα	104	63,8
Σύνολο		163	100,0

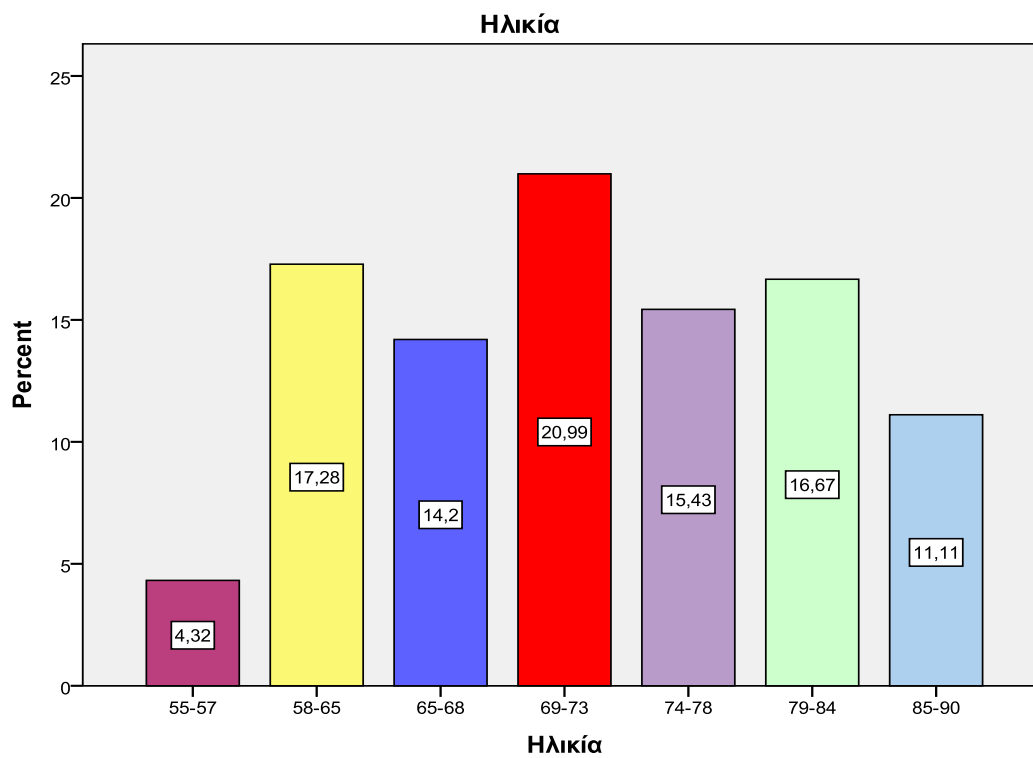
Πίνακας 1



**Ηλικία**

		Συχνότητα	Ποσοστό
Valid	55-57	7	4,3
	58-65	28	17,3
	65-68	23	14,2
	69-73	34	21,0
	74-78	25	15,4
	79-84	27	16,7
	85-90	18	11,1
	Σύνολο	162	100,0
Missing System		1	
Τελικό Σύνολο		163	

Πίνακας 2

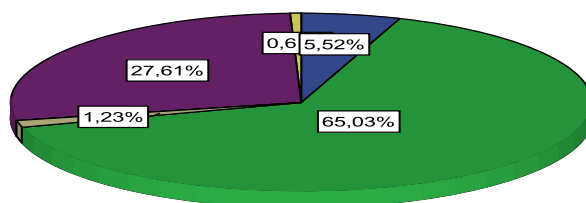
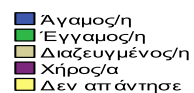


### Οικογενειακή κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό
Valid Άγαμος/η	9	5,5
Έγγαμος/η	106	65,0
Διαζευγμένος/η	2	1,2
Χήρος/α	45	27,6
Δεν απάντησε	1	,6
Σύνολο	163	100,0

Πίνακας 3

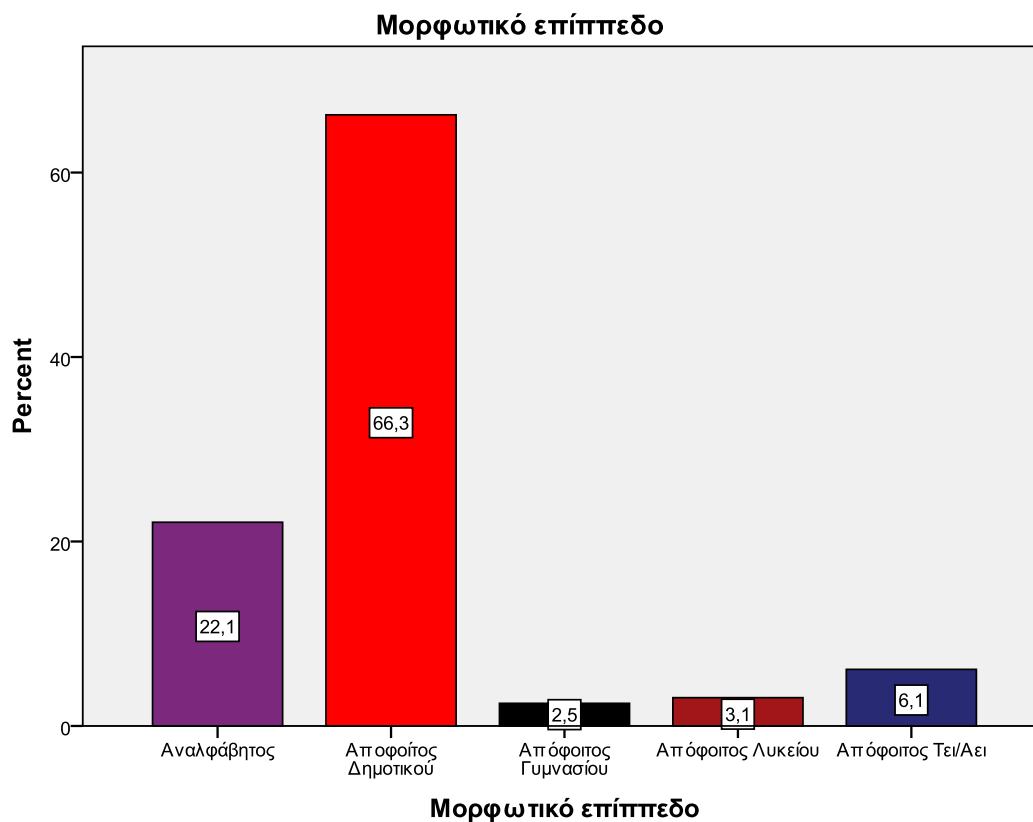
### Οικογενειακή κατάσταση



### Μορφωτικό επίπεδο

	Συχνότητα	Ποσοστό
Valid Αναλφάβητος	36	22,1
Απόφοιτος Δημοτικού	108	66,3
Απόφοιτος Γυμνασίου	4	2,5
Απόφοιτος Λυκείου	5	3,1
Απόφοιτος Τει/Αει	10	6,1
Σύνολο	163	100,0

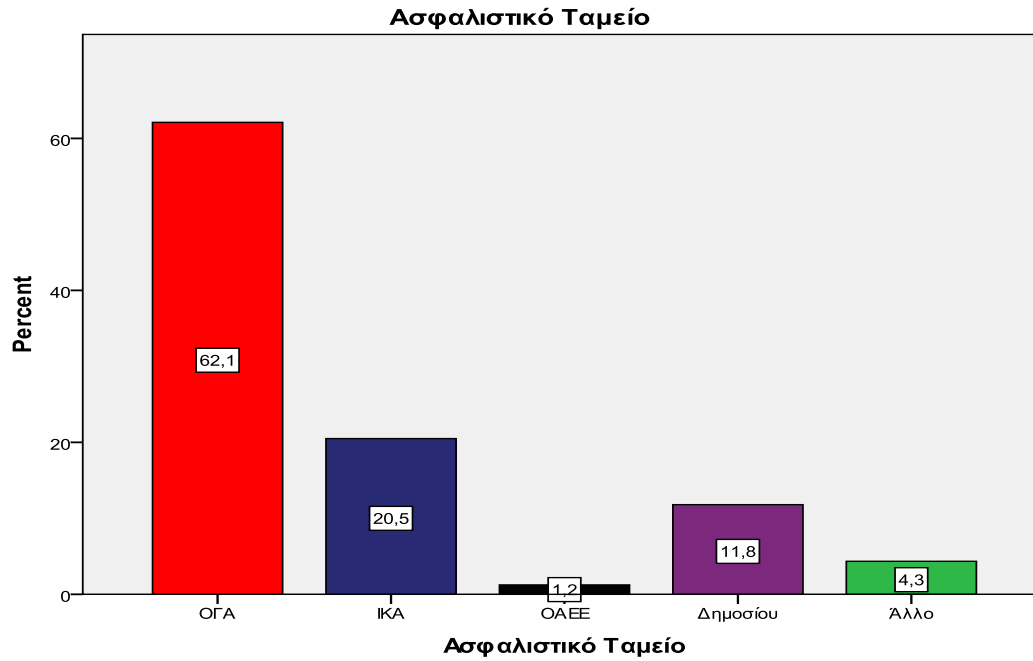
Πίνακας 4



**Ασφαλιστικό Ταμείο**

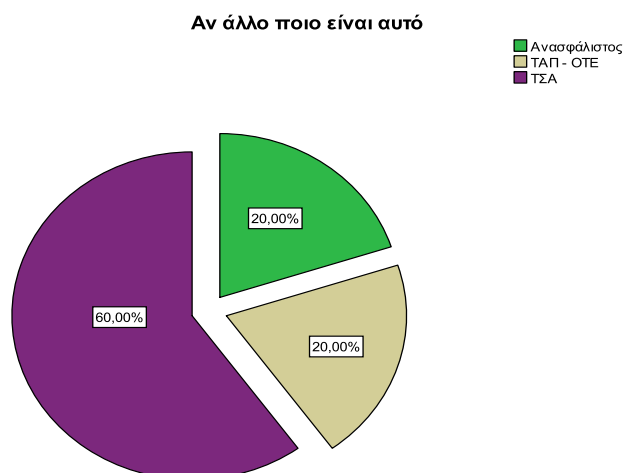
	Συχνότητα	Valid Percent
Valid ΟΓΑ	100	62,1
IKA	33	20,5
ΟΑΕΕ	2	1,2
Δημοσίον	19	11,8
Άλλο	7	4,3
Total	161	100,0
Missing System	2	
Σύνολο	163	

Πίνακας 5



	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	158	96,9	96,9	96,9
Ανασφάλιστος	1	,6	,6	97,5
ΤΑΠ - ΟΤΕ	1	,6	,6	98,2
ΤΣΑ	3	1,8	1,8	100,0
Total	163	100,0	100,0	

Πίνακας 6



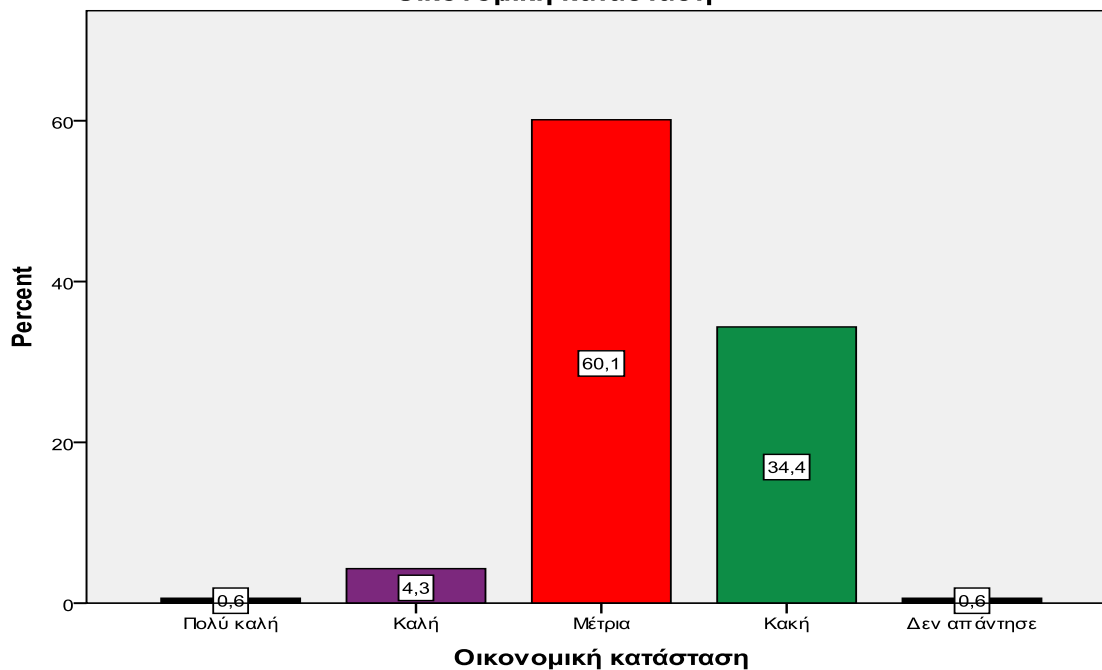


### Οικονομική κατάσταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Πολύ καλή	1	,6	,6	,6
	Καλή	7	4,3	4,3	4,9
	Μέτρια	98	60,1	60,1	65,0
	Κακή	56	34,4	34,4	99,4
	Δεν απάντησε	1	,6	,6	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Πίνακας 7

### Οικονομική κατάσταση



### Κατοικία

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ιδιόκτητη	147	90,2	90,2	90,2
	Ενοικιαζόμενη	5	3,1	3,1	93,3
	Φιλοξενήστε	10	6,1	6,1	99,4
	Δεν απάντησε	1	,6	,6	100,0
	Total	163	100,0	100,0	

Πίνακας 8

**Συμβιώνετε με κάποιον στο σπίτι;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	33	20,2	20,5	20,5
	Ναι	128	78,5	79,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 9

**Σύζυγο/Σύντροφο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	29	17,8	18,0	18,0
	Ναι	99	60,7	61,5	79,5
	Με κανέναν	33	20,2	20,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 10

**Παιδιά/Νύφη/Γαμπρός**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	59	36,2	36,6	36,6
	Ναι	69	42,3	42,9	79,5
	Με κανέναν	33	20,2	20,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 11

**Αδέρφια/Πεθερά/Πεθερός**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	121	74,2	75,2	75,2
	Ναι	7	4,3	4,3	79,5
	Με κανέναν	33	20,2	20,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 12

**Άλλος συγγενής**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	125	76,7	77,6	77,6
	Ναι	3	1,8	1,9	79,5
	Με κανέναν	33	20,2	20,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 13

**Άλλο πρόσωπο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	125	76,7	77,6	77,6
	Ναι	3	1,8	1,9	79,5
	Με κανέναν	33	20,2	20,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 14

**Με κανέναν**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Όχι	128	78,5	79,5	79,5
	Με κανέναν	33	20,2	20,5	100,0
	Total	161	98,8	100,0	
Missing	System	2	1,2		
	Total	163	100,0		

Πίνακας 15

**Μπάνιο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαρτημένος	15	9,1	9,6	9,6
	Χρειάζεται βοήθεια στο πλύσιμο για κάποια μέρη του σώματος	12	7,3	7,6	17,2
	Δεν χρειάζεται καμία βοήθεια	130	79,3	82,8	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 16

**Ντύσιμο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαρτημένος	14	8,5	8,9	8,9
	Διαλέγει ρούχα και ντύνεται χωρίς καμία βοήθεια εκτός από το να δέσει τα παπούτσια του	6	3,7	3,8	12,7
	Διαλέγει ρούχα και ντύνεται χωρίς καμία βοήθεια	137	83,5	87,3	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 17

**Τουαλέτα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαρτημένος	11	6,7	7,0	7,0
	Χρειάζεται βοήθεια για να πάει τουαλέτα, να πλυθεί και να τακτοποιήσει τα ρούχα του	3	1,8	1,9	8,9
	Πηγαίνει στην τουαλέτα, πλένεται και τακτοποιεί τα ρούχα του χωρίς βοήθεια	143	87,2	91,1	100,0
	Total	164	100,0		

Πίνακας 18

**Μετακίνηση**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Εξαρτημένος	9	5,5	5,7	5,7
	Χρειάζεται βοήθεια για να σηκωθεί ή να καθίσει σε κρεβάτι ή καρέκλα	8	4,9	5,1	10,8
	Σηκώνεται και κάθεται από το κρεβάτι ή την καρέκλα χωρίς βοήθεια	140	85,4	89,2	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 19

**Ακράτεια**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Εξαρτημένος	6	3,7	3,8	3,8
Περιστασιακά ατυχήματα	33	20,1	21,0	24,8
Ελέγχει πλήρως την ούρηση και την κένωση των εντέρων	118	72,0	75,2	100,0
Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 20

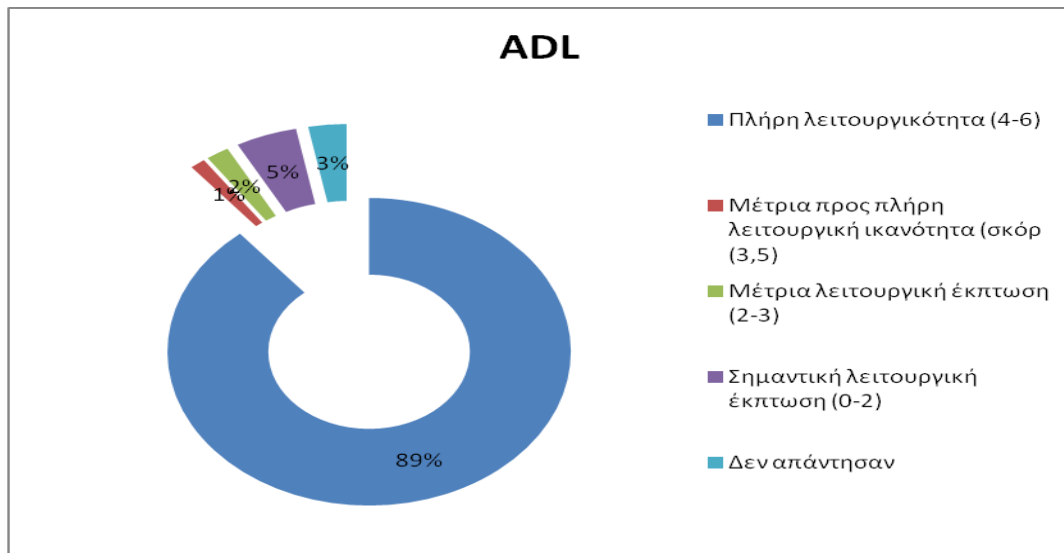
**Τροφή**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Χρειάζεται βοήθεια για να φάει ή τρέφεται μερικώς ή ολικώς με υγρά	4	2,4	2,5	2,5
Μπορεί να φάει αλλά χρειάζεται βοήθεια	4	2,4	2,5	5,1
Μπορεί να φάει χωρίς βοήθεια για να κόψει το κρέας ή να αλείψει βούτυρο στο ψωμί του	149	90,9	94,9	100,0
Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 21

<b><u>ADL</u></b>		
		-
Πλήρη λειτουργικότητα (4-6)	145	88.96%
Μέτρια προς πλήρη λειτουργική ικανότητα (σκόρ (3,5)	<b>2</b>	1.23%
Μέτρια λειτουργική έκπτωση (2-3)	3	1.84%
Σημαντική λειτουργική έκπτωση (0-2)	8	4.91%
Δεν απάντησαν	5	3.07%
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b>163</b>	

Πίνακας 22



**Ικανότητα χρησιμοποίησης τηλεφώνου**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν εκτιμάται	6	3,7	3,8	3,8
Χρησιμοποιεί το τηλέφωνο, βλέπει και σχηματίζει αριθμούς	117	71,3	74,5	78,3
Παίρνει λίγα πολύ γνωστά τηλέφωνα	20	12,2	12,7	91,1
Απαντά στο τηλέφωνο αλλά δεν τηλεφωνεί	7	4,3	4,5	95,5
Δεν χρησιμοποιεί καθόλου το τηλέφωνο	7	4,3	4,5	100,0
Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 23

**Ικανότητα για ψώνια**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Δεν εκτιμάται	7	4,3	4,5	4,5
Αντιμετωπίζει τις ανάγκες για ψώνια μόνος/η	107	65,2	68,2	72,6
Ψωνίζει αρκεί να βρίσκεται κάποιος κοντά του	4	2,4	2,5	75,2
Συνοδεύει απλώς για ψώνια	6	3,7	3,8	79,0
Δεν πάει καθόλου για ψώνια	33	20,1	21,0	100,0
Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 24

**Προετοιμασία γευμάτων**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν εκτιμάται	14	8,5	8,9	8,9
	Σχεδιάζει, ετοιμάζει και σερβίρει επαρκή γεύματα	107	65,2	68,2	77,1
	Προετοιμάζει επαρκή γεύματα αν υπάρχουν τα απαραίτητα	11	6,7	7,0	84,1
	Ζεσταίνει ή προσφέρει έτοιμα γεύματα, ή ετοιμάζει γεύματα αλλά δεν διατηρεί την ικανότητα επαρκούς διατροφής	1	,6	,6	84,7
	Χρειάζεται να του/της ετοιμάσουν και σερβίρουν γεύματα	24	14,6	15,3	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 25

**Νοικοκυριό**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν εκτιμάται	15	9,1	9,6	9,6
	Διατηρεί καθαρό το σπίτι μόνος/η, με περιστασιακή βοήθεια για τις βαριές δουλιές	84	51,2	53,5	63,1
	Κάνει τις καθημερινές δουλειές όπως το πλήσιμο των πιάτων ή στρώσιμο κρεβατιών	14	8,5	8,9	72,0
	Κάνει τις καθημερινές δουλειές αλλά δεν μπορεί να διατηρήσει αποδεκτό επίπεδο καθαριότητας	6	3,7	3,8	75,8
	Χρειάζεται βοήθεια σε όλες τις δουλειές του σπιτιού	5	3,0	3,2	79,0
	Δεν συμμετέχει σε καμία από τος δουλειές του σπιτιού	33	20,1	21,0	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 26

**Πλύσιμο**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν εκτιμάται	18	11,0	11,5	11,5
	Πλένει τα προσωπικά ρούχα μόνος/η	102	62,2	65,0	76,4
	Πλένει μικρά ρούχα καθημερινής ανάγκης όπως κάλτσες	4	2,4	2,5	79,0
	Όλο το πλύσιμο γίνεται από άλλους	33	20,1	21,0	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 27

**Τρόποι μεταφοράς**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν εκτιμάται	3	1,8	1,9	1,9
	Μετακινείται μόνος/η με MMM ή οδηγεί αυτοκίνητο	91	55,5	58,0	59,9
	Οργανώνει τα ταξίδια του/της με ταξί και δεν χρησιμοποιεί MMM	6	3,7	3,8	63,7
	Μετακινείται με MMM όταν συνοδεύεται	20	12,2	12,7	76,4
	Ταξιδεύει με ταξί η αυτοκίνητο μόνο με τη βοήθεια άλλου	22	13,4	14,0	90,4
	Δεν ταξιδεύει καθόλου	15	9,1	9,6	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 28



**Υπευθυνότητα για τα φάρμακα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν εκτιμάται	13	7,9	8,3	8,3
	Είναι υπεύθυνος και παίρνει τα φάρμακα του του σε σωστή δόση και χρόνο	121	73,8	77,1	85,4
	Παίρνει τα φάρμακά του όταν ετοιμάζονται σε χωριστές δόσεις	17	10,4	10,8	96,2
	Δεν είναι ικανός/η να πάρει τα φάρμακά του	6	3,7	3,8	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 29

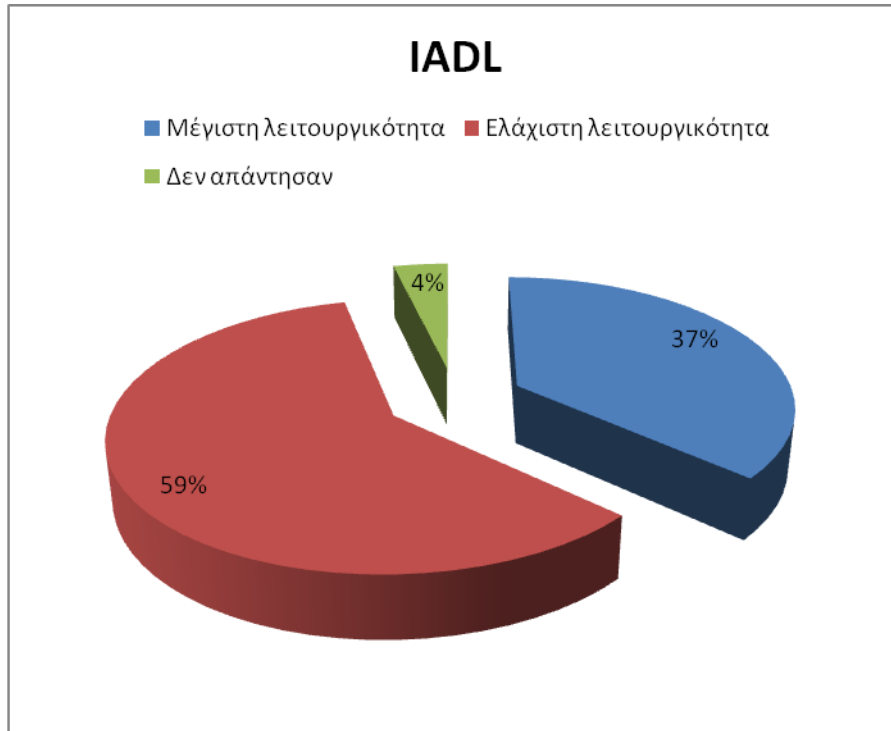
**Ικανότητα να διαχειρίζεται χρήματα**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Δεν εκτιμάται	8	4,9	5,1	5,1
	Διαχειρίζεται μόνος/η τα οικονομικά του	124	75,6	79,0	84,1
	Τα καταφέρνει σε καθημερινές συναλλαγές αλλά χρειάζεται βοήθεια στην τράπεζα και σε μεγάλες συναλλαγές	12	7,3	7,6	91,7
	Ανίκανος/η να διαχειρίζεται χρήματα	13	7,9	8,3	100,0
	Total	157	95,7	100,0	

Πίνακας 30

<b><u>IADL</u></b>		
		<b>-</b>
Ελάχιστη λειτουργικότητα	96	59.63%
Μέγιστη λειτουργικότητα	59	36.65%
Δεν απάντησαν	6	3.73%
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b>161</b>	

Πίνακας 31



#### Έχετε συχνά χάσει τον ύπνο σας επειδή είσαστε ανήσυχος;

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	32	19,5	21,1	21,1
	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	55	33,5	36,2	57,2
	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	42	25,6	27,6	84,9
	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	23	14,0	15,1	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 32

#### Έχετε αισθανθεί ότι βρίσκεστε συνεχώς σε υπερένταση

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	33	20,1	21,7	21,7
	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	65	39,6	42,8	64,5
	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	34	20,7	22,4	86,8
	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	20	12,2	13,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 33

**Καταφέρνετε να συγκεντρωθείτε σε ό,τι κάνετε;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καλύτερα απ' 'οτι συνήθως	15	9,1	9,9	9,9
	Το ίδιο όπως συνήθως	113	68,9	74,3	84,2
	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	17	10,4	11,2	95,4
	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	7	4,3	4,6	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 34

**Έχετε αισθανθεί ότι παίζετε ένα χρήσιμο ρόλο;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	33	20,1	21,7	21,7
	Το ίδιο όπως συνήθως	93	56,7	61,2	82,9
	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	17	10,4	11,2	94,1
	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	9	5,5	5,9	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 35

**Καταφέρνετε να δείτε και να αντιμετωπίσετε τα προβλήματά σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	20	12,2	13,2	13,2
	Το ίδιο όπως συνήθως	103	62,8	67,8	80,9
	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	15	9,1	9,9	90,8
	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	14	8,5	9,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 36

**Αισθάνεστε ικανός να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	12	7,3	7,9	7,9
	Το ίδιο όπως συνήθως	108	65,9	71,1	78,9
	λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	17	10,4	11,2	90,1
	πολύ λιγότερο απ' ό,τι συνήθως	15	9,1	9,9	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 37

**Αισθάνεστε ότι δεν θα μπορούσατε να ξεπεράσετε τις δυσκολίες σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	40	24,4	26,3	26,3
	όχι περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	61	37,2	40,1	66,4
	μάλλον περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	37	22,6	24,3	90,8
	πολύ περισσότερο απ' ό,τι συνήθως	14	8,5	9,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 38

**Παρά τις δυσκολίες αισθάνεστε ευτυχισμένος;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	27	16,5	17,9	17,9
	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	92	56,1	60,9	78,8
	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	20	12,2	13,2	92,1
	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	12	7,3	7,9	100,0
	Total	151	92,1	100,0	

Πίνακας 39

**Μπορείτε να χαρείτε τις καθημερινές δραστηριότητες**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Περισσότερο απ' ότι συνήθως	15	9,1	9,9	9,9
	Το ίδιο όπως συνήθως	98	59,8	64,5	74,3
	Λιγότερο απ' ότι συνήθως	28	17,1	18,4	92,8
	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως	11	6,7	7,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 40

**Αισθάνεστε δυστυχισμένος και μελαγχολικός;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	49	29,9	32,2	32,2
	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	50	30,5	32,9	65,1
	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	33	20,1	21,7	86,8
	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	20	12,2	13,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 41

**Έχετε χάσει την εμπιστοσύνη στον εαυτό σας;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	98	59,8	64,5	64,5
	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	26	15,9	17,1	81,6
	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	17	10,4	11,2	92,8
	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	11	6,7	7,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 42

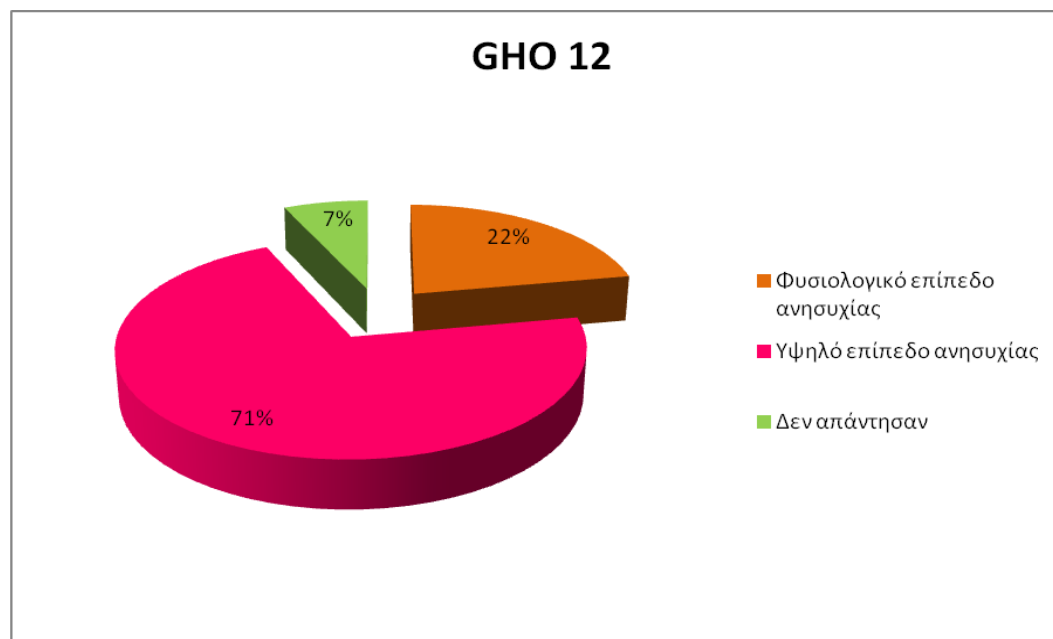
**Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε τίποτα;**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Καθόλου	103	62,8	67,8	67,8
	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως	19	11,6	12,5	80,3
	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως	19	11,6	12,5	92,8
	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως	11	6,7	7,2	100,0
	Total	152	92,7	100,0	

Πίνακας 43

<b><u>GHO 12</u></b>		
Φυσιολογικό επίπεδο ανησυχίας	36	22.09%
Υψηλό επίπεδο ανησυχίας	116	71.17%
Δεν απάντησαν	11	6.75%
<b><u>Σύνολο</u></b>	<b>163</b>	

Πίνακας 44



### One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		ΣκορADL	ΣκορIAD L	ΣκορGHO12
N		163	163	163
Normal Parameters <sup>a,b</sup>	Mean	5,215	11,71	23,31
	Std. Deviation	1,6159	6,283	8,749
Most Extreme Differences	Absolute	,374	,178	,187
	Positive	,313	,178	,124
	Negative	-,374	-,133	-,187
Kolmogorov-Smirnov Z		4,772	2,271	2,389
Asymp. Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

Πίνακας 45

### Correlations

			ΣκορADL	ΣκορGHO12
Spearman's rho	ΣκορADL	Correlation	1,000	-,088
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,264
		N	163	163
	ΣκορGHO12	Correlation	-,088	1,000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	,264	.
		N	163	163

Πίνακας 46

### Correlations

			ΣκορGHO12	ΣκορIAD L
Spearman's rho	ΣκορGHO12	Correlation	1,000	,316**
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	163	163
	ΣκορIADL	Correlation	,316**	1,000
		Coefficient		
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	163	163

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 47

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	ΣκορGHO12
Mann-Whitney U	2322,500
Wilcoxon W	4092,500
Z	-2,581
Asymp. Sig. (2-tailed)	,010

a. Grouping Variable: Φύλο  
Πίνακας 48

**Report**

ΣκορGHO12

Φύλο	Mean	N	Std. Deviation
Άνδρας	21,86	59	9,306
Γυναίκα	24,13	104	8,352
Total	23,31	163	8,749

Πίνακας 49

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	ΣκορGHO12
Chi-Square	3,868
df	4
Asymp. Sig.	,424

a. Kruskal Wallis Test  
b. Grouping Variable:  
Μορφωτικό επίπεδο  
Πίνακας 50

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	ΣκορGHO12
Mann-Whitney U	2045,500
Wilcoxon W	2606,500
Z	-,279
Asymp. Sig. (2-tailed)	,780

a. Grouping Variable: Συμβιώνετε  
με κάποιον στο σπίτι;  
Πίνακας 51



**Test Statistics<sup>a</sup>**

	ΣκορADL
Mann-Whitney U	3018,500
Wilcoxon W	4788,500
Z	-,194
Asymp. Sig. (2-tailed)	,846

a. Grouping Variable: Φύλο  
Πίνακας 52

**Test Statistics<sup>a</sup>**

	ΣκορIAD L
Mann-Whitney U	2945,500
Wilcoxon W	4715,500
Z	-,427
Asymp. Sig. (2-tailed)	,669

a. Grouping Variable: Φύλο  
Πίνακας 53

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	ΣκορADL
Chi-Square	5,721
df	4
Asymp. Sig.	,221

a. Kruskal Wallis Test  
b. Grouping Variable:  
Οικογενειακή  
κατάσταση  
Πίνακας 54

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	ΣκορIAD L
Chi-Square	4,889
df	4
Asymp. Sig.	,299

a. Kruskal Wallis Test  
b. Grouping Variable:  
Οικογενειακή  
κατάσταση  
Πίνακας 55

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	ΣκορADL
Chi-Square	26,299
df	6
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Ηλικία

Πίνακας 56

**Test Statistics<sup>a,b</sup>**

	ΣκορIAD L
Chi-Square	35,189
df	6
Asymp. Sig.	,000

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable:

Ηλικία

Πίνακας 57

**Report**

ΣκορADL

Ηλικία	Mean	N	Std. Deviation
55-57	5,929	7	,1890
58-65	5,893	28	,3150
65-68	5,652	23	1,0706
69-73	5,250	34	1,6155
74-78	4,760	25	2,0469
79-84	4,759	27	2,0351
85-90	4,528	18	1,8745
Total	5,210	162	1,6197

Πίνακας 58

### 1.5.1 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τον Ευρωπαϊκό Χάρτη

Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων σύμφωνα με τον *Ευρωπαϊκό Χάρτη δικαιωμάτων και υποχρεώσεων* είναι τα εξής:

**ΑΡΘΡΟ 1.** Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ακεραιότητα, την ελευθερία και την ασφάλεια.

#### ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ

- Σεβασμό και προστασία της σωματικής ακεραιότητάς και προστασία από κάθε μορφής σωματική κακοποίηση, κακομεταχείριση και παραμέληση, από τον υποσιτισμό και την αφυδάτωση, την εξάντληση, το υπερβολικό κρύο ή ζέστη και από κάθε αποτρέψιμο πρόβλημα υγείας.
- Σεβασμό και προστασία από κάθε μορφής σεξουαλική κακοποίηση και κακομεταχείριση.

#### ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΗ ΕΥΕΞΙΑ

- Σεβασμό και προστασία της ψυχολογικής και συναισθηματικής ευεξίας, καθώς και προστασία από κάθε μορφής ψυχολογική ή συναισθηματική κακοποίηση και κακομεταχείριση.
- Την απαίτηση ότι οι άλλοι δεν θα προκαλέσουν εσκεμμένα αναστάτωση, ταλαιπωρία, αρνητικά συναισθήματα ή κατάθλιψη.
- Προστασία από κάθε απόπειρα απομάκρυνσης από άτομα με τα οποία ο ηλικιωμένος επιθυμεί να είναι μαζί, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεται, τον σεξουαλικό προσανατολισμό ή την ταυτότητά του.

#### ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΙ ΥΛΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

- Προστασία από κάθε μορφής οικονομική ή υλική κακοποίηση.
- Απαίτηση ότι τα άτομα που μεριμνούν για τα οικονομικά και υλικά αγαθά όταν το ηλικιωμένο άτομο δεν θα είναι σε θέση, θα λαμβάνουν υπόψη το συμφέρον του.
- Δικαίωμα διατήρησης των προσωπικών υπάρχοντων μέχρι τον θάνατό ή μέχρι την στιγμή συνειδητής αποχώρησης (καθώς και να έχει πρόσβαση σε αυτά ανά πάσα στιγμή). Δικαίωμα προστασίας ενάντια σε κάθε εξαναγκασμό για αλλαγή της διαθήκης ή εκχώρηση οικονομικών ή υλικών αγαθών που ανήκουν στον ηλικιωμένο.

#### ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΚΟΠΟΙΗΣΗ

- Προστασία από κάθε ιατρική και φαρμακευτική κακοποίηση, κακομεταχείριση ή παραμέληση, καθώς και από ακατάλληλη ή υπερβολική ιατρική περίθαλψη ή χρήση φαρμάκων.

### ΠΑΡΑΜΕΛΗΣΗ

- Προστασία από παραμέληση, έλλειψη υποστήριξης, φροντίδας ή θεραπείας.
- Προστασία από απειλές οποιασδήποτε φύσης. Δικαίωμα διαβίωσης σε χώρο που να περιλαμβάνει κατάλληλες συνθήκες, οι οποίες θα δημιουργούν αίσθημα ασφάλειας και διαβίωση με τους ανθρώπους που το περιβάλλουν.
- Πρόσβαση σε κοινωνική ασφάλιση και βοήθεια.

## **ΑΡΘΡΟ 2.** Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού

### ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

- Δικαίωμα ανεξάρτητης διαβίωσης στον βαθμό που το επιτρέπει η σωματική και πνευματική κατάσταση του ατόμου, καθώς και λήψη συμβουλών και υποστήριξης προς επίτευξη αυτού.
- Δικαίωμα απαίτησης ότι οι απόψεις, οι επιθυμίες και οι επιλογές του θα γίνονται σεβαστές από τους γύρω του. Δικαίωμα συμμετοχής στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων που το αφορούν. Δικαίωμα επιλογής του μέρους διαβίωσης, ώστε να ανταποκρίνεται στις ανάγκες, είτε πρόκειται για το σπίτι είτε για χώρους επίσημης φροντίδας.
- Δικαίωμα διατήρησης του ελέγχου της περιουσίας και των εισοδημάτων, διαχείρισης των οικονομικών και νομικών υποθέσεων και συναλλαγών με το κράτος. Δικαίωμα υποστήριξης προς επίτευξη αυτού.

### ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗ ΛΗΨΗ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ

- Δικαίωμα του ηλικιωμένου να ορίσει το άτομο που επιθυμεί να τον εκπροσωπεί και να παίρνει αποφάσεις εξ ονόματος του.
- Δικαίωμα του ηλικιωμένου να ζητά δεύτερη γνώμη για την κατάσταση της υγείας του πριν ακολουθήσει κάποια θεραπευτική αγωγή.
- Δικαίωμα απαίτησης επαρκή χρόνου, ώστε να πραγματοποιηθεί προσεκτική εκτίμηση των λύσεων που του προτείνονται, να αξιολογεί τα σχετικά έγγραφα και να παίρνει αποφάσεις, αφού λάβει ανεξάρτητες συμβουλές και υποστήριξη.

- Δικαίωμα για παροχή οδηγιών και αποφάσεων εκ των προτέρων όσον αφορά τη φροντίδα, οι οποίες θα εκτελεστούν από άτομο της επιλογής του, στην περίπτωση αδυναμίας λήψης αποφάσεων ή έκφρασης στο μέλλον.
- Δικαίωμα οι επιθυμίες του να γίνονται σεβαστές ανά πάσα στιγμή, ακόμη και όταν το άτομο της εκφράζει μη λεκτικά ή μέσω άλλου ατόμου της επιλογής του.

#### ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΣΤΟΝ ΑΥΤΟΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΟΥ ΑΤΟΜΟΥ

- Δεν επιτρέπεται η υποβολή σε οποιαδήποτε μορφή φυσικού ή πνευματικού περιορισμού εκτός και αν αυτό αποτελεί αντιμετώπιση πιθανού κινδύνου για την ακεραιότητά του. Σε μία τέτοια περίπτωση οποιοσδήποτε τρόπος αντιμετώπισης θα πρέπει να διασφαλίζει στο άτομο διαφανή και αξιόπιστη διαδικασία, η οποία μπορεί να αντιστραφεί σε περίπτωση παρενόχλησης ή ζημίας.

Οι ορισμοί για το επίπεδο της πνευματικής ικανότητας για λήψη αποφάσεων δεν είναι απόλυτες ούτε οριστικές. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να επανεκτιμούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα.

### **ΑΡΘΡΟ 3. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΙΔΙΩΤΙΚΟΤΗΤΑ**

#### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΖΩΗ

- Δικαίωμα σεβασμού της ανάγκης για ιδιωτικότητα. Πρέπει το άτομο να απολαμβάνει τη δυνατότητα να έχει χρόνο και χώρο για τον εαυτό του ή με άτομα της επιλογής του εφόσον το επιθυμεί.
- Η προσωπική του ζωή πρέπει να αντιμετωπίζεται με σεβασμό ανεξάρτητα από το τόπο κατοικίας. Πρέπει να είναι στόχος όλων όσων ασχολούνται με την υποστήριξη, τη φροντίδα και την ιατρική περίθαλψη του ατόμου, να αποφεύγεται κάθε περιορισμός της ιδιωτικότητας ή της προσωπικής ζωής και των οικείων σχέσεων, ανεξάρτητα από τον βαθμό φροντίδας και βοήθειας που το άτομο χρειάζεται.
- Δικαίωμα απαίτησης από τα άτομα που το φροντίζουν να συμπεριφέροντε με ευαισθησία και διακριτικότητα.

#### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

- Δικαίωμα απαραβίαστου της αλληλογραφίας. Κανείς δεν έχει δικαίωμα να λαμβάνει, να ανοίγει ή να διαβάζει τα γράμματά ή το ηλεκτρονικό

ταχυδρομείο χωρίς τη συγκατάθεσή του ατόμου. Δικαίωμα τηλεφωνημάτων κατ' ιδίαν.

- Δικαίωμα σεβασμού της ιδιωτικότητας και στον τρόπο χειρισμού των προσωπικών στοιχείων και εγγράφων του ατόμου. Τα προσωπικά στοιχεία προστατεύονται από τον νόμο.
- Δικαίωμα απαίτησης ότι οι συζητήσεις για την κατάστασή, τη φροντίδα και την ιατρική αγωγή του, είτε διεξάγονται ενώπιόν του είτε όχι θα γίνονται με ευαισθησία, διακριτικότητα και σεβασμό της ιδιωτικότητάς του.

#### **ΑΡΘΡΟ 4. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΨΗΛΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

- Δικαίωμα λήψης έγκαιρης, υψηλής ποιότητας και οικονομικά προσιτής υγειονομικής περίθαλψης και υπηρεσίες μακροχρόνιας φροντίδας, οι οποίες θα είναι προσαρμοσμένες στις εξατομικευμένες ανάγκες και επιθυμίες του ατόμου χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.
- Δικαίωμα ανάληψης της περίθαλψης από άτομα που έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις ώστε να αντιστοιχούν στις ανάγκες του όσον αφορά την υποστήριξη, τη φροντίδα και την ιατρική περίθαλψη. Είτε την φροντίδα αυτή την έχουν αναλάβει επαγγελματίες είτε συγγενείς είτε άλλα έμπιστα άτομα, πρέπει να έχουν λάβει, και να συνεχίζουν να λαμβάνουν εξειδικευμένη εκπαίδευση και καθοδήγηση που θα τους επιτρέπει να φέρνουν σε πέρας το έργο τους.
- Δικαίωμα λήψης των υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας και βοήθειας που χρειάζεται το άτομο χωρίς καμιά απολύτως διάκριση.
- Δικαίωμα λήψης υποστήριξης για τις καθημερινές ανάγκες εφόσον το άτομο χρειάζεται βοήθεια.
- Δικαίωμα λήψης πληροφοριών για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις, οι οποίες πρέπει να είναι σαφείς και εύληπτες, πριν και κατά τη διάρκεια της εισαγωγής του ατόμου σε κάποιο ίδρυμα φροντίδας. Οι συνθήκες και το κόστος της διαμονής πρέπει να εξηγούνται ρητώς σε αναλυτικό συμβόλαιο.
- Δικαίωμα απαίτησης ότι όλα τα άτομα, οι φορείς και οι ομάδες επαγγελματιών που ασχολούνται με τη φροντίδα, την υποστήριξη και την ιατρική περίθαλψή του, θα επικοινωνούν, θα συνεργάζονται μεταξύ τους και θα συντονίζουν προσεχτικά τις παρεχόμενες υπηρεσίες, λαμβάνοντας υπόψη το συμφέρον του ατόμου.

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

- Δικαίωμα οφέλους από μέτρα για την πρόληψη της επιδείνωσης ή μέτρα βελτίωσης της κατάστασής του, καθώς και από μέτρα που προωθούν την ανεξαρτησία του στον μέγιστο δυνατό βαθμό.
- Δικαίωμα ελεύθερης μετακίνησης στον περιβάλλοντα χώρο του ατόμου. Απαγορεύεται το άτομο να υφίσταται σωματικό ή πνευματικό περιορισμό οποιασδήποτε μορφής, εκτός αν είναι αντικειμενικά για το δικό του συμφέρον. Τυχόν αποφάσεις για τον περιορισμό του θα πρέπει να επαναξιολογούνται τακτικά. Το άτομο δικαιούται να λαμβάνει υποστήριξη και ενθάρρυνση της κινητικότητάς του, στον βαθμό που δεν υπάρχουν ιατρικοί λόγοι που να την παρεμποδίζουν.
- Δικαίωμα απαίτησης να λαμβάνονται υπόψη πτυχές του παρελθόντος και του
- μέχρι τώρα τρόπου ζωής του, που έχουν σημασία για τον ίδιο.

## **ΑΡΘΡΟ 5. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΕ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ, ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

- Δικαίωμα ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας του και τις διαθέσιμες επιλογές περίθαλψης και φροντίδας. Δικαίωμα ενημέρωσης για τις σωματικές ή πνευματικές επιπτώσεις ή τις παρενέργειες που ενδέχεται να προκύψουν από ιατρικές εξετάσεις, φάρμακα ή παρεμβάσεις στον οργανισμό και την καθημερινότητα του. Τα άτομα που περιθάλπουν είναι υποχρεωμένα να ενημερώνουν για τις πιθανότητες επιτυχίας ή αποτυχίας κάθε ιατρικής παρέμβασης, όπως επίσης και για κάθε διαθέσιμη εναλλακτική λύση.
- Δικαίωμα πρόσβασης στον προσωπικό ιατρικό φάκελο.
- Δικαίωμα απαίτησης να δει όλα τα έγγραφα που αφορούν την υγεία και τις εξετάσεις του. Οι νόμιμοι εκπρόσωποί έχουν επίσης δικαίωμα πρόσβασης στα εν λόγω έγγραφα, εφόσον το άτομο τους έχει εξουσιοδοτήσει, αρκεί να μπορούν να αποδείξουν ότι έχουν έννομο συμφέρον.
- Σεβασμός του δικαιώματος άρνησης για ενημέρωση.
- Δικαίωμα του ατόμου να του απευθύνονται με τρόπο ξεκάθαρο, διακριτικό και κατανοητό σχετικά με τις ιατρικές διαγνώσεις, τη φροντίδα και την

περίθαλψή του, καθώς αυτό εντάσσεται στο δικαίωμα του για ενημέρωση και συγκατάθεση πριν από τη λήψη αποφάσεων.

#### ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΑΤΟΠΙΝ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ

- Πριν από κάθε απόφαση που αφορά τη φροντίδα και την ιατρική περίθαλψή, το άτομο δικαιούται να ενημερωθεί πριν δώσει τη συγκατάθεσή του, όπως επίσης και για κάθε επίπτωση από συμμετοχή σε ερευνητικά προγράμματα και κλινικές δοκιμές.
- Δικαίωμα και δυνατότητα πρόσβασης σε νομικές συμβουλές, νομική υπεράσπιση και εκπροσώπηση, ενώ πρέπει να παρέχεται νομική βοήθεια, όταν το άτομο δεν έχει τους απαιτούμενους οικονομικούς πόρους.
- Είτε ο ίδιος είτε άτομο της επιλογής του δικαιούται να λάβει έγκαιρη, σαφή και περιεκτική ενημέρωση για όλες τις υπηρεσίες (καθώς και τις δυνατότητες προσαρμογής της διαμονής του) που είναι διαθέσιμες, καθώς και για το ανάλογο κόστος τους.
- Πριν την σύναψη ή τροποποίηση οποιαδήποτε συμφωνίας ή συμβολαίου με κάποια υπηρεσία ή φορέα, το άτομο δικαιούται πλήρη ενημέρωση για το περιεχόμενο της συμφωνίας και τη δυνατότητα να προβεί σε τροποποιήσεις της σε μελλοντική ημερομηνία όσο αφορά τους όρους, τις υπηρεσίες και τις δαπάνες. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του πρέπει να είναι σαφή και εύληπτη.

#### **ΑΡΘΡΟ 6. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ, ΣΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ**

- Πρέπει να παρέχονται πληροφορίες και δυνατότητες να ελεύθερη συμμετοχή χωρίς εξαναγκασμό στην κοινωνική ζωή ανάλογα με τα ενδιαφέροντα και τις ικανότητές του ατόμου. Αυτό συμπεριλαμβάνει την ενημέρωση και τη συμμετοχή στις δουλειές του σπιτιού, σε κοινές δραστηριότητες, γιορτές και κοινωνικές εκδηλώσεις, καθώς και το να έχει τη δυνατότητα να κάνει έμμισθη ή εθελοντική εργασία και να συμμετέχει στη δια βίου μάθηση.
- Δικαίωμα κάθε υποστήριξης που απαιτείται ώστε να το άτομο να είναι σε θέση να επικοινωνεί και δικαιούται να λαμβάνονται υπόψη οι επικοινωνιακές ανάγκες και προσδοκίες του, ανεξάρτητα με τρόπο που αυτές εκφράζονται.



- Δικαίωμα ελεύθερης μετακίνησης ώστε να καλλιεργηθούν τα ενδιαφέροντα και οι ασχολίες του ατόμου. Αν υπάρχουν προβλήματα στην κινητικότητά το άτομο δικαιούται βοήθεια.
- Δικαίωμα ισότιμης πρόσβασης στις νέες τεχνολογίες και κατάλληλη βοήθεια για να την χρησιμοποιήσει αυτών.
- Δικαίωμα συνέχισης της άσκησης όλων των πολιτικών δικαιωμάτων, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος συμμετοχής σε πολιτικές εκλογές και αν είναι απαραίτητο λήψη απαιτούμενης βοήθειας προς επίτευξή του. Το δικαίωμα στην ελευθερία αποφάσεων πρέπει να γίνεται σεβαστό, όπως επίσης πρέπει να γίνεται σεβαστή από το άτομο που παρέχει βοήθεια η μυστικότητα της ψήφου.

#### **ΑΡΘΡΟ 7. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΕΚΦΡΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΤΗΣ ΣΚΕΨΗΣ/ΣΥΝΕΙΔΗΣΗΣ: ΠΕΠΟΙΘΗΣΕΙΣ, ΔΟΞΑΣΙΕΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΙΑ**

- Δικαίωμα σεβασμού των αξιών, των απόψεών, της φιλοσοφίας και της θρησκευτικής ελευθερίας του ατόμου, ανεξάρτητα από το αν τα άτομα που έχουν αναλάβει την φροντίδα συμμερίζονται τις εν λόγω αξίες και απόψεις.
- Δικαίωμα συμμετοχής σε θρησκευτικές τελετές και λήψη πνευματικής ή θρησκευτικής συμπαράστασης και καθοδήγησης όταν αυτή επιθυμείται, καθώς και άρνηση όταν δεν επιθυμείται. Αυτό το δικαίωμα συμπεριλαμβάνει την ελευθερία αλλαγής θρησκείας ή πιστεύω, καθώς και την ελευθερία λατρείας, είτε κατ' ιδίαν είτε δημοσίως, με άλλους ή κατά μόνας, της θρησκείας ή τις δοξασίες σε θέματα διδασχής, άσκησης λατρευτικών καθηκόντων και τήρησης των θρησκευτικών κανόνων.
- Η πολιτιστική κληρονομιά, οι θρησκευτικές δοξασίες και οι λατρευτικές πρακτικές αξίζουν σεβασμό, στο πνεύμα της αμοιβαίας ανεκτικότητας.
- Δικαίωμα συναναστροφής ή μη και συνάθροισης.
- Δικαίωμα πλήρους ανάπτυξης της προσωπικότητάς, ως πολιτικού και κοινωνικού ατόμου, καθώς και διεύρυνση των γνώσεων και των δεξιοτήτων.
- Δικαίωμα άρνησης ανεπιθύμητων πιέσεων ιδεολογικού, πολιτικού, θρησκευτικού ή προκατειλημμένου χαρακτήρα και δικαίωμα ζήτησης προστασίας από τέτοιου είδους πιέσεις.

**ΑΡΘΡΟ 8. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΗΓΟΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ, ΣΤΟΝ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΣΤΑΔΙΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΟΝ ΘΑΝΑΤΟ**

- Δικαίωμα παροχής βοήθειας, υποστήριξης και αρωγής όταν το άτομο φτάσει στο τέλος της ζωής του.
- Δικαίωμα μέτρων για την ανακούφιση του πόνου και άλλων βασανιστικών συμπτωμάτων εφόσον το άτομο το επιθυμεί.
- Δικαίωμα απαίτησης να γίνουν όλα όσα είναι εφικτά, ώστε η πορεία προς τον θάνατο να είναι αξιοπρεπής και υποφερτή. Τα άτομα που έχουν αναλάβει την περίθαλψη συνοδεύουν στο τελευταίο στάδιο της ζωής του ατόμου, πρέπει να σέβονται τις επιθυμίες και να τις λαμβάνουν υπόψη στον μέγιστο δυνατό βαθμό.
- Δικαίωμα απαίτησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό να συμπεριλάβει και άλλα έμπιστα άτομα / οικείους στη φροντίδα του ατόμου κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής του, καθώς και να τους παρέχει επαγγελματική στήριξη. Η επιθυμία να μη συμπεριληφθούν συγκεκριμένοι άνθρωποι πρέπει επίσης να γίνεται σεβαστή.
- Για όσο διάστημα το άτομο είναι διανοητικά ικανή/ος έχει το δικαίωμα να καθορίζει αν και σε ποιον βαθμό πρέπει να ξεκινά ή να συνεχίζει η ιατρική περίθαλψη εν όψει του πιθανού επικείμενου θανάτου, καθώς και αν πρέπει να ξεκινήσουν ή να παραληφθούν μέτρα παράτασης της ζωής.
- Κανείς δεν επιτρέπεται να πάρει μέτρα που θα οδηγήσουν συστηματικά το άτομο στον θάνατο, εκτός αν αυτό είναι σύμφωνο με την εθνική νομοθεσία (στα περισσότερα κράτη η ευθανασία δεν επιτρέπεται, με εξαίρεση ορισμένα) της χώρας διαμονής και έχει δώσει ρητά σχετικές οδηγίες.
- Στην περίπτωση που το άτομο δεν είναι σε θέση να εκφραστεί, δικαιούται να γίνουν σεβαστές οι οδηγίες που έχει αφήσει εκ των προτέρων, όσον αφορά αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα του κατά το τελευταίο στάδιο της ζωής του.
- Δικαίωμα σεβασμού των επιθυμιών που το άτομο εξέφρασε κατά τη διάρκεια της ζωής του, σχετικά με το πώς επιθυμεί να τον μεταχειριστούν μετά τον θάνατό του, το τι θα γίνει η σωρός, όπως επίσης να γίνουν σεβαστά τα θρησκευτικά πιστεύω του.

## **ΑΡΘΡΟ 9. ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΕ ΕΝΔΙΚΑ ΜΕΣΑ**

- Δικαίωμα υποστήριξης όταν το άτομο βρίσκεται σε καταστάσεις όπου υφίσταται κακοποίηση ή κακομεταχείριση, είτε λαμβάνει φροντίδα στο σπίτι, είτε σε ίδρυμα.
- Δικαίωμα απαίτησης οι επαγγελματίες που έχουν αναλάβει την φροντίδα να είναι εκπαιδευμένοι, να αναγνωρίζουν σημάδια κακοποίησης και κακομεταχείρισης και να ενεργούν κατάλληλα για να μελλοντική προστασία από περιστατικά κακομεταχείρισης.
- Δικαίωμα ενημέρωσης για τους διαθέσιμους διαύλους για ενδεχόμενη καταγγελία κακοποίησης. Δικαίωμα καταγγελίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης χωρίς φόβο για τυχόν αρνητικές συνέπειες όπως επίσης δικαίωμα απαίτησης ότι οι αρχές θα πάρουν στα σοβαρά την καταγγελία.
- Δικαίωμα απαίτησης να παίρνουν στα σοβαρά την (αναφερόμενη) κατάσταση κακοποίησης ή κακομεταχείρισης όταν γίνεται καταγγελία, μέχρις ότου διερευνηθεί το θέμα πλήρως.
- Δικαίωμα περίθαλψης για κάθε σωματικό ή ψυχολογικό τραύμα που ενδεχομένως το άτομο έχει υποστεί εξαιτίας κακοποίησης ή κακομεταχείρισης, μέχρι την πλήρη αποκατάστασή του. Πρέπει επίσης να δίνεται χρόνος για να ανάκαμψη.
- Το δικαίωμα των ηλικιωμένων στον έρωτα. Σύμφωνα με τον Μωυσιάδη (χ.χ), όταν γίνεται συσχέτιση ηλικίας και σεξ υπάρχει αρκετή απαξίωση και προκατάληψη πάνω σε αυτό το θέμα. Ο έρωτας για τους ηλικιωμένους θεωρείται απαγορευμένος, σε χώρες όπως η δική μας με τις παραδόσεις και με τις προκαταλήψεις να κυριαρχούν, θα πρέπει όμως να γίνει κατανοητό ότι οι ηλικιωμένοι έχουν και το δικαίωμα αλλά και την δυνατότητα να κάνουν έρωτα και να παραμένουν σεξουαλικά ενεργείς εφόσον η υγεία τους, τους το επιτρέπει.

[http://www.eurocharity.gr/files/xarta\\_dikaiwmatwn\\_ilikiwmenwn.pdf](http://www.eurocharity.gr/files/xarta_dikaiwmatwn_ilikiwmenwn.pdf)

### 1.5.2 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων με βάση τη Διεθνή Ομοσπονδία της Γήρανσης- Διακήρυξη για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων

Η Διεθνής Ομοσπονδία της Γήρανσης – Διακήρυξη για τα Δικαιώματα και τις Υποχρεώσεις των Ηλικιωμένων (1992) αναφέρει τα εξής:

#### ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑ

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα:

- Να έχουν πρόσβαση σε επαρκή τροφή, νερό, στέγη, ένδυση, ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και μέσω της παροχής στήριξης του εισοδήματος, της οικογένειας και της κοινότητας και βοήθεια.
- Να εργάζονται και να ακολουθούν άλλες ευκαιρίες δημιουργίας εισοδήματος χωρίς εμπόδια με βάση την ηλικία.
- Να συνταξιοδοτηθούν και να συμμετέχουν στον καθορισμό του χρόνου και στο ρυθμό απόσυρσης από το εργατικό δυναμικό.
- Να έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση και την κατάρτιση προγραμμάτων για την ενίσχυση της παιδείας, τη διευκόλυνση της απασχόλησης και να καταστεί δυνατή ενημέρωση τον προγραμματισμό και τη λήψη αποφάσεων.
- Να ζουν σε περιβάλλον που είναι ασφαλές και προσαρμόσιμο στις προσωπικές προτιμήσεις και τις μεταβαλλόμενες ικανότητες.
- Να διαμένουν για όσο το δυνατόν περισσότερο στο σπίτι τους.

#### ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα:

- Να παραμείνουν ενσωματωμένα και να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνία, συμπεριλαμβανομένης της διαδικασίας της ανάπτυξης και τη διαμόρφωση και την εφαρμογή των πολιτικών που επηρεάζουν άμεσα την ευημερία τους.
- Να μοιραστούν τις γνώσεις, τις δεξιότητες, τις αξίες και τις εμπειρίες της ζωής με τις νεότερες γενιές.
- Να αναζητήσουν και να αναπτύξουν τις ευκαιρίες για υπηρεσία στην κοινότητα, ακόμη και σε εθελοντικές θέσεις.
- Για να σχηματίσουν κινήσεις ή τις ενώσεις των ηλικιωμένων.

## ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα:

- Να επωφεληθούν από την υποστήριξη της οικογένειας και τη φροντίδα σύμφωνα με την ευημερία της οικογένειας.
- Να έχουν πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη, όπου θα τους βοηθήσουν να διατηρήσουν ή να επανακτήσουν το βέλτιστο επίπεδο της σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής τους ευεξίας και την πρόληψη ή την καθυστέρηση της εμφάνισης της ασθένειας.
- Να έχουν πρόσβαση στις κοινωνικές και νομικές υπηρεσίες για την ενίσχυση της ικανότητας για την αυτονομία και την παροχή προστασίας και φροντίδας.
- Να χρησιμοποιήσουν τα κατάλληλα επίπεδα της ιδρυματικής φροντίδας που παρέχουν προστασία, αποκατάσταση, κοινωνική και διανοητική εγρήγορση σε ένα ανθρώπινο και ασφαλές περιβάλλον.
- Να ασκήσουν τα δικαιώματα του ανθρώπου και των θεμελιωδών ελευθεριών.
- Όταν διαμένουν σε οποιαδήποτε εγκατάσταση-καταφύγιο, φροντίδα και θεραπεία, με πλήρη σεβασμό για την αξιοπρέπεια, τις πεποιθήσεις τους, τις ανάγκες και την ιδιωτική τους ζωή και το δικαίωμα να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα και την ποιότητα της ζωής τους.

## ΑΥΤΟ - ΕΚΠΛΗΡΩΣΗ

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα:

- Να συνεχίσουν τις ευκαιρίες για την πλήρη ανάπτυξη των δυνατοτήτων τους.
- Να έχουν πρόσβαση στην εκπαίδευση πολιτιστική-πνευματική και στους ψυχαγωγικούς πόρους της κοινωνίας.

## ΑΞΙΟΠΡΕΠΕΙΑ

Τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα:

- Να έχουν δίκαιη μεταχείριση ανεξάρτητα από την ηλικία, το φύλο, τη φυλετική ή εθνοτική καταγωγή ή αναπηρία ή άλλη κατάσταση, και θα πρέπει να αποτιμάται ανεξάρτητα από την οικονομική συνεισφορά τους.
- Να ζουν με αξιοπρέπεια και ασφάλεια και να είναι απαλλαγμένοι από την εκμετάλλευση και τη σωματική ή ψυχική κακοποίηση.

- Να ασκούν την προσωπική αυτονομία στη λήψη αποφάσεων της υγειονομικής τους περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος να πεθάνουν με αξιοπρέπεια από συγκατάθεσή του ή απορρίψει αγωγής, που έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για να παρατείνει τη ζωή.

[http://www.sa.agedrights.asn.au/residential\\_care/preventing\\_elder\\_abuse/rights\\_of\\_older\\_person](http://www.sa.agedrights.asn.au/residential_care/preventing_elder_abuse/rights_of_older_person)