



Πτυχιακή Εργασία

**Καταγραφή αναγκών ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στο
Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) δήμου
Μαλεβιζίου.**

Τάσεις και προοπτικές του θεσμού.



Μαρία Μπαλοθιάρη, Α.Μ. 3149

Αμαλία Σταυριανάκη, Α.Μ. 3183

Αθηνά Τουμπουλίδου, Α.Μ. 3217

Επιβλέπων καθηγητής

Γεώργιος Παναγιωτάκης

Καθηγητής εφαρμογών

**Ηράκλειο
Μάιος 2012**

Περίληψη

Εισαγωγή. Οι ηλικιωμένοι, αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα με ποικίλα προβλήματα και αυξημένες σωματικές, κοινωνικοοικονομικές, ψυχολογικές και εκπαιδευτικές ανάγκες. Αυτές αντιμετωπίζονται από άτυπα δίκτυα (οικογένεια, φίλοι, γειτονιά), τον ιδιωτικό τομέα και την κρατική πρόνοια. Τα κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) αποτελούν μια εξωνοσοκομειακή δομή όπου με τη συμμετοχή της διεπιστημονικής ομάδας υγείας μπορούν να ικανοποιηθούν αρκετές ανάγκες των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους με σχετικά μικρό κόστος για το σύστημα υγείας και με πολλά πλεονεκτήματα στην ποιότητα ζωής τους.

Σκοπός. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των αναγκών ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στο Κ.Η.Φ.Η. του δήμου Μαλεβιζίου, όπως αναφέρονται από τους ίδιους και τους συνοδούς/φροντιστές τους.

Μεθοδολογία. Η καταγραφή των αναγκών έγινε με κατάλληλο δομημένο ερωτηματολόγιο 34 ερωτήσεων όπου ο έλεγχος της εγκυρότητας περιλάμβανε την πιλοτική του εφαρμογή. Συμπληρώθηκε μέσω συνέντευξης (στους ηλικιωμένους) και με αυτοσυμπλήρωση (συνοδοί/φροντιστές). Η μελέτη έγινε το Φεβρουάριου του 2012 και δέχθηκαν να συμμετάσχουν και οι 25 ηλικιωμένοι του Κέντρου και οι συνοδοί/φροντιστές τους.

Αποτελέσματα. Στα βασικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων βρέθηκε πολύ υψηλό ποσοστό 44% συνοσηρότητας (≥ 3 χρόνια νοσήματα) και 62,5% στη χρήση πολυφαρμακίας. Από τα προβλήματα με μεγαλύτερη ένταση ή συχνότητα βρέθηκε η «μοναξιά», η ένταση «σωματικού πόνου», «τα κινητικά προβλήματα» και τα «προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης στο σπίτι». Στις ανάγκες αντίστοιχα βρέθηκε η «συντροφιά», ο «γιατρός/φυσιοθεραπευτής» και η «σωστή λήψη φαρμάκων». Οι ηλικιωμένοι με ≥ 3 χρόνια νοσήματα εξέφρασαν σε μικρότερη συχνότητα την «συντροφιά» ως σημαντικό πρόβλημα ή ανάγκη ($p=0.035$). Σημαντικότερα ζητήματα για εκπαίδευση βρέθηκαν «ο τρόπος διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι τους, έτσι ώστε να προλαμβάνουν πιθανά ατυχήματα» και οι κανόνες/τρόποι για τη σωστή λήψη φαρμάκων. Πάνω από 96% εκφράζει «πολύ ή άριστη» ικανοποίηση από το Κ.Η.Φ.Η. στη ψυχολογική υποστήριξη και φροντίδα και περίπου 76% στη ξενοδοχειακή υποδομή. Στις βελτιώσεις που χρειάζεται η παροχή φροντίδας, το 24% αναφέρει το «φυσιοθεραπευτήριο», 12% τη «μεταφορά» ή 8% τη «θέρμανση». Η ικανοποίηση των συνοδών/φροντιστών από το Κ.Η.Φ.Η. είναι σε εξίσου υψηλό βαθμό (9,5 με άριστη το 10) ενώ για τις ανάγκες των ηλικιωμένων θεωρείται απαραίτητη η προσθήκη «φυσιοθεραπευτή/οργάνων φυσιοθεραπείας», η «θέρμανση», οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες και η συμβολή του στη «μεταφορά».

Συμπεράσματα. Υπάρχουν σημαντικές ανάγκες των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στο Κ.Η.Φ.Η. και αφορούν περισσότερο τη μοναξιά και την αντιμετώπιση κινητικών προβλημάτων μέσω φυσιοθεραπειών, η ικανοποίηση όμως από τις μορφές φροντίδας του Κέντρου είναι πολύ υψηλή τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τους συνοδούς/φροντιστές τους.

ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της εργασίας μας συνέβαλαν στον μέγιστο βαθμό τόσο το προσωπικό και οι υπηρεσιακοί παράγοντες του Κ.Η.Φ.Η.

Μαλεβιζίου

όσο και ο επιβλέπων καθηγητής μας κ. Γ. Παναγιωτάκης. Θα θέλαμε να τους ευχαριστήσουμε για τη συμπαράσταση αυτή, με

ιδιαίτερη αναφορά στη νοσηλεύτρια

του Κέντρου κ. Αθηνά Λυγεράκη.

Θέλαμε όμως να τονίσουμε ξεχωριστά την ευχαρίστηση και

ικανοποίηση μας στους ηλικιωμένους που φιλοξενούνται στο

Κέντρο αλλά και στους συνοδούς/φροντιστές τους, καθώς χωρίς τη

συμμετοχή τους δε θα ήταν εφικτή η ολοκλήρωση της εργασίας

μας.

αφιερώνεται στις οικογένειες μας

Περιεχόμενα

Περίληψη	i
Ευχαριστίες	ii
Περιεχόμενα	iii

Κεφάλαιο 1^ο: Γενικές αρχές φροντίδας ηλικιωμένων

1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης.	1
1.2 Έννοια και χαρακτηριστικά Τρίτης & Τέταρτης Ηλικίας.	4
1.3 Οργανικές και ψυχοκοινωνικές μεταβολές του φυσιολογικού γήρατος	5
1.4 Αξιολόγηση των ηλικιωμένων.	9
1.5 Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων.	12

Κεφάλαιο 2^ο: Δομές και υπηρεσίες υποστήριξης των ηλικιωμένων - Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων

2.1 Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα ηλικιωμένων. Τάσεις και προοπτικές.	15
2.2 Προγράμματα και μέτρα κοινωνικής προστασίας για την Τρίτη Ηλικία.	18
2.3 Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).	22
2.3.1 Σκοπός, στόχοι και τρόπος οργάνωσης και λειτουργίας ενός ΚΗΦΗ.	23
2.3.2 Κέντρο ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων Δήμου Μαλεβιζίου. Λειτουργία και δράσεις του.	27
2.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ιατροκοινωνική φροντίδα υγείας (γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.).	31

Κεφάλαιο 3^ο: Ανάγκες ηλικιωμένων

3.1 Εισαγωγή	36
3.2 Σωματικές ανάγκες.	39
3.3 Ψυχολογικές ανάγκες.	40
3.4 Κοινωνικές & Οικονομικές ανάγκες.	42
3.5 Εκπαιδευτικές ανάγκες.	45

Κεφάλαιο 4^ο: Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1 Εισαγωγική αναφορά.	52
4.2 Σκοπός της έρευνας.	54

4.3	Χώρος διεξαγωγής της έρευνας.	54
4.4	Δείγμα & διάρκεια της έρευνας.	54
4.5	Ερευνητικό εργαλείο – Τρόπος συλλογής των δεδομένων.	55
4.6	Πιλοτική έρευνα.	56
4.7	Δεοντολογία της έρευνας.	56
4.8	Στατιστική ανάλυση.	57

Κεφάλαιο 5^ο : Αποτελέσματα

5.1	Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων	58
5.2	Φυσική/σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων	60
5.3	Προβλήματα & ανάγκες των ηλικιωμένων	65
5.4	Εκπαιδευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων	72
5.5	Ικανοποίηση ηλικιωμένων από το ΚΗΦΗ	75
5.6	Ικανοποίηση & αξιολόγηση φροντίδας στο ΚΗΦΗ από τους συνοδούς/φροντιστές των ηλικιωμένων	78

Κεφάλαιο 6^ο : Συμπεράσματα - Συζήτηση - Προτάσεις

6.1	Συμπεράσματα	83
6.2	Συζήτηση	88
6.3	Προτάσεις	91
6.3.1	Επιμόρφωση & Εκπαίδευση	91
6.3.2	Ξενοδοχειακή υποδομή – Παροχές φροντίδας	98
6.4	Περιορισμοί της έρευνας & ερευνητικές προτάσεις	99
6.5	Γενική σύνοψη εργασίας	100

Βιβλιογραφία

α.	Ελληνική	101
β.	Διεθνής	103
γ.	Από διαδίκτυο	105

Παράρτημα

A	- Ερωτηματολόγιο	107
B	- Έγκριση εκπόνησης πτυχιακής εργασίας	112

Κεφάλαιο 1^ο

Γενικές αρχές φροντίδας ηλικιωμένων

1.1 Το φαινόμενο της δημογραφικής γήρανσης.

Το φαινόμενο της δημογραφικής ωρίμανσης και γήρανσης του πληθυσμού, που παρατηρείται έκδηλα κυρίως στις αναπτυγμένες οικονομικά χώρες του κόσμου, έχει φέρει στην επιφάνεια την ανάγκη συστηματικής καταγραφής, μελέτης και αντιμετώπισης των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ατόμων της τρίτης ηλικίας, που απορρέουν κατά κύριο λόγο από τη συσσώρευση των συμπτωμάτων της πνευματικής και της σωματικής κάμψης, που συνοδεύουν τα γηρατεία. **Ως**

δημογραφική γήρανση ορίζουμε τη συνεχή αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων ατόμων (60, 65, 70, 75+) στο συνολικό πληθυσμό (Κοτζαμάνης 1993). Βασικό αίτιο του φαινομένου είναι η αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων που οφείλεται στη μείωση της θνησιμότητας και στην παράλληλη αύξηση του προσδόκιμου ορίου



επιβίωσης, ως αποτέλεσμα της βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης, διατροφής, ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, εξυγίανσης του περιβάλλοντος και ελέγχου των λοιμωδών νοσημάτων, ανόδου του βιοτικού επιπέδου, παράλληλα με τη μείωση των γεννήσεων και την αύξηση της μέσης διάρκειας ζωής (Παναγιωτάκης, 2008).

Οι υπερήλικες παρουσιάζουν οξύτατες ανάγκες φροντίδας και περίθαλψης, που προβληματίζουν τόσο το άμεσο οικογενειακό τους περιβάλλον, όσο και το ευρύτερο

κοινωνικό σύνολο, ενώ η συνεχής αριθμητική τους αύξηση δυσχεραίνει την αντιμετώπιση του όλου ζητήματος, ακόμα και σε κράτη που διαθέτουν εύρωστη οικονομία (Δαρδαβέσης, 1993).

Έτσι, ενώ έχουμε αύξηση του γενικού πληθυσμού (πίνακας 1), ο αριθμός των ατόμων, αμφοτέρων των φύλων, μεταξύ 0-14 ετών έχει μειωθεί σημαντικά (από 29% το 1951 σε 19% του γενικού πληθυσμού το 1991). Η ηλικιακή ομάδα ατόμων 15-64 ετών, αμφοτέρων των φύλων, παρουσιάζει αύξηση, σχετικά μικρή, γύρω στο 3%, ενώ η ομάδα ατόμων 65 ετών και άνω έχει διπλασιασθεί αναλογικά (από 7% το 1951 σε 14% το 1991) και αποτελούσε, το 1991, περίπου το 1/7 του συνολικού πληθυσμού της Ελλάδας (Χουσιάδας, 1999).

Πίνακας 1: Συγκριτικά στοιχεία πληθυσμού της Ελλάδας κατά μεγάλες ομάδες ηλικιών και φύλο: 1951-1991

Έτος	Απόλυτοι αριθμοί				Αναλογία %		
	Σύνολο	Ετών 0-14	Ετών 15-64	Ετών 65 και άνω	Ετών 0-14	Ετών 15-64	Ετών 65 και άνω
Αμφοτέρων των φύλων							
1951	7 632.801	2.188.247	4.923.156	511.398	29	64	7
1961	8 388.563	2.243.962	5.457.937	686.654	27	65	8
1971	8.768.372	2.223.904	5.587.352	957.118	25	64	11
1981	9.739.589	2.307.297	6.192.751	1.239.541	24	63	13
1991	10.529.900	1.974.867	6.880.681	1.404.352	19	67	14
Άρρενες							
1951	3.721.648	1.127.659	2.366.968	227.021	30	64	6
1961	4.091.894	1.152.412	2.643.708	295.774	28	65	7
1971	4.286.748	1.142.456	2.725.636	418.656	27	63	10
1981	4.779.571	1.185.908	3.043.681	549.984	25	64	11
1991	5.055.408	1.014.941	3.422.464	618.003	20	66	12
Θήλειες							
1951	3.911.153	1.070.588	2.556.188	284.377	28	65	7
1961	4.296.659	1.091.550	2.814.229	390.880	25	66	9
1971	4.481.524	1.081.448	2.881.716	538.460	24	64	12
1981	4.960.018	1.121.391	3.148.070	689.557	23	63	14
1991	5.204.492	959.926	3.458.217	786.349	18	67	15
Πηγή: Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (1996)							

Με βάση τα στοιχεία της Eurostat δίνεται στην 1η στήλη του πίνακα 2 ο αριθμός των παιδιών ηλικίας 0-14 ετών στις χώρες-παλαιά μέλη της Ε.Ε. και στο σύνολό τους (Ε.Ε.15) την 1η Ιανουαρίου 1991, στη 2η ο αριθμός τους την 1η Ιανουαρίου 2008 και στην 3η η ποσοστιαία μεταβολή τους. Στις επόμενες τρεις στήλες δίνονται τα αντίστοιχα στοιχεία των ηλικιωμένων στην ομάδα ηλικιών 65 ετών και άνω. Στην 7η και 8η στήλη δίνεται ο δείκτης γήρανσης δηλαδή η σχέση του αριθμού των ηλικιωμένων προς τα παιδιά τα έτη 1991 και 2008 και στην τελευταία στήλη η ποσοστιαία μεταβολή του (Δρεττάκης, 2010).

Πληθυσμός στις ομάδες ηλικιών 0-14 και 65+ ετών και δείκτης γήρανσης του πληθυσμού στα κράτη-μέλη της Ε.Ε.-15 [1η Ιανουαρίου 1991 και 2008]

Κράτη-μέλη	0-14 ετών			65+ ετών			65+ ετών/0-14 ετών		
	1991	2008	Μεταβολή	1991	2008	Μεταβολή	1991	2008	Μεταβολή
Βέλγιο	1.811.271	1.800.455	-0,6%	1.500.682	1.819.726	21,3%	0,83%	1,01%	22,0%
Δανία	873.630	1.009.917	15,6%	802.030	853.041	6,4%	0,92%	0,84%	-8,0%
Γερμανία	12.934.617	11.281.696	-12,8%	11.914.328	16.518.744	38,6%	0,92%	1,46%	59,0%
Ιρλανδία	944.109	905.102	-4,1%	402.247	478.918	19,1%	0,43%	0,53%	24,2%
Ελλάδα	1.953.764	1.600.800	-18,1%	1.408.572	2.090.363	48,4%	0,72%	1,31%	81,1%
Ισπανία	7.573.358	6.619.536	-12,6%	5.359.908	7.520.308	40,3%	0,71%	1,14%	60,5%
Γαλλία	11.818.403	11.809.896	-0,1%	8.142.988	10.505.878	29,0%	0,69%	0,89%	29,1%
Ιταλία	9.254.392	8.367.043	-9,6%	8.555.996	11.945.986	39,6%	0,92%	1,43%	54,4%
Λουξεμβούργο	67.127	87.819	30,8%	51.678	67.693	31,0%	0,77%	0,77%	0,1%
Ολλανδία	2.738.333	2.935.724	7,2%	1.933.642	2.414.826	24,9%	0,71%	0,82%	16,5%
Αυστρία	1.350.690	1.277.511	-5,4%	1.153.382	1.425.039	23,6%	0,85%	1,12%	30,6%
Πορτογαλία	1.993.079	1.628.852	-18,3%	1.356.709	1.849.831	36,3%	0,68%	1,14%	66,8%
Φινλανδία	964.203	894.590	-7,2%	672.965	875.231	30,1%	0,70%	0,98%	40,2%
Σουηδία	1.548.202	1.541.733	-0,4%	1.526.196	1.608.413	5,4%	0,99%	1,04%	5,8%
Βρετανία	10.942.215	10.737.389	-1,9%	9.031.204	9.854.523	9,1%	0,83%	0,92%	11,2%
Ε.Ε.-15	66.767.393	62.498.063	-6,4%	53.812.527	69.828.520	29,8%	0,81%	1,12%	38,6%

Από τον πίνακα αυτό φαίνεται ότι το 2008 σε σχέση με το 1991 στην ομάδα ηλικιών:

- 0-14 ετών σημειώθηκε αύξηση σε τρεις χώρες (το Λουξεμβούργο, τη Δανία και την Ολλανδία) και μείωση στις υπόλοιπες και στην Ε.Ε.15 ως σύνολο. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στο Λουξεμβούργο και στη Δανία και η μεγαλύτερη μείωση στην Πορτογαλία και στην Ελλάδα.
- 65 ετών και άνω σημειώθηκε αύξηση σε όλες τις χώρες. Η μεγαλύτερη αύξηση σημειώθηκε στην Ελλάδα και στην Ισπανία και η μικρότερη στη Σουηδία και στη Δανία.

Συνοψίζοντας και τις δύο ομάδες ηλικιών παρατηρούμε ότι οι πέντε χώρες με τη μεγαλύτερη μείωση της ομάδας ηλικιών 0-14 ετών (κατά σειρά Πορτογαλία, Ελλάδα, Γερμανία, Ισπανία και Ιταλία) έχουν και τη μεγαλύτερη αύξηση της ομάδας ηλικιών με διαφορετική, όμως, σειρά (Ελλάδα, Πορτογαλία, Ισπανία, Γερμανία και Ιταλία). Πρόκειται για τις χώρες με τη μικρότερη γεννητικότητα, δηλαδή τις χώρες με το οξύτερο δημογραφικό πρόβλημα.

Εξαιτίας των διαφορών στη μεταβολή των ομάδων ηλικιών 0-14 και 65 ετών και άνω, όπως φαίνεται από την τελευταία στήλη του πίνακα ο δείκτης γήρανσης αυξήθηκε στις 14 από τις 15 χώρες (μειώθηκε μόνο στη Δανία). Η μεγαλύτερη αύξηση, όπως ήταν αναμενόμενο, σημειώθηκε, κατά σειρά, στην Ελλάδα, την Πορτογαλία, την Ισπανία, τη Γερμανία και την Ιταλία.

Οι σημαντικότερες επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης όπως αναφέρει ο Κοτζαμάνης (1993), είναι οι εξής:

- α) Οικονομικές και αφορούν τη χρηματοδότηση των δαπανών για κοινωνική ασφάλιση και τις δαπάνες για την υγεία. Υπάρχουν επίσης απόψεις πολλών επιστημόνων που αναφέρουν τις οικονομικές επιπτώσεις στην κατανάλωση και την αποταμίευση, στις δημόσιες επενδύσεις ιδιαίτερα στους τομείς υγείας, περίθαλψης, πρόνοιας και στις ιδιωτικές, και τέλος στην παραγωγή και την παραγωγικότητα.
- β) Πολιτικές όπου οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται όλο και περισσότερο στο εκλογικό σώμα, και θεωρούνται πιο συντηρητικοί. Με αυτόν τον τρόπο πιστεύεται ότι δυσχεραίνονται οι κοινωνικές αλλαγές (πρόσδεση στην παράδοση, τα κεκτημένα, έλλειψη τόλμης και επιθυμίας για αλλαγή).
- γ) Εθνικές στις οποίες αναφέρονται οι επιπτώσεις στην άμυνα και η αύξηση των κονδυλίων για πολεμικούς εξοπλισμούς εξαιτίας της μείωσης του στρατεύσιμου πληθυσμού.
- δ) Κοινωνικές, δηλαδή στη σύγκρουση γενεών και τη διεύρυνση του χάσματος ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τους νέους, στη διεύρυνση της φτώχειας και στη περιθωριοποίηση κοινωνικών ομάδων (Εμκε – Πουλοπούλου, 1999).

1.2 Έννοια και χαρακτηριστικά Τρίτης & Τέταρτης Ηλικίας.

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου. Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης ποικίλλει τόσο από άτομο σε άτομο, όσο και στα διάφορα οργανικά συστήματα του ίδιου του ατόμου. Η πραγματικότητα αυτή καθιστά αυθαίρετη κάθε προσπάθεια καθορισμού χρονολογικής ηλικίας έναρξης των μεταβολών λόγω γήρανσης.

Το πότε ακριβώς η ατομική πορεία γήρανσης κάνει έναν ενήλικα «γέρο» ή «ηλικιωμένο» εξαρτάται επίσης από τις κοινωνικές συνθήκες και από το νομικό και διοικητικό καθεστώς. Η



θεσμοθέτηση τον 20ο αιώνα, ιδιωτικών και δημοσίων συστημάτων συνταξιοδότησης που αποδίδουν οφέλη μετά από καθορισμένες ηλικίες, ο αντίστοιχος προσδιορισμός της ηλικίας συνταξιοδότησης και η διαμόρφωση πολλών άλλων ηλικιακών κατωφλίων για

την είσοδο ή τον αποκλεισμό από συγκεκριμένες ομάδες, δραστηριότητες ή δικαιώματα είχαν μέχρι τη δεκαετία του 1970 δημιουργήσει ένα πλέγμα κοινωνικών συμβάσεων ότι τα γηρατεία αρχίζουν στα 60 ή στα 65 (Johnson, 2008).

Σήμερα έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός (Γρηγοριάδου και συν., 1991). Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) το έτη 75-90 αντιστοιχούν στην 4η ηλικία και πάνω από 90 στην 5η ηλικία. Επίσης, ως πραγματικά υπερήλικες (aged) χαρακτηρίζονται οι πάνω των 75 ετών, ενώ ως νεώτεροι υπερήλικες (elderly) οι μεταξύ 65-74 ετών (Χανιώτης, 1998).

Η μελέτη και η αντιμετώπιση των ιατροκοινωνικών προβλημάτων της τρίτης ηλικίας αποτελούν αντικείμενο των επιστημονικών κλάδων της Γεροντολογίας και της Γηριατρικής. Η Γεροντολογία είναι η επιστήμη του γήρατος υπό την κοινωνικοοικονομική έννοια και η Γηριατρική είναι η αμιγώς ιατρική επιστήμη του γήρατος, που ασχολείται με τα βιολογικά, κλινικά, εργαστηριακά και θεραπευτικά προβλήματα των ηλικιωμένων (Portnoi, 1980).

1.3 Οργανικές και ψυχοκοινωνικές μεταβολές του φυσιολογικού γήρατος.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης είναι οι εξής:

1. Η κληρονομικότητα
2. Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
3. Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
4. Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
5. Η υγιεινή διαβίωση (Δαρδαβέσης, 1999).

Οι περισσότεροι επιστήμονες, που ασχολούνται με τη φυσιολογία και τη βιολογία της γήρανσης, συμφωνούν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μια και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης. Οι μέχρι σήμερα θεωρίες που προσπαθούν να ερμηνεύσουν τη διαδικασία της γήρανσης διακρίνονται σε γενετικές και σε μη γενετικές. Στις γενετικές θεωρίες συγκαταλέγονται οι θεωρίες των λαθών, η θεωρία των περιττών μηνυμάτων, η θεωρία της αντιγραφής (DNA) και η θεωρία του γενετικού προγράμματος. Στις μη γενετικές θεωρίες της γήρανσης συγκαταλέγονται η

ανοσοβιολογική θεωρία, η θεωρία συνδετικού ιστού, η θεωρία των συσσωρευμένων βλαβών κυττάρων και ιστών στη διάρκεια της ζωής και η θεωρία των ελεύθερων ριζών (οξειδωτικού στρες) (Herbert, 2011; Bengtson et al., 2009).

Οι σημαντικότερες φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στους ηλικιωμένους (ενδεικτικά) είναι:

Γενικές

- Προοδευτική απώλεια του συνολικού αριθμού των κυττάρων, δηλαδή μειώνεται το αρχικό βάρος των οργάνων.
- Ο κολλαγονικός ιστός είναι πυκνότερος και επηρεάζει τη διάχυση των θρεπτικών συστατικών και την απομάκρυνση των άχρηστων, με αποτέλεσμα να επιδεινώνεται η λειτουργία καθώς ελαττώνεται η πνευμονική αντίσταση και η ελαστικότητα των αγγείων.
- Το στρώμα του χόνδρου γίνεται εύθραυστο, διασπάται εύκολα και έχουμε αύξηση της αρθρίτιδας, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται αλλαγές στα οστά.

Μεταβολές στο γαστρεντερικό σύστημα

- Ελαττωμένο αίσθημα γεύσης, βλάβη της οδοντοστοιχίας, μείωση της ροής σιέλου.
- Μειωμένη κινητικότητα οισοφάγου και διάταση του.
- Μείωση της έκκρισης γαστρικού οξέος και της περισταλτικότητας του στομάχου.
- Μειωμένη κυκλοφορία αίματος στο έντερο με παράλληλη μείωση και των κυττάρων του εντέρου που συμβάλλουν στην απορρόφηση.
- Επιβράδυνση του περισταλισμού.
- Δυσκοιλιότητα, υποσιτισμός.

Μεταβολές στο αναπνευστικό και καρδιαγγειακό σύστημα

- Η πρόσληψη O₂ ελαττώνεται κατά 15%.
- Ο αριθμός των κυψελίδων μειώνεται και το μέγεθος τους αυξάνει.
- Το κροσσωτό επιθήλιο δεν λειτουργεί ικανοποιητικά.
- Ελαττώνεται η μέγιστη ζωτική χωρητικότητα.
- Μειώνεται η καρδιακή παροχή κατά 1% ανά έτος.
- Ήπια υπερτροφία της αριστερής κοιλίας.
- Αύξηση της ακαμψίας των αγγείων.

Μεταβολές στο νευρικό και ενδοκρινικό σύστημα

- Σταδιακή απώλεια των εγκεφαλικών κυττάρων και νεύρων.
- Μείωση της αιμάτωσης του εγκεφάλου.
- Επιβράδυνση των αντιδράσεων.
- Προοδευτική μείωση της μνήμης και ειδικότερα της πρόσφατης μνήμης.
- Αλλαγή στις συνήθειες του ύπνου.
- Σταδιακή ατροφία των ενδοκρινικών αδένων.
- Αλλαγή στην προσωπικότητα.

Μεταβολές στο μυοσκελετικό σύστημα

- Μείωση της μυϊκής μάζας.
- Εμφάνιση οστεοπόρωσης και αυξημένος κίνδυνος καταγμάτων.
- Σμίκρυνση των σπονδύλων και των μεσοσπονδυλίων δίσκων.

Μεταβολές στα αισθητήρια όργανα

- Μείωση της όρασης και της ικανότητας να προσαρμόζεται στο λίγο φως. Στα κλινικά προβλήματα περιλαμβάνονται η πρεσβυωπία, ο γεροντικός καταρράκτης και το γλαύκωμα.
- Προοδευτική μείωση της ακοής, ιδιαίτερα στους υψηλούς τόνους.
- Εκχυμώσεις δέρματος που οφείλονται στην ευθραστότητα των αγγείων και του υποδορίου ιστού.
- Τοπική αποχρωμάτωση ή υπερχρωμάτωση
- Παρατηρούνται αυξημένες προσβολές βακτηριακών λοιμώξεων λόγω μείωσης κατά 70% των μακροφάγων στο χόριο) (Herbert, 2011; Πλατή, 2003).

Οι ασθενείς εμφανίζουν και αρκετές ψυχοκοινωνικές μεταβολές που είναι αποτέλεσμα κυρίως των προβλημάτων κινητικότητας (μειωμένες κοινωνικές επαφές, μοναξιά, κατάθλιψη), της μείωσης γνωστικών λειτουργιών (π.χ. σύγχυση, άνοιες) της έλλειψης επικοινωνίας με τους "νεώτερους", των χρόνιων προβλημάτων υγείας και της μεγάλης θνησιμότητας στο συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον.

Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν κατά βάση παθήσεις ανάλογες με αυτές των ατόμων της μέσης ηλικίας. Η διαφορά έγκειται στο γεγονός, όπως αναφέρθηκε και παραπάνω στο ότι οι λειτουργικές τους δραστηριότητες παρουσιάζουν μειώσεις και μεταβολές, υποφέρουν ταυτόχρονα από πολλά προβλήματα υγείας και έχουν ανάγκη μεγαλύτερης διάρκειας χρόνου νοσηλείας. Επιπλέον η χορήγηση διαφόρων φαρμάκων για την

αντιμετώπιση μιας παθολογικής κατάστασης μπορεί να οδηγήσει στην εμφάνιση πολυφαρμακίας, ψυχιατρικών συνδρόμων, πολλών παρενεργειών, ενώ και η χρήση ψυχοφαρμάκων μπορεί να προκαλέσει ή να επιτείνει κάποιο παθολογικό πρόβλημα.

Η γήρανση και η ασθένεια συνδέονται με τρεις κυρίως τρόπους:

α) *Διαφορετική ανταπόκριση στην ασθένεια.* Μερικές ασθένειες θεραπεύονται δυσκολότερα σε ηλικιωμένα άτομα συγκριτικά με νεαρότερα (π.χ. πνευμονία, κατάγματα).

β) *Ασθένειες που σχετίζονται με τη γήρανση.* Μερικές ασθένειες είναι τόσο στενά συνδεδεμένες με τη γήρανση, ώστε παρατηρούνται σε κάποιο βαθμό σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα (π.χ. η αρτηριοσκλήρυνση).

γ) *Αυξημένος κίνδυνος λόγω γήρανσης.* Πολλές ασθένειες παρατηρούνται πολύ συχνότερα με την πάροδο του χρόνου, παρόλο που δεν εμφανίζονται μόνο σε ηλικιωμένα άτομα (π.χ. οι συνηθέστεροι καρκίνοι).

Η προσέγγιση των προβλημάτων των γηριατρικών ασθενών πρέπει να γίνεται χωρίς παρωπίδες, που οδηγούν σε αδυναμία εκτίμησης των γενετικών, περιβαλλοντικών, ψυχολογικών, μορφωτικών και οικογενειακών δεδομένων που επιδρούν στην υγεία των υπερηλίκων. Παράλληλα η προσέγγιση τους πρέπει να γίνεται με πνεύμα ανθρωπισμού, προκειμένου να επιτευχθεί σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή, ενώ η λεπτομερής εκτίμηση της κατάστασης, σε συνδυασμό με ένα αποτελεσματικό πρόγραμμα θεραπείας, πρέπει να διαπνέεται από την αρχή της ελάχιστης παρέμβασης. Τέλος, είναι απαραίτητη η ενημέρωση για την υποδομή και τις δυνατότητες των υγειονομικών υπηρεσιών της περιοχής, ιδίως σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας προκειμένου οι επαγγελματίες υγείας να προσφέρουν ολοκληρωμένη υγειονομική φροντίδα στους υπερηλίκους ασθενείς τους. Τα πιο συχνά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι:

- ✓ Πόνος.
- ✓ Διαταραχή του ύπνου.
- ✓ Διαταραχή της κινητικότητας.
- ✓ Πτώσεις.
- ✓ Πλημμελής ατομική υγιεινή.
- ✓ Λανθασμένη χρήση των φαρμάκων.
- ✓ Εγκατάλειψη και κακομεταχείριση.
- ✓ Κατακλίσεις.
- ✓ Ακράτεια κοπράνων ή δυσκοιλιότητα.

- ✓ Έλλειμμα στις αισθήσεις.
- ✓ Γνωστικές διαταραχές.
- ✓ Προβλήματα διατροφής
- ✓ Καρκίνος (Ignatavicius & Workman, 2008; Πλατή, 2003)

Οι ασθενείς επίσης εμφανίζουν σημαντικά αναπνευστικά, καρδιολογικά, ψυχολογικά και κοινωνικοοικονομικά προβλήματα.

1.4 Αξιολόγηση των ηλικιωμένων.

Σκοπός της αρχικής αλλά και της συνεχιζόμενης αξιολόγησης ενός ηλικιωμένου είναι:

- ◇ μια οργανωμένη, συστηματική και σκόπιμη συλλογή πληροφοριών, που αναφέρονται στην τρέχουσα και τη μελλοντική υγεία του ηλικιωμένου και
- ◇ η καθιέρωση μιας βάσης δεδομένων σε σχέση με το επίπεδο υγείας, τις πρακτικές υγείας και το ιστορικό νόσων και εμπειριών.

Οι πληροφορίες λαμβάνονται από τον ηλικιωμένο, τους συγγενείς, τον ιατρικό και το νοσηλευτικό φάκελο και τη σχετική βιβλιογραφία

Αν και οι επαγγελματίες υγείας και οι φροντιστές (συγγενείς / φίλοι/ άτομα φροντίδας) μπορούν να εκφράζουν απόψεις για το σχέδιο της φροντίδας τους, ειδικά εάν αυτό είναι μακροχρόνιο, στην πραγματικότητα οι ηλικιωμένοι είναι αυτοί που αποφασίζουν αν θα το δεχτούν ή όχι.



Είναι προφανές ότι η τελική απόφαση πρέπει να στηρίζεται:

- ✓ στην ικανότητα του ηλικιωμένου να λαμβάνει αποφάσεις,
- ✓ στην σωματική και ψυχική του υγεία,
- ✓ στις γνώσεις,
- ✓ στις εμπειρίες,
- ✓ στις υποδομές που έχουν (στο σπίτι, στο γηροκομείο κλπ),
- ✓ και στο υποστηρικτικό δίκτυο.

Οι σημαντικότερες περιοχές αξιολόγησης του ηλικιωμένου ασθενή είναι οι ακόλουθες: (Πλατή, 2003).

1. Αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.
2. Συνήθειες ή επιθυμητοί τρόποι καθημερινής ζωής.

3. Δραστηριότητες, γεγονότα και απαιτήσεις της καθημερινής ζωής που επηρεάζουν ή επηρεάζονται από τη λειτουργική του κατάσταση.
4. Λειτουργική κατάσταση.
5. Κατάσταση εξωτερικών πηγών και περιβαλλοντικών παραγόντων που συνθέτουν την καθημερινή ζωή.

Σχετικά με τη λειτουργική του κατάσταση οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν στα ακόλουθα στοιχεία:

Κατηγορίες λειτουργικής κατάστασης

Αναπνευστικό	Δυσφορία, πόνος κατά το βήχα, συρίττουσα αναπνοή, ταχυκαρδία, αιματηρή απόχρεμψη.
Κυκλοφορικό	Καρδιακός πόνος και χαρακτηριστικά του, προκάρδιο βάρος, επεισόδια ταχυκαρδίας, ζάλη, συγκοπτικά επεισόδια.
Επικοινωνία	Οποιαδήποτε προβλήματα προκαλούν δυσκολίες στην επίτευξη επικοινωνίας με τους άλλους ανθρώπους.
Διατροφή-φαγητό	Όρεξη για φαγητό, ικανοποίηση από το φαγητό, δίαιτα, σωματικό βάρος, προβλήματα μάσησης. Παρασκευή φαγητού: δεξιότητες, ικανοποίηση. Προμήθεια φαγητού: αριθμοί ημερήσιων γευμάτων, συνήθη φαγητά. Τόπος φαγητού: σπίτι, ίδρυμα, εστιατόριο.
Λειτουργία εντέρου	Συχνότητα κενώσεων, συνοδευόμενα προβλήματα, χρήση υπακτικών φαρμάκων.
Λειτουργία κύστεως	Συχνουρία, πόνος κατά την ούρηση, ακράτεια ούρων, απώλεια ούρων.
Προσωπική εμφάνιση	Ενδιαφέρον και ικανότητα για προσεγμένη προσωπική εμφάνιση, αδιαφορία, ατημέλητη συμπεριφορά.
Κινητικότητα ασφάλεια	Είδη δραστηριοτήτων, βάδισμα, ατυχήματα, ισορροπία, αδυναμία, ζάλη, μυϊκή ακαμψία, πόνος, κατάσταση κάτω άκρων, παπούτσια κατάλληλα για την εποχή και διαθέσιμα ενδύματα.
Αισθήσεις	Όραση, ακοή, χρησιμοποίηση γυαλιών ή άλλων βοηθητικών μέσων, αντίληψη αισθητικών ερεθισμάτων.
Ύπνος	Τόπος ύπνου, νυκτερινή αφύπνιση, συχνότητα και διάρκεια αφύπνισης, χρησιμοποιούμενα μαξιλάρια και υπνωτικά φάρμακα
Κοινωνική Συναισθηματική Γνωστική κατάσταση	Προβλήματα μνήμης, δυσκολίες κατανόησης, βραδεία απάντηση στο ερέθισμα, ικανοποίηση από την κοινωνική ζωή, εμπόδια, χρησιμοποίηση χρόνου ως προς τις διάφορες πηγές ή τα εμπόδια.

Αναφορικά με τις εξωτερικές πηγές ή τα διάφορα εμπόδια οι πληροφορίες που συλλέγονται αφορούν στα ακόλουθα στοιχεία:

Κατοικία	<i>Τύπος σπιτιού:</i> μονοκατοικία, πολυκατοικία, συγκατοίκηση με άλλους, ξενοδοχείο, προσωρινή κατοικία, έλλειψη κατοικίας. <i>Ίδρυμα:</i> μονάδα εντατικής νοσηλείας, μονάδα οξέων νοσημάτων, δωμάτιο μονόκλινο ή πολλαπλών κλινών. <i>Χαρακτηριστικά:</i> Θέση μπάνιου, ντους, τουαλέτας, φωτισμός, σκαλοπάτια, ευκολίες μαγειρέματος, πλυσίματος, κλιματισμός. Παράγοντες κινδύνου, όπως καλώδια γυμνά, πρίζες, μικρά χαλιά.
Δίκτυο επικοινωνίας	Μένει μόνος, με σύζυγο, με παιδιά, με φίλους, με άλλους. Διατηρεί σχέσεις με στενούς ή μακρινούς συγγενείς, γείτονες, μέλη ομάδας υγείας.
Μέσα επικοινωνίας	Ύπαρξη ή όχι τηλεφώνου, συσκευής επείγουσας κλήσης, συσκευή ενδοεπικοινωνίας.
Μεταφορικά μέσα	Εύκολη πρόσβαση συγκοινωνίας, κάρτα ελεύθερης κυκλοφορίας, εθελοντική προσφορά μεταφοράς, ιδιωτικό αυτοκίνητο, δυνατότητα να το χρησιμοποιεί και να το συντηρεί οικονομικά.
Οικονομικοί πόροι	Διαθέτει τους απαραίτητους πόρους για την κάλυψη των καθημερινών αναγκών του. Υπάρχουν προβληματικές περιοχές, είναι άπορος.
Υποστηρικτικό	Χρησιμοποιεί τις διαθέσιμες υποστηρικτικές υπηρεσίες, δεν έχει πρόσβαση ή ικανότητα να προσεγγίζει και να χρησιμοποιεί τα υποστηρικτικά συστήματα.

Πληροφορίες σχετικές με τη λήψη των φαρμάκων

Σε μια προσπάθεια ελέγχου των γνώσεων του ηλικιωμένου για τα φάρμακα που παίρνει παροτρύνεται να τα παρουσιάσει μπροστά στον επαγγελματία υγείας και να περιγράψει:

- το όνομα του φαρμάκου, τη δόση, τον αριθμό ή το ποσό του φαρμάκου,
- το σκοπό για τον οποίο δόθηκε κι αν παρατηρήθηκαν οποιαδήποτε αποτελέσματα,
- τι γνωρίζει για τις παρενέργειες του φαρμάκου κι αν διαθέτει προσωπικές εμπειρίες,



Αιτίες που καθιστούν το άτομο ανεπαρκές να συμμετάσχει με ασφάλεια και αποτελεσματικότητα στη θεραπευτική του αγωγή είναι οι ακόλουθες:

- οπτικές δυσκολίες,
- ακουστικές διαταραχές (δυσκολία στην κατανόηση των οδηγιών),
- επίμονη άρνηση του ηλικιωμένου να πάρει τα φάρμακα του,
- κατάχρηση ή εθισμός από τη λήψη φαρμάκων,
- οικονομικοί περιορισμοί.

Αξιολογείται ιδιαίτερα η στάση της οικογένειας ή των φίλων του σε σχέση με τη φαρμακευτική του αγωγή. Περιοχή ειδικού ενδιαφέροντος αποτελεί το σύστημα λήψης φαρμάκων. Δηλαδή ελέγχεται αν ο ηλικιωμένος παίρνει το σωστό φάρμακο, στη σωστή δόση και στον καθορισμένο χρόνο.

1.5 Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων.

Οι ιδιαιτερότητες που υφίστανται, και οι οποίες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά την παροχή φροντίδας και περίθαλψης στους υπερήλικες, οφείλονται κυρίως στην αυξημένη νοσηρότητα τους, στη μακρόχρονη ενδονοσοκομειακή περίθαλψη, στη λήψη πολλών ταυτόχρονα φαρμακευτικών παρασκευασμάτων και στην κακή, πολλές φορές, διατροφή τους.

Με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ηλικιωμένων συνιστώνται τα παρακάτω:

- πληροφόρηση σε σχέση με την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών,
- δημιουργία τμημάτων για ηλικιωμένους στα Κέντρα Υγείας,
- οργάνωση υπηρεσιών για την κατ' οίκον περίθαλψη των ηλικιωμένων, διευθέτηση του οικογενειακού περιβάλλοντος,
- λειτουργία γηριατρικών τμημάτων στα γενικά νοσοκομεία,
- λειτουργία νοσοκομείων ημέρας για ηλικιωμένους
- αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης,
- έμφαση στις ειδικές φαρμακολογικές παρεμβάσεις στο γήρας,
- εκπαίδευση στη γηριατρική και τη γηριατρική νοσηλευτική και άλλη φροντίδα.

Για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων είναι σημαντικό να εκπαιδευτούν προς ένα τρόπο ζωής και δραστηριότητες που κατευθύνονται προς τακτικές προαγωγής και ενίσχυσης της υγείας. Τακτικές προαγωγής της υγείας είναι:

- Ετήσιος αντιγριπικός εμβολιασμός (μετά την 1η Οκτωβρίου).

- Εμβολιασμός κατά του πνευμονιόκοκκου.
- Εμβολιασμός κατά του τετάνου, με αναμνηστική δόση κάθε 10 έτη.
- Χρήση ζώνης ασφαλείας στο αυτοκίνητο.
- Περιορισμός χρήσης οινόπνευματων ή αποφυγή τους.
- Αποφυγή καπνίσματος. Εάν κάποιος καπνίζει στο σπίτι, να αποφεύγει το κάπνισμα στο κρεβάτι.
- Τοποθέτηση και συντήρηση ανιχνευτών καπνού.
- Δημιουργία ενός ασφαλούς περιβάλλοντος για την αποφυγή ατυχημάτων. Αποφυγή κινδύνων, όπως αναδιπλωμένα χαλιά και γυαλισμένα πατώματα.
- Χρήση των φαρμάκων σύμφωνα με τις οδηγίες του ιατρού.
- Αποφυγή χρήσης μη συνταγογραφούμενων φαρμάκων, εκτός αν το προτείνει ο ιατρός.
- Λήψη μίας ασπιρίνης καθημερινά (δόση 80-325 mg), για να μειωθεί ο κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου και καρκίνου του παχέος εντέρου.

Τακτικές ενίσχυσης της υγείας είναι:

- Ετήσιος έλεγχος κατάστασης υγείας και συχνότερες επισκέψεις στο θεράποντα ιατρό όταν προκύπτει κάποιο πρόβλημα.



- Ελάττωση του διατροφικού λίπους σε λιγότερο από το 30% των θερμίδων, ενώ τα κορεσμένα λίπη δεν θα πρέπει να ξεπερνούν το 10% των συνολικών θερμίδων

- Αύξηση της διατροφικής πρόσληψης σύνθετων υδατανθράκων και φυτικών ινών με πέντε ή περισσότερες μερίδες φρούτων και λαχανικών και έξι ή περισσότερες μερίδες δημητριακών ημερησίως.

- Αύξηση της πρόσληψης ασβεστίου σε 1000-1500 mg ημερησίως

- Έκθεση επί 10-15 min στον ήλιο, δύο με τρεις φορές εβδομαδιαίως για επαρκή σύνθεση βιταμίνης D, με ταυτόχρονη αποφυγή παρατεταμένης έκθεσης
- Τακτική άσκηση 3-5 φορές την εβδομάδα για 30 min κάθε φορά



- Αντιμετώπιση του stress με τρόπους και τακτικές που έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές στο παρελθόν.
- Συναναστροφή με φίλους σε διάφορα μέρη
- Αναπόληση της μέχρι τώρα ζωής (Ignatavicius & Workman, 2008)

Η ανάπτυξη θεραπευτικών σχεδίων για την φροντίδα συγκεκριμένων προβλημάτων σε ηλικιωμένους ασθενείς όπως οι πτώσεις, οι διαταραχές στη λειτουργία του εντέρου, η παραμέληση, η κατάθλιψη κλπ δεν αποτελούν στόχο της παρούσας ενότητας.

Κεφάλαιο 2^ο

Δομές και υπηρεσίες υποστήριξης των ηλικιωμένων - Κέντρο ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων

2.1 Η εξωνοσοκομειακή φροντίδα ηλικιωμένων. Τάσεις και προοπτικές.

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την αρμοδιότητα για την περίθαλψη και την προστασία των ηλικιωμένων. Επίσης έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, το σχεδιασμό και την εφαρμογή προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία με την συγχρηματοδότηση του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου (Παναγιωτάκης, 2008).

Τα μέτρα προστασίας περιλαμβάνουν: α) παροχές σε χρήμα-επιδόματα, β) παροχές σε είδος, και γ) προσωπικές κοινωνικές

υπηρεσίες. Η πολιτική γενικότερα για τους ηλικιωμένους περικλείει τη φροντίδα στο σπίτι (προγράμματα βοήθειας στο σπίτι και κοινωνικής μέριμνας), στην κοινότητα, (γραφεία κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών, κέντρα εξυπηρέτησης των πολιτών και κοινωνικές δημοτικές υπηρεσίες), σε κέντρα προστασίας γήρατος (κέντρα ανοικτής προστασίας και κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων), σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (δημόσια ή δημοτικά γηροκομεία αλλά και ιδιωτικά)



και θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων ηλικιωμένων αλλά και αναδόχων οικογενειών που φροντίζουν ηλικιωμένους. Επιπλέον το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για την έκδοση αδειών λειτουργίας των νομικών προσώπων δημοσίου δικαίου και των νομικών προσώπων ιδιωτικού δικαίου που ασχολούνται και παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας σε ηλικιωμένους.

Χαρακτηριστικά μέτρα προστασίας που παρέχονται από φορείς εφαρμογής προγραμμάτων για την τρίτη ηλικία δηλαδή παροχές σε χρήμα-επιδόματα είναι:

- α) Συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων οι οποίοι μετά το 65^ο έτος της ηλικίας τους λαμβάνουν κάθε μήνα από ειδικό λογαριασμό που έχει συσταθεί στον Ο.Γ.Α.
- β) Ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία έχουν αναπηρία (σωματικά ή διανοητικά ανάπηροι) πάνω από 67% έχουν δικαίωμα για μηνιαία οικονομική ενίσχυση.
- γ) Σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ηλικιωμένα άτομα, όπως και άτομα και οικογένειες όλων των ηλικιών δικαιούνται έκτακτη οικονομική ενίσχυση.
- δ) Επιδότηση ενοικίου για μοναχικά άτομα ή ζευγάρια άνω των 65 ετών, τα οποία αποδεδειγμένα δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία.

Χαρακτηριστικές είναι επίσης οι παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες όπως:

- α) Φροντίδα στο σπίτι μέσω των προγραμμάτων «Βοήθεια στο σπίτι» και κοινωνικής μέριμνας του Β και Γ κοινοτικού πλαισίου στήριξης του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου. Στόχος των προγραμμάτων αυτών είναι η παραμονή του ηλικιωμένου, όσο το επιτρέπουν οι συνθήκες, στο οικογενειακό του περιβάλλον κοντά στους συγγενείς και στους φίλους.



- β) Προγράμματα φροντίδας ηλικιωμένων στην κοινότητα. Το 1979 το τότε Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας ίδρυσε τα Κ.Α.Π.Η. τα οποία έχουν περιέλθει από το 1983 στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης, ενώ μετά το 2000 έχουμε τα γραφεία κοινωνικών υποστηρικτικών υπηρεσιών και τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)
- γ) Προγράμματα αναδοχής αν και στην χώρα μας δεν είναι τόσο διαδεδομένα, αυτή η μορφή αρχίζει να ενθαρρύνεται ως εναλλακτική λύση φροντίδας, με στόχο την

αποτροπή της ιδρυματικής φροντίδας και την ανάπτυξη συναισθηματικών δεσμών μοναχικών κυρίως υπερηλίκων μέσα στην κοινότητα με κάποια οικογένεια (Σταθόπουλος, 1999).

Η περίθαλψη των γηριατρικών ασθενών περιλαμβάνει, χωρίς αμφιβολία, πολλές περιπτώσεις αντιμετώπισης οξέων περιστατικών, όμως οι βασικές ανάγκες των χρόνιων προβλημάτων υγείας, που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία, επικεντρώνονται στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, στη συνεχή παρακολούθηση τους και στο συντονισμό των ιατρικών υπηρεσιών με τις υπηρεσίες υποστήριξης των υπερηλίκων. Άλλωστε, τα νοσήματα που εμφανίζονται στα άτομα της τρίτης ηλικίας, παρουσιάζουν ιδιαιτερότητες, απαιτούν ειδική αντιμετώπιση των τυχόν κινδύνων που συνεπάγεται η υιοθέτηση ενός θεραπευτικού σχήματος, ενώ συχνά επιβάλλεται η αντικατάσταση μιας θεραπείας, ώστε να επιτευχθεί ο τελικός θεραπευτικός στόχος, που είναι η μεγιστοποίηση της ικανότητας του ατόμου για αυτοεξυπηρέτηση.

Σε περιπτώσεις υπερηλίκων, που διατηρούν σε ικανοποιητικό επίπεδο τη διανοητική τους κατάσταση, δεν παρουσιάζουν πρόβλημα ακράτειας, διατηρούν την ικανότητα βάδισης και αυτοεξυπηρέτησης σε σχέση με την ατομική τους υγιεινή, την ένδυση και τη σίτιση τους, τότε μπορεί να τους παρασχεθεί κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες, αποτρέποντας με τον τρόπο αυτό την εισαγωγή τους σε ιδρύματα ή ελαχιστοποιώντας το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης.

Η παρεχόμενη κατ' οίκον φροντίδα δεν ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα, αλλά προσαρμόζεται ανάλογα με τις ανάγκες που παρουσιάζει κατά περίπτωση ο κάθε υπερήλικας. Οι συγκεκριμένες ανάγκες περιλαμβάνουν φροντίδα της κατοικίας, προετοιμασία του φαγητού, θεραπευτική αγωγή, ψυχαγωγία, φιλικές συναναστροφές, συνδρομή στην επίλυση διάφορων ατομικών υποθέσεων, και άλλες.

Η κατ' οίκον παροχή φροντίδας και περίθαλψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας αποτελεί ένα συνδυασμό πρωτοβάθμιας ιατρικής φροντίδας και συστήματος κοινωνικής μέριμνας, που εφαρμόζεται από ειδικευμένα στελέχη με γνώσεις νοσηλευτικής, διαιτολογίας, ψυχολογίας και κοινωνικής εργασίας. Το όλο πρόγραμμα απαιτεί για την εφαρμογή του σημαντικούς οικονομικούς πόρους και εξειδικευμένο προσωπικό, παρουσιάζει όμως άριστα ψυχοκοινωνικά και ιατρικά αποτελέσματα στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων που εφαρμόζεται (Δαρδαβέσης, 1999).

2.2 Προγράμματα και μέτρα κοινωνικής προστασίας για την τρίτη ηλικία

Η βασική φροντίδα υγείας που παρέχεται σε ηλικιωμένους μπορεί να χωριστεί σε δυο βασικές κατηγορίες.

α) **Ιδρυματική φροντίδα**, δηλαδή κλειστή περίθαλψη από κρατικό ή ιδιωτικό φορέα (κυρίως τα νοσοκομεία και τα γηροκομεία).

β) **Εξωνοσοκομειακή φροντίδα**, που μπορεί να χωριστεί σε:

β1) Φροντίδα στο σπίτι

- Οικογενειακή φροντίδα
- Άτυπη φροντίδα, που δίδεται περιστασιακά από άτομα μη ειδικευμένα στους μοναχικούς ηλικιωμένους.
- Προγράμματα βοήθειας στο σπίτι
- Προγράμματα που υποστηρίζονται από τα τοπικά κέντρα υγείας
- Προγράμματα που υποστηρίζονται από τα ΚΑΠΗ
- Προγράμματα που υποστηρίζονται από εθελοντικές ή άλλες δημοτικές/κοινοτικές οργανώσεις.
- Ανάδοχες οικογένειες ηλικιωμένων κ.α.

β2) Φροντίδα σε εξωνοσοκομειακές τοπικές υπηρεσίες υγείας

- Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.)
- Κέντρα ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)
- Άλλες τοπικές υπηρεσίες υγείας

Παρακάτω θα αναφερθούμε συνοπτικά για τα ΚΑΠΗ και τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, ενώ τα ΚΗΦΗ αναπτύσσονται στην επόμενη ενότητα.

❖ ΚΑΠΗ

Τα πρώτα χρόνια εφαρμογής του θεσμού αυτού, στη δεκαετία του 1980, βρέθηκε ότι το 55% των μελών των ΚΑΠΗ ήταν ηλικίας 70 ετών και άνω. Αυτή είναι η γενιά που δοκιμάστηκε από το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, τη διαδικασία κοινωνικών αλλαγών, τη μετανάστευση. Ένα μεγάλο μέρος της γενιάς αυτής είναι αναλφάβητοι, κυρίως γυναίκες αγρότισσες, ή με χαμηλή μόρφωση. Ο αναλφαβητισμός ή η χαμηλή μόρφωση δεν εμπόδισε τους ηλικιωμένους να παρουσιάσουν καταπληκτικά προγράμματα σε ότι έχει σχέση με τη λαϊκή παράδοση. Δημιούργησαν ενδιαφέροντα

που έγιναν αιτία να προσεγγίσουν και να επικοινωνήσουν με άτομα που είχαν τα ίδια ενδιαφέροντα παρά τη διαφορά μορφωτικού επιπέδου, όταν υπήρχε.

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ είχε γρήγορη εξάπλωση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρησιμοποιώντας την κοινωνική εργασία σαν παρέμβαση στην πολλαπλότητα των συναισθηματικών προβλημάτων, που γίνονται μεγαλύτερα όταν προστεθούν σε αυτά τα βιολογικά, κατάφεραν να κινητοποιήσουν και να δραστηριοποιήσουν ομάδες ηλικιωμένων ενθαρρύνοντας τους σε δημιουργικότητα και αξιοποιώντας τις δυνατότητες τους. Μέσω αυτής της δραστηριοποίησης κάλυψαν τις συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Έτσι οι ηλικιωμένοι αναθεώρησαν τις ιδέες τους, κινητοποίησαν την ενέργεια τους, ανέπτυξαν κοινωνική συμμετοχή, επηρεάστηκε η στάση τους σε διάφορα θέματα, έκαναν προγράμματα και ενστερνίστηκαν νέες ιδέες, αξιοποίησαν εποικοδομητικά τον ελεύθερο χρόνο τους, και έμαθαν να ανήκουν σε ομάδα. Διαπίστωσαν ότι το να ανήκει κάποιος σε μια ομάδα δίνει ένα αίσθημα ασφαλείας που ενθαρρύνει την ανεξαρτησία και την αυτενέργεια. Αυτό πρέπει να τονισθεί σαν θετική πλευρά των ΚΑΠΗ, διότι οι Έλληνες σε σχέση με άλλες χώρες, δεν ενδιαφέρονται να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες.

Βασικοί στόχοι των Κ.Α.Π.Η. είναι:

- ✓ Η πρόληψη των βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων προκειμένου να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού ιστού.
- ✓ Η διαφώτιση και η συνεργασία της ευρύτερης κοινότητας και των ειδικών φορέων, σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων.
- ✓ Η έρευνα πάνω σε θέματα που αφορούν την πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων (Αμηρά, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου,1986).

Οι υπηρεσίες που προσφέρουν τα ΚΑΠΗ στα ηλικιωμένα άτομα σύμφωνα με το άρθρο 4 του Οργανισμού των ΚΑΠΗ, είναι οι εξής:

- Κοινωνική εργασία στους ίδιους και στο άμεσο περιβάλλον τους.
- Φυσικοθεραπεία.
- Εργοθεραπεία.
- Βοήθεια στο Σπίτι για τα άτομα που ζουν μόνα τους ή για εκείνα που έχουν ανάγκη από εξυπηρέτηση εντός και εκτός σπιτιού.
- Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

- Ψυχαγωγία (εκδρομές με πούλμαν κ.α.) και επιμόρφωση (διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, εργασία με ομάδες κ.α.)
- Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα όπου βρίσκουν συντροφιά και
- απασχόληση τα μέλη

Η εφαρμογή των παραπάνω εκτός από τον προφανή στόχο να παραμένει ο ασθενής στο σπίτι, στην κοινότητα και να μην επισκέπτεται τακτικά τις ιδρυματικές μορφές φροντίδας σκοπεύει:

- α) Στη κοινωνικοποίηση. Οι ποιοτικές υπηρεσίες, οι φροντισμένες αίθουσες των Κ.Α.Π.Η., η συμμετοχή των ηλικιωμένων στη διοίκηση και στην οργάνωση πολιτιστικών δραστηριοτήτων αλλά και επιτροπών αυτενέργειας δημιουργούν ισχυρά κίνητρα συμμετοχής που οδηγούν στην πλήρη κοινωνικοποίηση. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η προσέλευση ηλικιωμένων που δεν προέρχονται πια, όπως άλλοτε μόνο από τις πολύ χαμηλές εισοδηματικές τάξεις.
- β) Στη προληπτική ιατρική. Η πρόληψη μέσα στα ΚΑΠΗ διακρίνεται:
 - 1) σε πρωτογενή, (εμβολιασμοί, συμβουλές για την σωστή διατροφή, ένδυση και αποφυγή ατυχημάτων) και
 - 2) δευτερογενή, που σκοπό έχει την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να αποφεύγεται η μακροχρόνια συνήθως θεραπεία.
- γ) Στη ενεργοποίηση, δηλαδή στην ικανότητα των εργαζομένων στο ΚΑΠΗ να διακρίνουν τις ικανότητες των ηλικιωμένων και τα ταλέντα τους, να εντοπίζουν τη δυνατότητα δημιουργίας ομάδων με κοινά ενδιαφέροντα, π.χ. εκείνων που μπορούν να φτιάξουν κάτι με τα χέρια τους, αρχίζοντας από τα κεντήματα, κάθε είδους χειροτεχνία και κατασκευές και χαρτοκοπτική. Στη συνέχεια δίνουν ιδέες για την ανάπτυξη των δικών τους πρωτοβουλιών και την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων.
- δ) στη ευαισθητοποίηση της γειτονιάς και ευρύτερα της κοινότητας (Σταθόπουλος 1999).

❖ Πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι"

Το 1997 το Υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με το Υπουργείο Εσωτερικών, την Κ.Ε.Δ.Κ.Ε., τους Δήμους και τα ΚΑΠΗ, αξιολογώντας τις απαιτήσεις της σύγχρονης ελληνικής κοινωνίας για μια πιο ολοκληρωμένη φροντίδα των ηλικιωμένων, ξεκίνησε την εφαρμογή του εθνικού πιλοτικού προγράμματος με την ονομασία «Βοήθεια στο

σπίτι». Η πορεία του κρίθηκε επιτυχημένη και έτσι το 2000 δημιουργήθηκαν οι πρώτες μονάδες κοινωνικής μέριμνας συγχρηματοδοτούμενες από το Β Κοινωνικό Πλαίσιο Στήριξης και το Υπουργείο Εργασίας. Το 2002 ξεκινάει η υλοποίηση των προγραμμάτων "Βοήθεια στο Σπίτι" που συγχρηματοδοτούνται από το Γ'ΚΠΣ και Εθνικούς Πόρους. Το πρόγραμμα εφαρμόζεται σε 751 Ο.Τ.Α. (πάνω από το 80% των Δήμων με ετήσιο κόστος λειτουργίας 35,76 εκ ευρώ. Πρόκειται για ένα πρόγραμμα με έντονη κοινωνική αναφορά, καθώς αγγίζει την ευαίσθητη – και με σύνθετης υφής προβλήματα – κοινωνική ομάδα της τρίτης ηλικίας. Σκοπός των προγραμμάτων «Βοήθεια στο Σπίτι» είναι η παραμονή των ηλικιωμένων και των ατόμων με αναπηρίες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον, η διατήρηση της συνοχής της οικογένειας τους, η αποφυγή χρήσης ιδρυματικής φροντίδας ή καταστάσεων κοινωνικού αποκλεισμού, η εξασφάλιση αξιοπρεπούς και υγιούς διαβίωσης και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τους.

Το πρόγραμμα απευθύνεται σε μη αυτοεξυπηρετούμενους ηλικιωμένους και σε άτομα με κινητικές δυσλειτουργίες και ψυχοκοινωνικά προβλήματα, με προτεραιότητα εκείνους που διαβιούν μόνοι τους, που δεν έχουν την πλήρη φροντίδα της οικογένειας και των οποίων το εισόδημα δεν τους επιτρέπει να εξασφαλίσουν τις απαιτούμενες υπηρεσίες εξυπηρέτησης, ώστε να διευκολυνθεί η καθημερινή τους ζωή και μέσω της ενδυνάμωσης να αποκτήσουν την μέγιστη δυνατή αυτονομία και την κοινωνική ευημερία. Απευθύνεται επίσης σε άτομα που διαβιούν με την οικογένεια τους, αλλά χρήζουν ψυχοσυναισθηματικής στήριξης είτε οι ίδιοι, είτε ο οικογενειακός τους περίγυρος (Περγάμαλη, 2006).

Το πρώτο οργανωμένο πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι ξεκίνησε από τον Ερυθρό Σταυρό και ακολούθησε ο Δήμος Κερατσινίου. Σύμφωνα με το άρθρο 13 του νόμου 3106 (ΦΕΚ 30 10/2/2003) «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» τα προγράμματα «Βοήθεια στο Σπίτι» έχουν ως περιεχόμενο:

- Τη διερεύνηση, καταγραφή, επεξεργασία και μελέτη των αναγκών που αφορούν στα ηλικιωμένα άτομα.
- Την κάλυψη βασικών αναγκών των εξυπηρετούμενων με την οργάνωση και τη συστηματική παροχή υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας, ψυχοκοινωνικής στήριξης, νοσηλευτικής φροντίδας, φυσικοθεραπείας, εργοθεραπείας και κοινωνικής βοήθειας.

- Την ενημέρωση των εξυπηρετούμενων για τα δικαιώματά τους και την επαφή τους με τις αρμόδιες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.
- Τη διευκόλυνση των εξυπηρετούμενων για τη συμμετοχή τους στις θρησκευτικές, πολιτιστικές, ψυχαγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες.

Σήμερα, σε όλη την Ευρώπη δίνεται ιδιαίτερη έμφαση σε ανάλογα προγράμματα, εκτιμώντας το όφελος που προκύπτει από την εφαρμογή τους (λόγω του υψηλού κόστους των ιατρικών υπηρεσιών και της ενίσχυσης του οικογενειακού περιβάλλοντος του ηλικιωμένου), που με αυτά τα προγράμματα αποκτά μία βασική στήριξη στη φροντίδα του.

Το πρόγραμμα "Βοήθεια στο σπίτι" άρχισε να εφαρμόζεται σε 112 Δήμους της χώρας που έχουν ΚΑΠΗ με χρηματοδότηση που δόθηκε στους Δήμους από το Υπουργείο Εσωτερικών και το Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας, και Κοινωνικών Ασφαλίσεων για τα 3 πρώτα χρόνια λειτουργίας (12.000.000 ετησίως). Τα επόμενα 2 χρόνια το Κράτος θα κάλυπτε το 50% του ποσού ενώ ο Δήμος θα κάλυπτε το υπόλοιπο 50%. Για την εφαρμογή του προγράμματος απαιτούνται κοινωνικός/ή λειτουργός, νοσηλεύτης/τρια, και οικογενειακός/ή βοηθός. Η ομάδα καταγράφει τις ανάγκες όσων χρειάζονται βοήθεια και την προσφέρει, όπως νοσηλευτική φροντίδα, σίτιση, εξωτερικές εργασίες, πληρωμές λογαριασμών, συντροφιά. Εκτός από την ομάδα που αποτελεί το βασικό πυρήνα, συνεργάζονται εθελοντές οι οποίοι βοηθούν όπου δε χρειάζεται εξειδίκευση, π.χ. μαγειρέμα, πληρωμές λογαριασμών, κ.ά. Τα μέλη της ομάδας εκπαιδεύουν μέλη της οικογένειας, προκειμένου να προσφέρουν σωστή βοήθεια στον πάσχοντα ηλικιωμένο, όταν περιστασιακά είναι ανίκανος να εξυπηρετηθεί. Αυτό το πρόγραμμα θα ήταν αρτιότερο, και μελλοντικά θα μπορούσε να οδηγήσει στον τομέα της «Νοσηλείας στο σπίτι» εάν μπορούσε να συνεργαστεί αρμονικά με το τοπικό νοσοκομείο και το κέντρο υγείας, αλλά και με γιατρούς, οι οποίοι να παρακολουθούν τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν βγει από το νοσοκομείο και έχουν ανάγκη ειδικής φροντίδας για την αποθεραπεία τους.

2.3 Κέντρα ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ).

Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) είναι οι μονάδες ημερήσιας φιλοξενίας ηλικιωμένων ατόμων μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες, άνοια κλπ), των οποίων το οικογενειακό περιβάλλον που τα φροντίζει, εργάζεται ή αντιμετωπίζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα

ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στην φροντίδα που έχει αναλάβει.



Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή. Συνεργάζονται επίσης με τοπικούς φορείς που παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες και εφαρμόζουν ανάλογα ή παρεμφερή προγράμματα, καθώς και με μονάδες υγείας.

2.3.1 Σκοπός, στόχοι και τρόπος οργάνωσης ενός Κ.Η.Φ.Η.

Σκοπός των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η) είναι η βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και η παραμονή τους στο φυσικό και οικογενειακό τους περιβάλλον καθώς και η διατήρηση μιας φυσιολογικής κοινωνικής και εργασιακής ζωής των μελών του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με την φροντίδα των ατόμων αυτών.

Το πρόγραμμα διέπεται από τις αναγνωρισμένες ειδικές αρχές, που αναφέρονται στους ηλικιωμένους. Ιδιαίτερη έμφαση δίδεται στη διασφάλιση των παρακάτω δικαιωμάτων:

- ❖ Να διαβιούν οι ηλικιωμένοι σε αξιοπρεπείς συνθήκες στο οικείο φυσικό και κοινωνικό τους περιβάλλον.
- ❖ Να υποστηρίζονται ώστε να διατηρούν την αυτονομία, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία και την αυτάρκειά τους.
- ❖ Να απολαμβάνουν υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας, που τους εξασφαλίζουν υγεία και ποιοτική διαβίωση.

Το ΚΗΦΗ αναπληρώνει αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένο χώρο.

Τα Κέντρα υποχρεούνται να προσαρμόζουν την λειτουργία τους ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και του οικογενειακού - συγγενικού τους περιβάλλοντος. Σε κάθε περίπτωση η διάρκεια λειτουργίας του Κέντρου δεν μπορεί να είναι μικρότερη των επτάμισυ ωρών. Κατά την υποβολή της αίτησης για χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας θα πρέπει να αναφέρεται το ωράριο λειτουργίας του Κέντρου το οποίο θα αναγράφεται στην άδεια ίδρυσης και λειτουργίας που θα εκδοθεί.

Η ομαλή λειτουργία των ΚΗΦΗ στηρίζεται στην υπουργική απόφαση Π1γ/ΑΓΠ/οικ.14963 που εκδόθηκε στις 9-10-2001 από τη Γενική Διεύθυνση Πρόνοιας του υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με θέμα: "Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η) από Δημοτικές Επιχειρήσεις του άρθρου 277 και επόμενα του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.), Διαδημοτικές Επιχειρήσεις και Ενώσεις Δημοτικών Επιχειρήσεων και φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα".

Σύμφωνα με αυτόν:

Προσωπικό: Στο Κέντρο θα απασχολείται κατ' ελάχιστο το ακόλουθο προσωπικό: α) ένας Νοσηλευτής/τρια (ΤΕ) β) δύο Κοινωνικοί Φροντιστές (ΔΕ) γ) Ένας οδηγός (ΔΕ) στην περίπτωση που το Κέντρο διαθέτει μέσο μεταφοράς των ηλικιωμένων. δ) ένα άτομο ως βοηθητικό προσωπικό. Το ανωτέρω προσωπικό ισχύει για Κέντρα δυναμικότητας μέχρι 25 άτομα. Για επιπλέον άτομα το προσωπικό αυξάνεται αναλόγως. Με απόφαση του Φορέα ορίζεται ο Νοσηλευτής ή Νοσηλεύτρια που έχει τη μεγαλύτερη εμπειρία ως Υπεύθυνος του Κέντρου. Στο Κέντρο μπορεί να απασχολείται και προσωπικό άλλων ειδικοτήτων ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων (π.χ. κοινωνικοί λειτουργοί, εργοθεραπευτές κλπ). Το προσωπικό που θα απασχοληθεί στο κέντρο θα υποβάλλει πιστοποιητικό υγείας το οποίο θα ανανεώνεται κάθε χρόνο.

Τεχνικές προδιαγραφές κτηρίου: Το κτίριο του Κέντρου πρέπει να είναι σύμφωνο με τις διατάξεις του Γενικού Οικοδομικού Κανονισμού, του Κτιριοδομικού Κανονισμού- κατηγορία χρήσης «Υγεία και Κοινωνική Πρόνοια» καθώς και του εκάστοτε ισχύοντα κανονισμού πυροπροστασίας. Όλοι οι χώροι του Κέντρου πρέπει να είναι προσπελάσιμοι από όλους τους χρήστες και να έχουν δάπεδο αντιολισθητικό

που να καθαρίζεται εύκολα. Το πλάτος των διαδρόμων κυκλοφορίας πρέπει να είναι τουλάχιστον 1,50m και της θύρας εισόδου 1,20m. Ο πίνακας του ηλεκτρικού ρεύματος να είναι εφοδιασμένος με αντιηλεκτροπληξιακό διακόπτη. Οι χώροι που πρέπει να διαθέτει, κατ' ελάχιστον, το Κέντρο είναι:

A. Αίθουσα υποδοχής - αναψυχής - συγκέντρωσης που πρέπει να έχει εμβαδόν τουλάχιστον 30τμ για κάθε 15 άτομα. Η διαμόρφωση της αίθουσας πρέπει να είναι ενιαία, με ευχάριστη διακόσμηση και διάταξη επίπλων που να επιτρέπει την άνετη κυκλοφορία αναπηρικού αμαξιδίου. Ο φωτισμός της αίθουσας να είναι 300 LUX. Ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός του χώρου θα περιλαμβάνει καναπέδες, καθίσματα, πολυθρόνες, τραπεζάκια, έπιπλο τηλεόρασης - video. Η θέση των συσκευών τηλεόρασης - video θα πρέπει να είναι ορατή τουλάχιστον από το μεγαλύτερο τμήμα της αίθουσας.

B. Χώροι υποστήριξης.

β1) Γραφείο Νοσηλευτικής Υπηρεσίας: Ο χώρος του γραφείου πρέπει να είναι σε άμεση οπτική επαφή με την αίθουσα. Στο χώρο αυτό θα προβλέπεται εξοπλισμός ενός γραφείου, ερμάρια φύλαξης αντικειμένων, ντουλάπια- φαρμακείο και ότι άλλο κρίνεται απαραίτητο.

Συσκευή- φιάλη οξυγόνου ατομικής χρήσης.

Συσκευή θερμών επιθεμάτων.

β2) Χώρος Ανάπαυσης: Στο χώρο αυτό θα υπάρχουν πέντε κλίνες σε απόσταση 1.5 m μεταξύ τους, πέντε κομοδίνα και μία ντουλάπα φύλαξης αντικειμένων.

β3) Παρασκευαστήριο προγεύματος- γεύματος: Θα παρασκευάζεται πρόχειρο γεύμα και θα φυλάσσονται μερίδες γεύματος από catering. Θα υπάρχει ψυγείο 14 ποδών και άνω, πάγκος παρασκευής διαστάσεων 1.30x0.60m τουλάχιστον, νεροχύτης, ερμάρια φύλαξης κουζινικών σκευών και συσκευή μαγειρείου δύο εστιών. Θα υπάρχει παροχή για συσκευή μαγειρείου δύο εστιών και μία επιπλέον ενισχυμένη παροχή ρεύματος/πρίζα.

β4) Ειδικός χώρος εξυπηρέτησης και αποθήκευσης: Μπορεί να υπάρχει αν αυτό κρίνεται απαραίτητο ειδικός χώρος στον οποίο θα αποθηκεύονται αναπηρικά αμαξίδια και θα γίνεται η φόρτιση των συσσωρευτών των ηλεκτρικών αμαξιδίων.

β5) Θέρμανση- Ψύξη: Το Κέντρο πρέπει να έχει σύστημα θέρμανσης- ψύξης που να καλύπτει υποχρεωτικά όλους τους χώρους πλην του χώρου των μηχανολογικών εγκαταστάσεων. Η ελάχιστη εσωτερική θερμοκρασία θα είναι για το χειμώνα 22°C, για το καλοκαίρι 26° -28° C, σχετική υγρασία μ.ο. 50%.

Γ. Χώροι υγιεινής: Για κάθε 15 άτομα θα υπάρχουν δύο W.C. με προθάλαμο και ένας χώρος με ντουζιέρα με ειδική διαμόρφωση ώστε να εξυπηρετούνται και άτομα με κινητικές δυσκολίες. Η ντουζιέρα μπορεί να είναι και μαζί με ένα W.C. και θα έχει κρεμάστρα σε κατάλληλο ύψος για την πρόχειρη τοποθέτηση ενδυμάτων και ράφι σε ύψος 0,70m έως 0,90m. Πλήρης εξοπλισμός W.C. (λεκάνη, καζανάκι, μικρός νιπτήρας με σαπυνοθήκη, χαρτοθήκη, καλάθι ακρήστων). Χειρολαβές και χειρολοισθήρες εκατέρωθεν της λεκάνης και όπου αλλού κριθεί απαραίτητο και σε ύψος 0.75m έως 0.90m από το τελειωμένο δάπεδο. Στον προθάλαμο θα υπάρχει νιπτήρας, ηλεκτρικός στεγνωτήρας χεριών και ειδική συσκευή χάρτινων χειροπετσετών και καλάθι ακρήστων. Όλοι οι τοίχοι πρέπει να είναι επενδεδυμένοι με πλακίδια πορσελάνης τουλάχιστον μέχρι 1,60μ. από το τελειωμένο δάπεδο. Το δάπεδο να είναι κατ' εξοχήν αντιολισθητικό με κλίση 2% προς τα σιφόνια απορροής.

Έγγραφή ηλικιωμένων: Για την έγγραφη των ηλικιωμένων υποβάλλονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

1. Αίτηση του ηλικιωμένου ή ατόμου του συγγενικού περιβάλλοντος που έχει αναλάβει την φροντίδα του.
2. Γνωμάτευση γιατρού του Δημοσίου. ΝΠΔΔ, ή Ασφαλιστικού Οργανισμού σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ηλικιωμένου.
3. Αντίγραφο της δήλωσης Φορολογίας Εισοδήματος τρέχοντος έτους ή Εκκαθαριστικό της Εφορίας του προηγούμενου έτους. Σε περίπτωση που δεν υποχρεούται να υποβάλει φορολογική δήλωση θα προσκομίζει βεβαίωση της οικείας Δ.Ο.Υ.

Ωράριο λειτουργίας του Κέντρου: Τα Κέντρα υποχρεούνται να προσαρμόζουν την λειτουργία τους ανάλογα με τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και του οικογενειακού-συγγενικού τους περιβάλλοντος. Σε κάθε περίπτωση η διάρκεια λειτουργίας του Κέντρου δεν μπορεί να είναι μικρότερη των επτάμισυ ωρών. Κατά την υποβολή της αίτησης για χορήγηση άδειας ίδρυσης και λειτουργίας θα αναφέρεται το ωράριο λειτουργίας του Κέντρου το οποίο θα αναγράφεται στην άδεια ίδρυσης και λειτουργίας που θα εκδοθεί.

Τηρούμενα βιβλία: Σε κάθε Κέντρο τηρούνται τα ακόλουθα βιβλία:

- α) Βιβλία συμβάντων.
- β) Βιβλίο παρουσίας ηλικιωμένων.
- γ) Βιβλίο ή κατάσταση παρουσίας του προσωπικού του Κέντρου.

Έλεγχος: Ο έλεγχος για την καλή λειτουργία των Κέντρων διενεργείται από τις αρμόδιες Υπηρεσίες της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του Ν. 2345/95 «Οργανωμένες υπηρεσίες παροχής προστασίας από φορείς κοινωνικής πρόνοιας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 213/Α/95). Τα νομικά πρόσωπα στο όνομα των οποίων θα εκδοθεί η άδεια, ευθύνονται για την άρτια οργάνωση και απρόσκοπτη λειτουργία αυτών και υποχρεώνονται να συμμορφώνονται με τις, κάθε φορά, παρεχόμενες οδηγίες από την εποπτεύουσα Αρχή.

2.3.2 Κέντρο ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων Δήμου Μαλεβιζίου. Λειτουργία και δράσεις του.

Το κέντρο ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) στο οποίο θα πραγματοποιηθεί η έρευνα ανήκει στο Δημοτικό Οργανισμό Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Προστασίας, Παιδείας Μαλεβιζίου (Δ.Ο.Κ.Α.Π.Π.Α.Μ) και βρίσκεται στο Δήμο Μαλεβιζίου. Πρόσφατα απέκτησε εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας (απόφαση δημοτικού συμβουλίου 74_1/9/2011). Τα σημαντικότερα στοιχεία που αναφέρονται σε αυτόν είναι τα ακόλουθα:

• ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ – ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ ΤΟΥ ΚΗΦΗ

Το ΚΗΦΗ παρέχει υπηρεσίες ημερήσιας φιλοξενίας, στις οποίες περιλαμβάνονται:

- ✓ νοσηλευτική φροντίδα καθημερινά
- ✓ φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- ✓ ατομική υγιεινή
- ✓ προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης και ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων σε εβδομαδιαία βάση
- ✓ σίτιση που περιλαμβάνει πρωινό και μεσημεριανό γεύμα
- ✓ περίπατοι 1 φορά το μήνα και ημερήσιες εκδρομές 2 φορές το χρόνο στα πλαίσια της ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων.

Επίσης οι ηλικιωμένοι που μένουν σε απομακρυσμένες περιοχές μεταφέρονται με λεωφορείο από και προς το ΚΗΦΗ, ενώ ένα ποσοστό αυτών μεταφέρεται από τους φροντιστές του.

• ΣΤΕΛΕΧΩΣΗ ΤΟΥ ΚΗΦΗ

Στο ΚΗΦΗ απασχολούνται:

- ⇒ μία Νοσηλεύτρια

- ⇒ δύο Κοινωνικοί Φροντιστές
- ⇒ ένα άτομο βοηθητικό προσωπικό

Επιπλέον απασχολούνται και εξωτερικοί συνεργάτες:

- ⇒ Εθελοντής ιατρός 2 φορές την εβδομάδα
- ⇒ Φυσιοθεραπευτής 2 φορές την εβδομάδα
- ⇒ Κοινωνική Λειτουργός μερικής απασχόλησης από το ΚΑΠΗ, της οποίας η σύμβαση λήγει στις 31 Αυγούστου

Βάσει του κανονισμού λειτουργίας του κέντρου στο Κ.Η.Φ.Η. μπορούν να απασχοληθούν επιπλέον ειδικότητες (Κοινωνικοί Λειτουργοί, εργασιοθεραπευτές) για κοινωνική εργασία (σύσταση ομάδων, ψυχοκοινωνική στήριξη ατόμου οικογένειας, οργάνωση εκδηλώσεων) και εργασιοθεραπεία με τους ηλικιωμένους. Έτσι εμπλουτίζονται οι δραστηριότητες του κέντρου.

Το ανωτέρω προσωπικό προσφέρει τις υπηρεσίες του σε 25 εξυπηρετούμενους.

Με απόφαση του Δ.Σ του Δ.Ο.Κ.Α.Π.ΠΑ.Μ, ως Υπεύθυνος του Κέντρου, έχει οριστεί η Νοσηλεύτρια, η οποία ασκεί τα καθήκοντα της θέσης αυτής, παράλληλα με τα κύρια καθήκοντά της. Το βοηθητικό προσωπικό εκτελεί κάθε βοηθητική εργασία που του ανατίθεται από τον υπεύθυνο του Κέντρου. Το προσωπικό που απασχολείται στο Κέντρο, υποβάλλει πιστοποιητικό υγείας, το οποίο ανανεώνεται κάθε χρόνο.

✓ ΕΡΓΟ ΥΠΕΥΘΥΝΟΥ – ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ

Οι παρεμβάσεις της Νοσηλεύτριας του Κ.Η.Φ.Η. αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων, όπως εκείνοι την αντιλαμβάνονται εφόσον είναι σε θέση και στην ικανοποίηση βασικών αναγκών τους. Η παροχή φροντίδας είναι σωματική, ψυχική, νοητική, συναισθηματική και όταν κρίνεται αναγκαίο και πνευματική με τη συμβολή ειδικού λειτουργού. Βάσει των παραπάνω το έργο της Νοσηλεύτριας αφορά την:

- Λήψη ιστορικού.
- Καταγραφή των αναγκών.
- Εκτίμηση της κινητικής και διατροφικής κατάστασης.
- Επίβλεψη, παρακολούθηση λήψης φαρμάκων και όταν χρειάζεται χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής (ινσουλίνης, αντιπηκτικά, αγχολυτικά κλπ).
- Αντιμετώπιση περιορισμένων ελκών ή τραυματισμών του δέρματος.

- Ενημέρωση σε θέματα αγωγής υγείας. Ενδυνάμωση της ψυχικής κατάστασης και κινητοποίηση για συμμετοχή στην αυτοφροντίδα.
- Εκπαίδευση σε θέματα που χρήζουν καθημερινής φροντίδας (θρεπτική υποστήριξη, αποφυγή κατακλίσεων κλπ) των ηλικιωμένων ή εθελοντών όπου είναι δυνατόν.
- Διατήρηση και ενημέρωση του ατομικού φακέλου.
- Διεπιστημονική συνεργασία για βελτιστοποίηση των παρεχομένων υπηρεσιών του προγράμματος.
- Συνεργασία με την οικογένεια όταν κρίνεται απαραίτητο.
- Οργάνωση και διαχείριση αναλώσιμου ή μη αναλώσιμου υγειονομικού υλικού.
- Εισηγήση για την επιλογή των υποψηφίων που εγκρίνεται από το Δ.Σ. του τελικού δικαιούχου.

✓ **ΕΡΓΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΦΡΟΝΤΙΣΤΩΝ – ΕΠΙΜΕΛΗΤΩΝ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Το έργο των κοινωνικών φροντιστών αφορά στην παροχή ατομικής υποστήριξης προς τους εξυπηρετούμενους βάσει των αναγκών τους.

Συγκεκριμένα:

- Υποδοχή – συμπλήρωση αίτησης υποψηφίου.
- Ατομική υγιεινή, καθαριότητα.
- Υποστήριξη στη λήψη φαρμάκων.
- Υποστήριξη σε μεταφορά – μετακίνηση – συνοδεία.
- Εργασίες που ανατίθενται από την υπεύθυνη του Κέντρου ή το Δ.Σ. του τελικού δικαιούχου.



✓ **ΕΡΓΟ ΒΟΗΘΗΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

Το έργο του βοηθητικού προσωπικού αφορά στην εκτέλεση εργασιών καθαριότητας και βοηθητικών εργασιών. Συγκεκριμένα:

- Εργασίες καθαριότητας εσωτερικών χώρων
- Εργασίες καθαριότητας εξωτερικών χώρων
- Βοηθητικές εργασίες που του ανατίθενται από την υπεύθυνη του Κέντρου ή το Δ.Σ.

✓ **ΩΡΑΡΙΟ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΡΟΥΜΕΝΑ ΒΙΒΛΙΑ ΣΤΟ ΚΗΦΗ**

Το ωράριο λειτουργίας του Κ.Η.Φ.Η. είναι από τις 7:30-15:30μ.μ προσαρμοσμένο ώστε να καλύπτει τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων και του οικογενειακού – συγγενικού περιβάλλοντος. Σε κάθε περίπτωση, η διάρκεια λειτουργίας του Κ.Η.Φ.Η. δεν είναι μικρότερη των επτάμισυ ωρών.

Στο Κέντρο με ευθύνη της Υπευθύνου τηρούνται τα παρακάτω βιβλία:

- ⇒ βιβλίο συμβάντων
- ⇒ βιβλίο παρουσίας φιλοξενουμένων
- ⇒ βιβλίο ή κατάσταση παρουσίας προσωπικού

✓ **ΕΓΓΡΑΦΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

1. Τα εγγραφόμενα ηλικιωμένα άτομα προέρχονται κατά κύριο λόγο από την περιοχή του ΟΤΑ στον οποίο ανήκει το Κ.Η.Φ.Η., χωρίς να αποκλείεται και η περίπτωση εγγραφής ηλικιωμένων ατόμων, που διαμένουν σε όμορη περιοχή και εφ' όσον υπάρχουν κενές θέσεις, ή με την εγγραφή τους εξυπηρετούνται ιδιαίτερα οξυμένες κοινωνικές ανάγκες των ατόμων του οικογενειακού και συγγενικού περιβάλλοντος που ασχολούνται με τη φροντίδα των ατόμων αυτών. Δεν εγγράφονται ηλικιωμένα άτομα που πάσχουν από μεταδοτικά νοσήματα.

2. Για την εγγραφή των ηλικιωμένων υποβάλλονται τα ακόλουθα δικαιολογητικά:

α) Αίτηση του ηλικιωμένου ή ατόμου του συγγενικού περιβάλλοντος που έχει αναλάβει τη φροντίδα του.

β) Γνωμάτευση γιατρού του Δημοσίου, ΝΠΔΔ ή ασφαλιστικού οργανισμού σχετικά με την κατάσταση υγείας του ηλικιωμένου.

γ) Αντίγραφο της δήλωσης φορολογίας εισοδήματος τρέχοντος έτους ή εκκαθαριστικό εφορίας του προηγούμενου έτους. Σε περίπτωση που δεν υποχρεούται να υποβάλλει φορολογική δήλωση προσκομίζει βεβαίωση της οικείας Δ.Ο.Υ.

δ) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης

ε) Θεωρημένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας

Σύμφωνα με την τελευταία πρόσκληση ωφελουμένων δικαιολογητικά καταθέτουν και οι φροντιστές τους, που είναι τα ακόλουθα:

1) Θεωρημένο αντίγραφο αστυνομικής ταυτότητας

2) Εκκαθαριστικό σημείωμα

- 3) Πιστοποιητικό οικογενειακής κατάστασης
- 4) Υπεύθυνη δήλωση ότι το άτομο είναι επιφορτισμένο με τη φροντίδα του ηλικιωμένου
- 5 α) Βεβαίωση εργοδότη εάν είναι εργαζόμενοι.
 - β) Δήλωση έναρξης επιτηδεύματος, εάν είναι αυτοαπασχολούμενοι.
 - γ) Βεβαίωση ασφαλίσεως από τον ΟΓΑ , εάν είναι αγρότες.
- 6) Σε περίπτωση που ο φροντιστής ανήκει στην ομάδα των ΑμεΑ, ζητείται βεβαίωση Υγειονομικής Επιτροπής, που θα αναγράφεται το ποσοστό αναπηρίας του

2.4 Ο ρόλος των επαγγελματιών υγείας στην ιατροκοινωνική φροντίδα υγείας (γιατροί, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγοι κ.α.).

Από τα παραπάνω γίνεται σαφές ότι το ιατροκεντρικό πρότυπο λειτουργίας των παραδοσιακών υπηρεσιών υγείας δεν μπορεί να καλύψει αποκλειστικά, ούτε να εξασφαλίσει τη συνέχεια και την απαιτούμενη ποιότητα της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Αυτή στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, αναδεικνύεται σε ιδανικό πεδίο εφαρμογής της διεπιστημονικής συνεργασίας. Για να απαντηθούν οι ανάγκες που σκιαγραφήθηκαν παραπάνω χρειάζεται η ψυχολογική υποστήριξη από ψυχολόγους, η νοσηλευτική φροντίδα από νοσηλευτές/τριες, ο συντονισμός της φροντίδας από επισκέπτες/τριες υγείας, η παρακολούθηση και αγωγή από γιατρούς, η κινητοποίηση από φυσικοθεραπευτές/τριες, η διευθέτηση προβλημάτων της οικιακής οικονομίας από οικιακούς βοηθούς, ο συντονισμός και η διευθέτηση κοινωνικών προβλημάτων από κοινωνικούς λειτουργούς, ο γραμματειακός συντονισμός από γραμματείς, κ.ο.κ.

Η διαμόρφωση όμως και λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας υγείας δεν επιτυγχάνεται με την απλή συνεργασία των διάφορων επαγγελματιών υγείας. Προαπαιτεί μια διαδικασία εκπαίδευσης, κατά πρώτο λόγο στην αποσαφήνιση και συγκεκριμενοποίηση του ρόλου κάθε επαγγελματία υγείας για το ίδιο το αντικείμενο του. Στην επόμενη φάση χρειάζεται η ευαισθητοποίηση και γνωριμία του επιστημονικού πεδίου και του ρόλου των άλλων μελών της ομάδας υγείας. Η εκπαιδευτική αυτή διαδικασία στοχεύει στην ανάπτυξη της αυτογνωσίας, της αλληλοαναγνώρισης και του αλληλοσεβασμού, η καλλιέργεια των οποίων είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία της ομάδας υγείας.

Στις εξωνοσοκομειακές δομές φροντίδας ηλικιωμένων για να είναι αποτελεσματική η ομάδα υγείας πρέπει να αναγνωρίσει ότι η διαδικασία αυτή προϋποθέτει μια εντελώς διαφορετική προσέγγιση από την τρέχουσα στις υπηρεσίες υγείας. Ο σεβασμός απέναντι στα κοινωνικά, πολιτισμικά και μορφωτικά δεδομένα και γενικά στην προσωπικότητα των ηλικιωμένων που χρειάζονται φροντίδα και του περιβάλλοντος τους, αποτελεί το θεμέλιο λίθο για τη δημιουργική σχέση συνεργασίας που χρειάζεται να αναπτυχθεί. Μετά την πρώτη επαφή η ομάδα υγείας πρέπει να είναι προετοιμασμένη να αντιμετωπίσει με διακριτικότητα πολύπλοκα προβλήματα καθότι θα βρεθεί μπροστά σε πόνο, ψυχικό και σωματικό, σε εντάσεις και σε πρακτικές δυσκολίες για την ολοκλήρωση του έργου της. Η λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας υγείας διασφαλίζει τόσο την αποτελεσματικότητα του έργου όσο και την προστασία των ίδιων των μελών της από την αναμενόμενη ψυχική φθορά. Η ατομική και συλλογική υπευθυνότητα ανατροφοδοτούν τις δυνατότητες της ομάδας υγείας, οι οποίες, με την έννοια αυτή, δεν είναι απλώς αποτέλεσμα αθροίσματος των δεξιοτήτων των επιμέρους ειδικοτήτων, αλλά καθορίζονται από μια πολλαπλασιαστική διαδικασία.

Η κοινωνική εργασία προτείνει διάφορες υπηρεσίες ανάλογα με την περίπτωση, όπως:

- Την ένταξη των ηλικιωμένων ατόμων σε ΚΑΠΗ και Κ.Η.Φ.Η. όπου μέσω της συμμετοχής και της ενεργοποίησής τους παρέχεται η δυνατότητα διατήρησης της κοινωνικής λειτουργικότητας τους. Παράλληλα η παρακολούθηση της υγείας τους από τα κέντρα αυτά δίνει δυνατότητες έγκαιρης διάγνωσης και θεραπείας ασθενειών. Με αυτό τον τρόπο ενισχύεται η παραμονή τους στην κοινότητα.
- Την συμβουλευτική και υποστηρικτική κοινωνική εργασία σε συνδυασμό με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα - δηλαδή την κατ οίκον φροντίδα μέσω του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι». Ο στόχος του προγράμματος αυτού είναι η βελτίωση της υγείας του ηλικιωμένου και η παράλληλη εκπαίδευση των μελών της οικογένειας στο υπάρχον πρόβλημα. Παρέχεται ιατρική φροντίδα, νοσηλευτικές υπηρεσίες, φυσικοθεραπεία καθώς επίσης και συναισθηματική υποστήριξη. Επίσης παρέχονται πρακτικές υπηρεσίες, όπως καθαριότητα, μαγείρεμα, τακτοποίηση, συνοδεία σε ιατρούς, επισκέψεις κ.λ.π. (Ζαϊμάκης & Κανδυλάκη, 2005).

Ο κοινωνικός λειτουργός ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, σύμφωνα με το Σταθόπουλο (2000), θα πρέπει να αναπτύσσει τις παρακάτω δράσεις :

- ✓ Να διενεργεί κοινωνικές μελέτες-έρευνες για τη δημιουργία επιστημονικά τεκμηριωμένης γνωστικής βάσης σχετικά με τα προβλήματα της πληθυσμιακής ομάδας των ηλικιωμένων.
- ✓ Να εντοπίζει ομάδες από ηλικιωμένα άτομα που χρειάζονται εξειδικευμένες υπηρεσίες.
- ✓ Να εξακριβώνει-αξιολογεί την αποτελεσματικότητα των κοινωνικών προγραμμάτων για την κάλυψη αναγκών των ηλικιωμένων (π.χ. με επισκέψεις σε ηλικιωμένα άτομα στα πλαίσια του προγράμματος «Βοήθεια στο Σπίτι»).
- ✓ Να σχεδιάζει και να εφαρμόζει προγράμματα κοινοτικής οργάνωσης και ανάπτυξης, με στόχο την αξιοποίηση όλων των διαθέσιμων πόρων για την αντιμετώπιση των αναγκών των ηλικιωμένων, τη δημιουργία αποκεντρωμένων δικτύων κοινωνικών παροχών και την εμπλοκή των εξυπηρετούμενων στην επίλυση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν, καθώς και τη γενικότερη συμμετοχή της κοινότητας.
- ✓ Να δημιουργεί δημόσιες σχέσεις στα πλαίσια των ΚΑΠΗ, των Κεντρικών Κοινωνικών Υπηρεσιών Δήμων και του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας για την εξασφάλιση υποστήριξης σε προγράμματα στήριξης των ηλικιωμένων ατόμων.
- ✓ Να καλλιεργεί κλίμα εθελοντισμού στα πλαίσια της κοινότητας (ειδικά για κάλυψη αναγκών μοναχικών ηλικιωμένων ατόμων), και να φροντίζει για την κατάλληλη εκπαίδευση των εθελοντών.
- ✓ Να σχεδιάζει και να εφαρμόζει προγράμματα σύγχρονης μορφής που θα παρέχουν στήριξη στα ηλικιωμένα άτομα (π.χ. πρόγραμμα τηλεϊατρικής φροντίδας) φυσικά και με τη παροχή βοήθειας και υποστήριξης και από την κοινότητα και τους φορείς της.

Ο εργοθεραπευτής συνεργάζεται με ένα άτομο για να το βοηθήσει να κατακτήσει ένα ολοκληρωμένο και ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο μέσω μιας σκόπιμης δραστηριότητας ή παρεμβάσεων σχεδιασμένων για την επίτευξη λειτουργικών αποτελεσμάτων τα οποία προάγουν την υγεία, την πρόληψη τραυματισμού ή αναπηρίας και οι οποίες αναπτύσσουν, βελτιώνουν, διατηρούν ή επαναφέρουν το υψηλότερο δυνατό επίπεδο ανεξαρτησίας. Οι εργοθεραπευτές βοηθούν τους ηλικιωμένους να βελτιώσουν την ικανότητά τους να εκτελούν δραστηριότητες στην

καθημερινή τους ζωή και στα εργασιακά τους περιβάλλοντα. Εργάζονται με άτομα που έχουν παθήσεις που προκαλούν ψυχική, σωματική, αναπτυξιακή, κοινωνική ή συναισθηματική αναπηρία. Τους βοηθούν επίσης να αναπτύξουν, να ανακτήσουν ή να διατηρήσουν δεξιότητες της καθημερινής ζωής και εκείνες που είναι απαραίτητες για εργασία. Βοηθούν τους ηλικιωμένους όχι μόνο να βελτιώσουν τις βασικές κινητικές λειτουργίες τους και τις ικανότητες συλλογιστικής τους, αλλά και να αντισταθμίσουν τη μόνιμη απώλεια της εκάστοτε λειτουργίας. Ο στόχος τους είναι να τους βοηθήσουν να έχουν ανεξάρτητη, παραγωγική και ικανοποιητική ζωή.

Οι θεραπευτές επίσης βοηθούν τους ηλικιωμένους να έχουν πιο παραγωγική, ενεργή και ανεξάρτητη ζωή μέσα από μια ποικιλία μεθόδων, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης προσαρμοστικού εξοπλισμού. Στο περιβάλλον του σπιτιού οι εργοθεραπευτές μπορεί να δουλέψουν με το άτομο στην αξιολόγηση των κινδύνων και τον εντοπισμό περιβαλλοντικών παραγόντων που διευκολύνουν τις πτώσεις. Έχουν συχνά συντελεστικό ρόλο στην εκτίμηση των κατάλληλων αναπηρικών αμαξιδίων για τους ηλικιωμένους. Επιπλέον, οι εργοθεραπευτές με εξειδίκευση στην αποκατάσταση της οδήγησης αξιολογούν την ικανότητα του ατόμου να οδηγεί τόσο με κλινικές όσο και με δοκιμασίες που εκτελούνται σε πραγματικό περιβάλλον, σε οδικό δίκτυο. Οι αξιολογήσεις επιτρέπουν στον εργοθεραπευτή να κάνει συστάσεις για προσαρμοστικό εξοπλισμό, ο οποίος στοχεύει στην παράταση της ανεξαρτησίας στην οδήγηση, και εναλλακτικών επιλογών μεταφοράς (Βικιπαίδεια, 2012). Όταν φροντίζει ασθενείς με ορθοπεδικές παθήσεις, ασχολείται με την άσκηση τους σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής (ντύσιμο-φαγητό-υγιεινή), δουλειές του σπιτιού, τρόπους μετακίνησης στον χώρο και χρήση μηχανικών μέσων, όπως τροχαλία και ρόδα. Μπορεί ακόμη να έχει τη φροντίδα για την αντιμετώπιση κινητικών δυσκολιών και την αυτοεξυπηρέτηση ηλικιωμένων ατόμων στην καθημερινή τους διαβίωση. Σε άλλες περιπτώσεις κάνει υποστήριξη ατόμων με ψυχικές διαταραχές καθώς και εξαρτημένων από ουσίες, μέσω της οργάνωσης δραστηριοτήτων σωματικής αλλά και ψυχολογικής κινητοποίησης, στοχεύοντας στην κοινωνική επανένταξη. Εθνικό κέντρο Προσανατολισμού (Εργοθεραπευτής, <http://repository.edulll.gr/edulll/retrieve/3470/1034.pdf>).

Οι ψυχολόγοι αποτελούν σημαντικό μέλος της διεπιστημονικής ομάδας υγείας, ιδιαίτερα δε της ομάδας που φροντίζει ηλικιωμένους ασθενείς. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας, η οποία προσβάλλει περίπου το 5% των ηλικιωμένων, μπορούν να συνοψιστούν στα εξής: οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας με κατάθλιψη

συχνά έχουν αισθήματα αναξιότητας, απελπισίας, νιώθουν αβοήθητα και έχουν ενοχές χωρίς να υπάρχει λόγος. Επίσης μπορεί να αισθάνονται συνεχή στεναχώρια, κούραση, έλλειψη ενεργητικότητας, ανεξήγητα άλγη και πόνους, άγχος και ένα αίσθημα «κενού». Χάνουν το ενδιαφέρον τους και την αγάπη τους προς τις καθημερινές δραστηριότητες, αντιμετωπίζουν προβλήματα με τον ύπνο τους και τη διατροφή τους, ξεσπούν σε κλάματα πολύ συχνά, δυσκολεύονται να επιτελέσουν διανοητικές διαδικασίες, δηλαδή αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και λήψη αποφάσεων αλλά και προβλήματα που σχετίζονται με τη μνήμη. Παράλληλα, οι ηλικιωμένοι με κατάθλιψη τείνουν να είναι ευερέθιστοι, μπορεί να έχουν αυτοκτονικές σκέψεις, χάνουν εύκολα τον προσανατολισμό τους και αποσύρονται από τις κοινωνικές καταστάσεις στις οποίες παλαιότερα συμμετείχαν (Δημητράσκου Θ. Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. <http://e-psychology.gr>). Τα άτομα αυτά επίσης μπορεί να βιώνουν αίσθημα εγκατάλειψης, σωματικής και σεξουαλικής βίας, να έχουν προβλήματα με τα παιδιά τους και να εμφανίζουν συχνά προβλήματα εκτέλεσης των δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, αλλά και επιβίωσης όταν αυτά συνδυάζονται και με άλλα κοινωνικοοικονομικά προβλήματα. Βασικός σκοπός των ψυχολόγων είναι: α) η παροχή φροντίδας, προστασίας και ψυχολογικής στήριξης στους ηλικιωμένους ηλικίας άνω των 65 ετών και η προώθηση των δικαιωμάτων τους αφού οι ίδιοι δεν έχουν την δυνατότητα ή τα μέσα να αυτοπροστατευθούν. β) Η συμβουλευτική σε ηλικιωμένους, στα παιδιά τους η/και το συγγενικό τους περιβάλλον. Παράλληλα η συνεργασία με τους άλλους επαγγελματίες υγείας ώστε να υπάρχει συνδυαστική και εξατομικευμένη αντιμετώπιση των ζητημάτων που προκύπτουν.


Κεφάλαιο 3^ο

Ανάγκες ηλικιωμένων

3.1. Εισαγωγή

Οι αρχαίες αναφορές σχετικά με τα γηρατειά τις περισσότερες φορές δεν είναι παρά απλοί κατάλογοι μυθικών και ιστορικών προσώπων που υποτίθεται ότι είχαν φτάσει σε βαθιά γεράματα. Ωστόσο στην περίπτωση των ιστορικών προσώπων, οι μεταγενέστεροι δεν τους θυμούνται τόσο για την περίοδο των γηρατειών τους όσο κυρίως για τα επιτεύγματα τους: η ηλικία τους γενικά δεν ενδιαφέρει, εάν τύχει να ενδιαφέρει, είναι μόνο για να γίνει αναφορά σε κάτι που κατόρθωσαν παρά την προχωρημένη ηλικία τους. Με λίγα λόγια φαίνεται πως στην αρχαιότητα υπήρχε παντελής έλλειψη ενδιαφέροντος για τους γέρους. Το γεγονός αυτό είναι σημαντικό από μόνο του και μπορεί να παρέχει ενδείξεις σχετικά με τον τρόπο αντιμετώπισης των γερόντων στην ελληνική και ρωμαϊκή αρχαιότητα. Εξίσου σημαντικές είναι και οι αιτίες που κρύβονται πίσω από αυτό το γεγονός: οφείλεται στο ότι οι γέροντες ήταν συγκριτικά λιγοστοί μέσα στην κοινωνία ή μήπως στο ότι λίγοι από αυτούς ήταν ορατοί μέσα σε αυτήν (Parkin, 2008).

Στη σημερινή εποχή οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γερωντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από:

- α) Εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία (αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, σωστή διατροφή και ένδυση, οικιακή βοήθεια, καθαριότητα και δυνατότητα μετακίνησης).
- β) Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.
- γ) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.
- δ) Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες
- ε) Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνηση τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αμαξίδιο.
- 
- στ) Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- ζ) Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- η) Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα (Εμκε-Πουλοπούλου, 2009).

Αποτελεί πλέον πολιτική, ότι η παροχή υγειονομικής φροντίδας θα πρέπει να κατευθύνεται από τις αντίστοιχες ανάγκες. Με αυτή τη λογική, ένας πληθυσμός μπορεί να χρειάζεται πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ή οικογενειακό ιατρό. Για να υπάρχει κατάλληλη φροντίδα υγείας στον πληθυσμό, οι υπηρεσίες υγείας έπρεπε να σχεδιάσουν ή να περιγράψουν τα χαρακτηριστικά του πληθυσμού, να εκτιμήσουν τις

ανάγκες του για φροντίδα υγείας και να τις ικανοποιήσουν. Μέσα στο πλαίσιο του πληθυσμού, η ανάγκη έχει πιο συγκεκριμένη και τεχνική έννοια: την ικανότητα του ατόμου (ή του πληθυσμού) να έχει όφελος από μια συγκεκριμένη παρέμβαση όσον αφορά στην παροχή φροντίδας υγείας. Έτσι, τα οφέλη καλούνται "εκβάσεις /αντικειμενικοί σκοποί". Χρησιμοποιούνται για να μετρήσουν εάν μία παρέμβαση πέτυχε (ή το αντίθετο) τους επιθυμητούς στόχους, π.χ. πόσο καλά η πρόωμη συνταξιοδότηση επιτυγχάνει τον επιθυμητό σκοπό της, δηλαδή τη μείωση της χρονικής περιόδου παραμονής στην εργασία; Αυτό, βέβαια, απαιτεί από την υπηρεσία να έχει ξεκάθαρο σκοπό, τον οποίο να επιθυμεί να επιτύχει.

Εάν η ανάγκη προσδιορίζεται με βάση το πώς θα ωφεληθούν τα άτομα, τότε δημιουργείται η απορία του τρόπου καθορισμού της έννοιας του οφέλους (ή του αντικειμενικού σκοπού). Δεν υπάρχει ομοφωνία για τον τρόπο μέτρησης του οφέλους, παρόλο που η έννοια γίνεται ευρέως αποδεκτή από τους φορείς υγείας και της κοινωνίας. Στον τομέα της υγείας, είναι σύνηθες το όφελος (ή η έκβαση) να μετράται με όρους, όπως η θνησιμότητα (π.χ. επιβίωση), η νοσηρότητα (π.χ. συμπτώματα) και η ποιότητα ζωής. Στα πλαίσια εκτίμησης της νοσηρότητας και της ποιότητας ζωής, υπάρχει μεγάλο ενδιαφέρον για την ανάπτυξη των τυποποιημένων δεικτών της έκβασης που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε διαφορετικά περιβάλλοντα και σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (π.χ. ηλικιωμένοι). Είναι σημαντικό να τονισθεί ότι και οι δείκτες έκβασης και αξιολόγησης που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, δε σχεδιάστηκαν έχοντας κατά νου τα ηλικιωμένα άτομα.

Επίσης, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η ανάγκη είναι δυναμική έννοια. Υπηρεσίες που ήταν απαραίτητες κατά το παρελθόν, όπως ο μαζικός έλεγχος με ακτινογραφία θώρακα ή η παροχή γευμάτων στα άτομα των οποίων το σπίτι είχε βομβαρδιστεί κατά τη διάρκεια του πολέμου, ενδέχεται να μην έχουν πια χρησιμότητα. Η δημιουργία νέων και σημαντικών υπηρεσιών και παρεμβάσεων θα δημιουργήσουν νέες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας.

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ανάγκης, η οποία είναι ευρεία, συνήθως χωρίζεται σε τέσσερις κατηγορίες ανάλογα με το μηχανισμό καθορισμού των αναγκών.

1. *Κανονιστικές ανάγκες* είναι οι εκείνες που προσδιορίζονται ή αναγνωρίζονται από τον ειδικό ή τον επαγγελματία. Αυτό απαιτεί να οριστεί μια πρότυπη τιμή αναφοράς, κάτω από την οποία αναγνωρίζεται ότι τα άτομα βρίσκονται σε

ανάγκη. Για παράδειγμα, μια νοσηλεύτρια που εκτιμά ότι το ηλικιωμένο άτομο χρειάζεται βοήθεια στο μπάνιο του, εκτελεί μια τυπική αξιολόγηση.

2. *Εκτιμώμενες ανάγκες* είναι εκείνες που αναγνωρίζονται από το χρήστη των υπηρεσιών φροντίδας υγείας ή τον επαγγελματία φροντίδας υγείας, όπως η ανάγκη για παροχή βοήθειας για την εκτέλεση του μπάνιου.
3. *Εκφραζόμενες ανάγκες* είναι οι εκτιμώμενες ανάγκες που μεταφράζονται σε πράξη: Παραδείγματος χάριν, η ζήτηση του ηλικιωμένου ατόμου για μεταφορά σε κάποια δομή, ή η ζήτηση των ηλικιωμένων που ανήκουν σε μειονότητες για την παροχή ειδικών γευμάτων από την υπηρεσία σίτισης.
4. *Συγκριτικές ανάγκες* που ορίζονται από τα άτομα μίας περιοχής, μέσω της σύγκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στον πληθυσμό (ή τμήματος του πληθυσμού) με τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας άλλης περιοχής. Εάν δεν είναι γνωστό ποιος είναι ο βέλτιστος τρόπος παροχής υπηρεσιών, τότε απλές συγκρίσεις μεταξύ ομάδων και περιοχών θα αποκαλύψουν περιοχές με ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί (ή έχουν υπερκεραστεί) (Victor, 2011).

3.2 Σωματικές ανάγκες.

Οι ηλικιωμένοι λόγω των πολλαπλών προβλημάτων υγείας που έχουν, εμφανίζουν αρκετές ανάγκες που προσπαθούν να τις ανακουφίσουν ή να τις θεραπεύουν με απώτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Ένας βασικός τρόπος για τη μελέτη του επιπέδου υγείας των ηλικιωμένων ατόμων είναι ο έλεγχος της ικανότητας τους να εκτελούν ποικίλες δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, οι οποίες σχετίζονται με την ικανότητα τους να παραμένουν ανεξάρτητοι στην κοινότητα. Τέτοιες δραστηριότητες καλύπτουν τρεις τομείς της καθημερινότητας:



- (1) την κινητικότητα,
 - (2) την αυτοφροντίδα (όπως το ντύσιμο και η σίτιση) και
 - (3) τις δουλειές του σπιτιού (όπως είναι τα ψώνια, το μαγείρεμα και το καθάρισμα).
- Για κάθε κατηγορία, το ποσοστό των ατόμων που αδυνατεί να εκτελέσει τις δραστηριότητες αυξάνεται με την ηλικία. Στην ηλικία άνω των 85 ετών, τουλάχιστον το 20% δεν μπορεί να εκτελέσει μία δραστηριότητα αυτοφροντίδας (συγκριτικά με το

4% της ηλικίας 65-69 ετών), το 60% δεν είναι σε θέση να κάνει τα ψώνια για το σπίτι (αντίστοιχα, το 8% της ηλικίας 65-69' ετών) και το 44% αντιμετωπίζει τουλάχιστον ένα κινητικό πρόβλημα (αντίστοιχα, το 5% της ηλικίας 65-69 ετών) (Πίνακας 3)

Πίνακας 3. Το ποσοστό % του πληθυσμού στο Ηνωμένο Βασίλειο που δεν είναι σε θέση να εκτελέσει δραστηριότητες της καθημερινής ζωής:2001

Δραστηριότητα	%					
	65-69	70-74	75-79	80-84	85+	Όλοι >65
Να βγει βόλτα ή να περάσει το δρόμο	6	10	14	20	41	14
Να ανέβει/κατέβει σκαλιά	5	7	10	16	24	10
Να κινείται μέσα στο σπίτι	1	0	2	2	2	1
Να χρησιμοποιήσει την τουσάετα	1	1	1	1	3	1
Να ανεβαίνει/κατεβαίνει στο κρεβάτι	2	1	2	3	5	2
Να κάνει μπάνιο	3	5	6	11	21	7
Να ντυθεί/Ξεντυθεί	2	2	2	4	8	3
Να πλύνει πρόσωπο/χέρια	0	0	0	1	2	0
Να οπιστεί	0	0	0	0	3	0
Να κόψει τα νύχια από τα πόδια	18	29	34	43	64	31
Να ψωνίσει για το σπίτι	5	9	14	21	41	13
Να πλύνει/στεγνώσει τα πιάτα	1	2	3	3	9	3
Να καθαρίσει από μέσα τα παράθυρα	9	13	20	29	48	19
Να χρησιμοποιήσει την ηλεκτρική σκούπα	5	8	10	17	34	11
Να πλύνει ρούχα στο χέρι	6	6	9	12	24	9
Να μαγειρέψει μεσημεριανό	3	4	5	9	15	5
Να ετοιμάσει κοκτασί	1	1	2	3	7	2
Να φτιάξει τσάι	0	1	1	2	5	1

Πηγή: General Household Survey 2001 - available at www.statistics.gov.uk

Στις σημαντικές σωματικές ανάγκες που πρέπει να επιλύονται, περιλαμβάνεται και η ανακούφιση από τον πόνο, ο καλός ύπνος και η ανάπαυση, η καλή λειτουργία της ούρησης και της κένωσης, η πρόληψη και η έγκαιρη αντιμετώπιση των λοιμώξεων κ.α.

3.3 Ψυχολογικές ανάγκες.

Όλες οι τεχνολογικές εξελίξεις, οι κοινωνικές αλλαγές και ο σύγχρονος τρόπος ζωής έφεραν στην επιφάνεια πολλά έντονα συναισθηματικά προβλήματα ηλικιωμένων. Η απομάκρυνση από την παραγωγική εργασία με τη συνταξιοδότηση μπορεί να σημαίνει: α) Απόσυρση - κοινωνική απομόνωση.

β) Μοναξιά.

γ) Περιθωριοποίηση.

δ) Απώλεια αυτονομίας που οδηγεί όχι μόνο στη σωματική εξάρτηση αλλά και στην κοινωνική.

ε) Μαρασμό.

ζ) Λύπη, απόγνωση από απώλεια συντρόφου ή φίλων.

η) Γεροντική κατάθλιψη. Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία. Εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα



ηλικίας άνω των 65 ετών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία .

Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας αποτελώντας πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία (Στυλιανοπούλου και συν., 2010).

Στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων υπάρχουν, βεβαίως, πολλοί που δεν αντιμετωπίζουν τα παραπάνω προβλήματα και χαίρονται τα πλεονεκτήματα της ηλικίας τους. Υπάρχουν όμως και κατηγορίες όπως ηλικιωμένοι που δεν έχουν οικογένεια, ή οικογένειες χαμηλού οικονομικού επιπέδου που δεν μπορούν να φροντίσουν ηλικιωμένους με προβλήματα υγείας, ή άλλα. Υπάρχουν, τέλος, οικογένειες που αρνούνται να αναλάβουν την ευθύνη των ηλικιωμένων συγγενών. Έτσι εξηγείται το γεγονός ότι ηλικιωμένοι εγκαταλειμμένοι στα νοσοκομεία είναι συνήθως αυτοί που προέρχονται από τις παραπάνω κατηγορίες. Οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι έρχονται αντιμέτωποι με την παραμέληση, φυσική ή ψυχολογική, αλλά και αντιμέτωποι με τη βία ή την κακοποίηση. Παρατηρήσεις έδειξαν ότι υπόκεινται (σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες) σε περισσότερα τροχαία ατυχήματα, οικιακά ατυχήματα ή εγκληματικές επιθέσεις (Πανέρα, 1999).

Η αντιμετώπιση των ψυχολογικών αναγκών δεν πρέπει να υποεκτιμάται κατά την αξιολόγηση των ασθενών και τον σχεδιασμό της ολιστικής φροντίδας του ασθενή. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια και το υποστηρικτικό δίκτυο του ηλικιωμένου, οι οποίοι θα πρέπει να εκπαιδευτούν τόσο στην πρόωπη αναγνώριση των ψυχολογικών συμπτωμάτων όσο και στην έγκαιρη παραπομπή των ηλικιωμένων στις αντίστοιχες υπηρεσίες υγείας. Φυσικά, η καλή και συνεχής επικοινωνία των ηλικιωμένων με τους "νεότερους", (παιδιά, εγγόνια) μειώνει το αίσθημα απομόνωσης και μοναξιάς, ακόμη και στις περιπτώσεις που έχουμε απώλεια συζύγου. Δεν πρέπει επίσης να παραμεληθεί η συσχέτιση αυτών των προβλημάτων με υπαρκτά σωματικά και

κοινωνικά προβλήματα και την ανάγκη να ικανοποιούνται οι σωματικές ανάγκες για την μείωση του αντίκτυπου που προκαλούν στον ψυχισμό του ηλικιωμένου.

3.4 Κοινωνικές & οικονομικές ανάγκες.

Οι υπερήλικες αντιμετωπίζονται, κατά κύριο λόγο, ως επιβαρυντικοί παράγοντες και ως μη αποδοτικοί παραγωγικά, με αποτέλεσμα να τίθενται έμμεσα ή άμεσα στο κοινωνικό περιθώριο. Οι καταστάσεις αυτές τους ωθούν συνήθως σε δογματισμούς, σε δυσπροσαρμοστία και σε επιφυλακτικότητα απέναντι σε κάθε νέα ιδέα, σχέση ή συνήθεια. Στην πραγματικότητα, όμως, η αυξημένη λόγω ηλικίας νοσηρότητα σε συνδυασμό με τα σοβαρά κοινωνικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν, οδηγούν τους υπερήλικες σε αποδιοργάνωση και συντελούν στη διαμόρφωση ενός ιδιόμορφου ψυχισμού, ο οποίος με τη σειρά του περιορίζει τις πιθανότητες διεξόδου από το φαύλο κύκλο που δημιουργείται.

Τα σημαντικότερα από τα κοινωνικά προβλήματα, που αντιμετωπίζουν οι υπερήλικες, είναι τα εξής:

Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος: Η διαβίωση των υπερηλίκων σε κατοικίες που είναι προσαρμοσμένες στις ανάγκες τους, συμβάλλει καθοριστικά στη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους και διευκολύνει σε σημαντικό βαθμό την ενεργό συμμετοχή τους στα κοινωνικά δρώμενα. Η διαμόρφωση όμως των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση στις περισσότερες χώρες του κόσμου αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους.

Οικονομικά προβλήματα: Οι αυξημένες ανάγκες της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και ο παρατεταμένος χρόνος νοσηλείας των υπερηλίκων, σε συνδυασμό με το χαμηλό ύψος των συντάξεων και τη μη επαρκή κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών τους από τα ασφαλιστικά ταμεία, επιβαρύνουν τόσο τους ίδιους, όσο και το στενό συγγενικό και φιλικό τους περιβάλλον. Επιπλέον, η συνεχής αύξηση του αριθμού των υπερηλίκων και η μεγάλη υπογεννητικότητα, που χαρακτηρίζουν ιδιαίτερα τις αναπτυγμένες χώρες, δημιουργούν ευρύτερες κοινωνικές και οικονομικές επιβαρύνσεις, που τις επωμίζεται ο ενεργός πληθυσμός των νεαρότερων ηλικιών.

Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης: Οι υπερήλικες και ιδιαίτερα όσοι έχουν υπερβεί την ηλικία των 70 ετών δυσκολεύονται να ανταποκριθούν σε καθημερινές ασχολίες, που έχουν σχέση με την ατομική υγιεινή, τη φροντίδα του σπιτιού, το μαγείρεμα και την

ένδυση. Εάν ο υπερηλίκας βρίσκεται κάτω από την προστασία στενών συγγενών του, οι συγκεκριμένες ανάγκες καλύπτονται επαρκώς. Στην αντίθετη περίπτωση δημιουργούνται προβλήματα υποσιτισμού, υγιεινής και άλλα, που επιτείνουν τα ψυχοσωματικά προβλήματα που χαρακτηρίζουν την ηλικία. Στις περιπτώσεις αυτές η λύση είναι η παροχή κάποιας φροντίδας από τρίτα πρόσωπα, έναντι κάποιου οικονομικού ανταλλάγματος ή η εισαγωγή σε κάποιο ίδρυμα, η οποία επιλύει τις βασικές ανάγκες αυτοεξυπηρέτησης, δημιουργεί όμως άλλα ιατροκοινωνικά προβλήματα.

Προβλήματα επικοινωνίας και ψυχαγωγίας: Τα αποτελέσματα σειράς ερευνών, που διεξήχθησαν σε διάφορες χώρες του κόσμου, έχουν οδηγήσει στη διαπίστωση ότι τα ποσοστά των υπερηλίκων και των μεσηλίκων που είναι αναλφάβητοι ή έχουν χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης είναι ιδιαίτερα υψηλά. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τη γενικότερη βελτίωση του μορφωτικού επιπέδου των νέων, δημιουργεί δυσκολίες στην επικοινωνία των υπερηλίκων με άτομα νεαρής ηλικίας. Επιπλέον, ο αναλφαβητισμός των υπερηλίκων τους οδηγεί σε περαιτέρω κοινωνική απομόνωση, αφού δυσκολεύονται να συντάξουν κάποιο γράμμα, να διαβάσουν τους υπότιτλους ξένων προγραμμάτων που προβάλλονται στην τηλεόραση ή ακόμα να διαβάσουν τις οδηγίες κάποιου φαρμακευτικού παρασκευάσματος

Ως προς την ψυχαγωγία, οι υπερηλίκες που δε βρίσκονται κοινωνικά απομονωμένοι, διαθέτουν κάποια οικονομική άνεση και δεν αντιμετωπίζουν ιδιαίτερα προβλήματα υγείας καλύπτουν τον ελεύθερο χρόνο τους ασχολούμενοι με διάφορα ενδιαφέροντα, συχνάζοντας σε λέσχες, συμμετέχοντας σε εκδρομές και στις δραστηριότητες διάφορων σωματείων ή οργανώσεων (Dimond et al., 1987). Ένα μεγάλο όμως μέρος των υπερηλίκων δεν έχει δυνατότητες ευχάριστης ψυχαγωγίας και δημιουργικής κάλυψης του ελεύθερου χρόνου. Στις περιπτώσεις αυτές τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Υπερηλίκων (ΚΑΠΗ) παρέχουν σημαντικό έργο, διοργανώνοντας προγράμματα ψυχαγωγίας, ανεβάζοντας θεατρικά έργα, παρουσιάζοντας μουσικά προγράμματα και διοργανώνοντας εκδρομές.

Οι κοινωνικές ανάγκες, οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή, συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαρείες χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικοοικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανύπαρκτη. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται,

τις υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρουν το Κράτος, η τοπική αυτοδιοίκηση και μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους-άρρωστους και τις οικογένειες τους.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Για παράδειγμα οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το ράνιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωσή τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανούν για ταξί, τηλέφωνο και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο διότι συνήθως αγοράζουν είδη πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης.

Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν ώστε να αγοράζουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει, ιδιαίτερα στις υπεραγορές, προϊόντα σε μικρές συσκευασίες (Πουλοπούλου, 1999).



Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η

οποία κυρίως προσφέρεται με τη μορφή της ιδρυματικής περιθάλψης. Μόλις τα τελευταία χρόνια έχει γίνει κατανοητό, ότι η εξωνοσοκομειακή φροντίδα των ηλικιωμένων, όχι μόνο είναι μικρότερη σε κόστος για το σύστημα υγείας, αλλά και έχει σαφώς περισσότερα πλεονεκτήματα, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται τέτοιες υπηρεσίες στην κοινότητα για να τους υποστηρίξουν στο φυσικό περιβάλλον που ζουν και κινούνται καθημερινά.

3.5 Εκπαιδευτικές ανάγκες.

Το άτομο έχει την ικανότητα να μαθαίνει στην τρίτη ηλικία που φανερώνεται και αποδεικνύεται από τα βάθη των αιώνων με το "γηράσκω αεί πολλά διδασκόμενος" του Σόλωνα όσο και από τις σύγχρονες επιστημονικές έρευνες. Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα σε εκπαίδευση και ειδίκευση άσχετα από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και από την ηλικία τους. Τα άτομα τρίτης ηλικίας έρχονται συχνά αντιμέτωπα με ορισμένους ιδιαίτερα αρνητικούς παράγοντες οι οποίοι δυσχεραίνουν την ένταξη και παραμονή τους στα προγράμματα εκπαίδευσης

Οι παράγοντες αυτοί περιλαμβάνουν:

- ✓ την περιορισμένη πρόσβαση στα προγράμματα εκπαίδευσης και κατάρτισης για διάφορους οργανωτικούς κυρίως λόγους,
- ✓ την έλλειψη προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης τα οποία καλύπτουν τις πραγματικές ανάγκες και ενδιαφέροντα των ατόμων αυτών για καλύτερη διαχείριση του ελεύθερού τους χρόνου,
- ✓ την έλλειψη συνέχειας των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης ή αποσπασματικές δράσεις επιλεγμένες από τους φορείς εκπαίδευσης ανάλογα με την χρηματοδότηση από τα Ευρωπαϊκά ταμεία,
- ✓ την έλλειψη σύνδεσης των προγραμμάτων εκπαίδευσης και κατάρτισης με ένα ευρύτερο και αποτελεσματικό δίκτυο παροχής ψυχοκοινωνικών υπηρεσιών που θα μπορούσε να βοηθήσει στην κατεύθυνση της κοινωνικής ένταξης των ομάδων αυτών
- ✓ η έλλειψη πόρων και οι προκαταλήψεις (Πουλοπούλου, 1999; Cross, 1981).

Κατά την κοινωνιολογική προσέγγιση οι εκπαιδευτικές ανάγκες προκύπτουν όταν ένας σημαντικός αριθμός ατόμων ή ομάδων συνειδητοποιούν ότι της λείπουν κάποιες γνώσεις, που επιβάλλονται είτε από συγκεκριμένους, θεσμοθετημένους ή και άτυπους κανόνες, είτε από κυρίαρχα κοινωνικά πρότυπα. Η πολιτιστική προσέγγιση

υπογραμμίζει κατά κύριο λόγο τη σημασία που έχουν οι πεποιθήσεις και οι αξίες στη διαμόρφωση των αναγκών μίας κοινωνικής ομάδας. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες προκύπτουν συνεπώς από τις πεποιθήσεις και τις αξίες που χαρακτηρίζουν μία συγκεκριμένη κοινωνική ομάδα όπως είναι π.χ. οι ηλικιωμένοι. Επίσης κατά την οικονομική προσέγγιση οι ανάγκες προκύπτουν από την παραγωγή και σε μεγάλο βαθμό ταυτίζονται με το σύστημα διανομής των προϊόντων και συνεπώς οι ανάγκες προσδιορίζονται από το επίπεδο ανάπτυξης των παραγωγικών δυνάμεων σε μία κοινωνία, σε μία συγκεκριμένη ιστορική περίοδο (Βεργίδης, 1999).



Στο πλαίσιο της δομολειτουργικής προσέγγισης, οι ανάγκες των ανθρώπων και των κοινωνικών ομάδων προσδιορίζονται από τις δομές μέσα στις οποίες ζουν και από τις λειτουργίες τις οποίες επιτελούν. Κάθε ανάγκη είναι μία έκφραση ανισοροπίας, και κάθε ανάγκη τείνει να προκαλεί τις κατάλληλες αντιδράσεις για την ικανοποίησή της. Η ενεργητικότητα κινητοποιείται πάντοτε από μία ανάγκη οπότε και η συμπεριφορά μας ή η κατάσταση μας χρειάζεται να αλλάξει ως απάντηση σε αυτή την αλλαγή.

Η διάκριση των εκπαιδευτικών αναγκών σε α. συνειδητές και ρητές, β. συνειδητές αλλά μη ρητές και γ. σε λανθάνουσες μας βοηθά να επιλέξουμε τις κατάλληλες μεθόδους και τεχνικές για τη διερεύνησή τους. Για τις εκπαιδευτικές ανάγκες που θεωρούμε ότι είναι συνειδητές και ρητές, μπορούμε να επιλέξουμε ως καταλληλότερη μέθοδο συλλογής στοιχείων την περιγραφική δειγματοληπτική μέθοδο και την χρησιμοποίηση ερωτηματολογίων ή και κατευθυνόμενων συνεντεύξεων, και με στατιστικές μεθόδους ανίχνευσης που αποτελεί την πιο διαδεδομένη μορφή ποσοτικής εμπειρικής έρευνας (Cohen & Manion, 1997).

Εάν εκτιμήσουμε ότι οι εκπαιδευτικές ανάγκες του πληθυσμού-στόχου είναι κυρίως μη ρητές ή λανθάνουσες, τότε για τη διερεύνησή τους επιλέγουμε κυρίως ποιοτικές μεθόδους και τεχνικές όπως:

- α. οι ιστορίες ζωής όπου πρόκειται για την περιγραφή της καθημερινής ζωής τους από άτομα που ανήκουν στον πληθυσμό-στόχο, με ήπια καθοδήγηση από τους ερευνητές προκειμένου από τις αφηγήσεις τους να συλλέγουν στοιχεία για τα προσωπικά τους προβλήματα και τις ανάγκες τους (Cohen & Manion, 1997).
- β. οι μελέτες περίπτωσης που αφορούν την διερεύνηση εκπαιδευτικών αναγκών κατά κανόνα παρατηρώντας μία τυπική μονάδα του πληθυσμού στόχου όπως

ένα ενήλικα, μία ομάδα ενηλίκων, ένα ίδρυμα, μία επιχείρηση, μία κοινότητα. Η παρατήρηση αποσκοπεί στη σε βάθος εξερεύνηση και στην συστηματική ανάπτυξη της ζωής της συγκεκριμένης μονάδας, στον προσδιορισμό των αναγκών και πιο συγκεκριμένα των εκπαιδευτικών αναγκών της καθώς και των προϋποθέσεων για την γενίκευση τους στον πληθυσμό-στόχο (Cohen & Manion, 1997).

γ. Η ατομική και ομαδική συνέντευξη ως ερευνητική τεχνική χρησιμοποιείται ευρέως για την διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών

Στις σύγχρονες κοινωνίες της γνώσης και της πληροφορίας ούτε η πληροφόρηση, ούτε η γνώση για τις πρόσφατες και τις επικείμενες αλλαγές είναι αυτονόητες. Ταυτόχρονα οι εξελίξεις και αλλαγές σε όλα τα επίπεδα είναι ταχύτατες και ριζικές. Η διαμόρφωση λοιπόν, των εκπαιδευτικών αναγκών δεν αποτελεί μία «φυσική» διαδικασία που καταλήγει σταδιακά στην συνειδητοποίηση τους από τους ανθρώπους και στην καταγραφή τους μετά από σχετικές έρευνες από τους αρμόδιους ερευνητικούς και εκπαιδευτικούς φορείς. Παράλληλα με τις εκπαιδευτικές ανάγκες διερευνούμε τα ενδιαφέροντα του πληθυσμού - στόχου και τα κίνητρα του πληθυσμού -στόχου. Συνεπώς η διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών θα πρέπει να γίνεται σε πολλαπλά επίπεδα και να είναι στο μέτρο του εφικτού καθώς και πολυμεθοδική και διεπιστημονική, προκειμένου τα συμπεράσματα να είναι έγκυρα και να συμβάλλουν στον αποτελεσματικό σχεδιασμό εκπαιδευτικών προγραμμάτων (Βεργίδης, 1999).

Μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 200 ηλικιωμένους του ΚΑΠΗ του δήμου Κρουσώνα τα έτη 2007-2008 μας δίνει σημαντικές πληροφορίες σε τοπικό επίπεδο (Κρήτης) για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους και αποτελεί οδηγό για την υλοποίηση δράσεων που να ικανοποιούν τις εξατομικευμένες ανάγκες τους σε αυτόν τον τομέα στην τοπική κοινωνία (Παναγιωτάκης, 2008). Συγκεκριμένα τα σημαντικότερα συμπεράσματα της ήταν:

--- Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται εκπαίδευση και επιμόρφωση και η ανάδειξη του γεγονότος επιβεβαιώνει την άποψη του Rogers ότι η μόρφωση είναι δικαίωμα όλων των ανθρώπων και θα πρέπει να μπορούν να την απολαμβάνουν σε ολόκληρη τη διάρκεια της ζωής τους (Rogers, 1999).

--- Στο πλαίσιο της διερεύνησης εάν θέλουν να συνεχίσουν τις σπουδές τους και σε ποιο επίπεδο εκπαίδευσης, οι ηλικιωμένοι ήταν θετικοί στο να εκπαιδευτούν με καλύτερη επιλογή τα Κέντρα Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΚΕΚ). Η επιλογή των

ΚΕΚ ίσως οφείλεται στο ότι αισθάνονται ανασφάλεια με τις μειωμένες συντάξεις και επιζητούν την κατάρτιση για μελλοντική απασχόληση μετά την σύνταξη, με σκοπό την κάλυψη βασικών τους αναγκών.

--- Κανένας από τους ερωτώμενους δεν είχε τελειώσει κάποια Ανώτατη Σχολή οπότε έρχονται σε συμφωνία με τις έρευνες της Πουλοπούλου (1991) όπου σύμφωνα με αυτήν οι ηλικιωμένοι στην Ελλάδα δεν είχαν ίσες ευκαιρίες και δικαιώματα εξαιτίας της έλλειψης πόρων και της προκατάληψης για την Τρίτη Ηλικία και ο ενήλικας που γηράσκει δεν γίνεται αποδεκτός σαν αναπόσπαστο μέρος της κοινωνίας μας.

--- Επίσης ενώ οι ηλικιωμένοι είναι θετικοί για την συνέχιση των σπουδών τους σε Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας στην Ελλάδα ο θεσμός είναι ανύπαρκτος, ενώ στις Ευρωπαϊκές χώρες με χαρακτηριστικό παράδειγμα την Γαλλία, Αγγλία, Ιταλία, Πολωνία όπου τα Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας είναι από τους πιο επιτυχημένους θεσμούς (Πουλοπούλου, 1999).

--- Αρκετοί ήταν και οι ηλικιωμένοι που επιθυμούσαν τη συνέχιση των σπουδών τους για να αποπερατώσουν τις σπουδές τους στην πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια εκπαίδευση.

--- Οι ηλικιωμένοι υποστηρίζουν τον σημαντικό ρόλο και το έργο το οποίο προσφέρουν τα ΚΑΠΗ στην φροντίδα της τρίτης ηλικίας,

--- Πρώτη επιλογή θεμάτων που ζητούν για επιμόρφωση είναι τα θέματα υγείας, ενώ και οι τάσεις των ηλικιωμένων για την απόκτηση δεξιοτήτων συμμετέχοντας σε ομάδες ενδιαφερόντων και ιδιαίτερα στην ομάδα εικαστικών είναι μεγάλη.

--- Επιθυμούν να είναι εκπαιδευτές σε κάποιο αντικείμενο που γνωρίζουν, εάν τους δοθεί η ευκαιρία.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας του ο συγγραφέας καταλήγει στις παρακάτω προτάσεις:

1. Τη θεσμοθέτηση και λειτουργία Εθνικού Συστήματος Σύνδεσης της Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και Κατάρτισης με την Απασχόληση (ΕΣΣΕΕΚΑ) η καθιέρωση θεσμικού πλαισίου για την δια βίου μάθηση, ο σχεδιασμός και η εφαρμογή διαδικασιών πιστοποίησης δομών, εκπαιδευτών συστημάτων συνεχούς ελέγχου, παρακολούθησης πιστοποιημένων φορέων, προγραμμάτων δια βίου επαγγελματικής κατάρτισης και διαδικασιών πιστοποίησης, γνώσεων-δεξιοτήτων - ικανοτήτων, η ανάπτυξη συστήματος διάγνωσης των αναγκών Εκπαίδευσης και Κατάρτισης από το Παρατηρητήριο Απασχόλησης Ερευνητική Πληροφορική Α.Ε.

(Υπουργείο Οικονομίας και Οικονομικών - Γενική Γραμματεία Επενδύσεων και Ανάπτυξης 2007-20013).

Κρίνεται απαραίτητο πλέον ο προσανατολισμός της δια βίου εκπαίδευσης και στα ζητήματα που απασχολούν τους ηλικιωμένους αφού κατά τις προηγούμενες περιόδους προγραμματισμού δεν υπήρξε συνολική στρατηγική παρά μεμονωμένες δράσης από φορείς εκπαίδευσης ενηλίκων όπως (Πανεπιστήμια, Ι.Τ.Ε., Επιστημονικές και Επαγγελματικές Ενώσεις, Συνδικαλιστικοί και Πολιτιστικοί σύλλογοι κ.λ.π.). Η επιμόρφωση των ηλικιωμένων μπορεί να γίνει με την συνεργασία των Κέντρων Επαγγελματικής Κατάρτισης στα οποία δείχνουν περισσότερη προτίμηση με την μορφή επιδοτούμενων σεμιναρίων και την συνεργασία των ΚΑΠΗ με την παράλληλη χρήση και της υλικοτεχνικής υποδομής τα οποία αυτά διαθέτουν.

2. Η δημιουργία ιδιαίτερα στην Ελλάδα του πρώτου Πανεπιστημίου Τρίτης Ηλικίας με τα χαρακτηριστικά και το ιδεώδες των Ανοικτών Συστημάτων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης θα καλύψει ένα μεγάλο κενό στην Εκπαίδευση.

Στην Ευρώπη ήδη λειτουργούν σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες όπως στην Γαλλία, Πολωνία, Αγγλία, και Ιταλία αρκετά Πανεπιστήμια Τρίτης Ηλικίας. Η κατάρτιση του προγράμματος πρέπει να γίνεται με βάση την επιθυμία των ηλικιωμένων και τα ενδιαφέροντα τους και μπορούν να διδάσκονται μαθήματα με μορφή διαλέξεων γύρω από θέματα Ιστορίας Ψυχολογίας, Κοινωνιολογίας κ.λ.π (Πουλοπούλου, 1999).

Τα χαρακτηριστικά ενός Πανεπιστημίου Τρίτης Ηλικίας πρέπει να είναι αυτά των ανοικτών συστημάτων Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης δηλαδή να μην απαιτούν την φυσική παρουσία του φοιτητή μέσα στις αίθουσες, να μην προϋποθέτουν εισαγωγικές εξετάσεις, να γίνονται όλοι δεκτοί ανεξαρτήτως ηλικίας, και το Ανοικτό Πανεπιστήμιο μπορεί και έχει την εμπειρία να πρωτοστατήσει στη δημιουργία Πανεπιστημιακών Τμημάτων για την Τρίτη Ηλικία. Το δίπλωμα αποφοίτησης από ένα Πανεπιστήμιο Τρίτης Ηλικίας πρέπει να έχει ισότιμη αναγνώριση επαγγελματικών δικαιωμάτων με των άλλων Πανεπιστημίων με σκοπό την χρησιμοποίησή του από τους ηλικιωμένους στην αγορά εργασίας.

3. Η επέκταση του θεσμού των Σχολείων Δεύτερης ευκαιρίας σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης και στους ηλικιωμένους με κατάρτιση ειδικού εκπαιδευτικού προγράμματος για την Τρίτη Ηλικία αφού οι ηλικιωμένοι και στη παρούσα έρευνα επιθυμούν να τελειώσουν το Δημοτικό, το Γυμνάσιο και το Λύκειο. Εδώ μπορεί να ζητηθεί η συνεργασία των ΚΑΠΗ και η αξιοποίηση των χώρων και της υλικοτεχνικής υποδομής που διαθέτουν αφού οι

περισσότεροι δηλώνουν ότι επιθυμούν με βάση και την παρούσα έρευνα το χώρο του ΚΑΠΗ για την εκπαίδευσή τους. Τα απολυτήρια Δημοτικού, Γυμνασίου και Λυκείου πρέπει να έχουν ισότιμη αξία και αναγνώριση από το Υπουργείο Παιδείας για χρησιμοποίησή τους στην αγορά εργασίας από τους ηλικιωμένους.

4. Η διοργάνωση κάθε χρόνο Φεστιβάλ Πολιτιστικών εκδηλώσεων με την συμμετοχή των ΚΑΠΗ, των Δήμων, των Νομαρχιακών Αυτοδιοικήσεων ή Περιφερειών αλλά και επιστημονικών ή πολιτιστικών συλλόγων όλης της χώρας με σκοπό την παρουσίαση του έργου και των δραστηριοτήτων των ομάδων ενδιαφερόντων (μουσικοχορευτικά συγκροτήματα, εικαστικές εκθέσεις, εκθέσεις κηπουρικής, εφημερίδων και περιοδικών, ποίησης κ.λ.π.) και την οργάνωση διαγωνισμών για την ανάδειξη των καλύτερων έργων.

Εκτός από τις ανάγκες του ηλικιωμένου που πρέπει να ικανοποιηθούν με βάση ρεαλιστικούς στόχους, έχει μεγάλη σημασία και η υποστήριξη της οικογένειάς του, η οποία ειδικά όταν ο ηλικιωμένος δεν έχει καλή γνωστική λειτουργία και δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, επιβαρύνεται σωματικά, ψυχολογικά και οικονομικά προσπαθώντας να καλύψει και τις δικές της ανάγκες και τις ανάγκες του ηλικιωμένου.



Η υποστήριξη που θα πρέπει να παρέχεται στην οικογένεια που φροντίζει το ηλικιωμένο άτομο περιλαμβάνει τα εξής:

- ⇒ Πληροφόρηση σχετικά με τις διαθέσιμες υπηρεσίες και τη διαθέσιμη υποστήριξη.
- ⇒ Παροχή συμβουλών σχετικά με πιθανές ασθένειες από τις οποίες μπορεί να πάσχει ο ηλικιωμένος.
- ⇒ Οικονομική υποστήριξη.
- ⇒ Υπηρεσίες καλής ποιότητας για τον ηλικιωμένο, αλλά και για τους φροντιστές.
- ⇒ Φροντίδα στο σπίτι και σε ιδρύματα ώστε τα άτομα που φροντίζουν τον ηλικιωμένο να απαλλάσσονται από τις ευθύνες τους για κάποιο διάστημα, κυρίως κατά την περίοδο των διακοπών.

- ⇒ Κατάργηση γραφειοκρατικών και πολύπλοκων διαδικασιών που εμποδίζουν τους οικογενειακούς φροντιστές να χρησιμοποιούν υπηρεσίες και περιορισμός των μεγάλων λιστών αναμονής.
- ⇒ Ευκαιρίες συμμετοχής για το άτομο μεγάλης ηλικίας σε δραστηριότητες που να το ευχαριστούν.
- ⇒ Βοήθεια προς τους φροντιστές, για να συνδυάζεται καλύτερα η προσφορά φροντίδας με την έμμισθη εργασία.
- ⇒ Εκπαίδευση όσον αφορά στις μεθόδους παροχής φροντίδας.



Η γήρανση του πληθυσμού και τα γηρατεία του ανθρώπου αντί να θεωρούνται ζοφερή προοπτική για το μέλλον των χωρών της Ευρώπης είναι δυνατόν να αποτελέσουν πρόκληση για μια καλύτερη κοινωνία, που θα σέβεται τους ηλικιωμένους και θα παρέχει αξιοπρεπείς συντάξεις και ικανοποιητικές υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας. Η πολιτεία με θεσμούς και προγράμματα έχει την υποχρέωση να παρέχει βοήθεια για την παραμονή των ηλικιωμένων στο περιβάλλον τους και τις κατάλληλες υπηρεσίες στους ευάλωτους ηλικιωμένους.

Η έρευνα έχει δείξει ότι η καλή υγεία, η λειτουργική δυνατότητα, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας, η χρησιμότητα, η κοινωνική συμμετοχή, τα κοινωνικά δίκτυα, ειδικά η ύπαρξη των φίλων, η κοινωνική στήριξη και το επίπεδο εισοδήματος έχουν αναφερθεί συχνά ότι είναι σημαντικά ενώ συνδέονται με την ψυχολογική ευημερία και με την ποιότητα της ζωής στα γηρατεία.

Κεφάλαιο 4^ο

Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1 Εισαγωγική αναφορά.

Όπως εκτενώς αναφέρθηκε στα προηγούμενα κεφάλαια, το πρόβλημα της γήρανσης του πληθυσμού αποτελεί ένα από τα πιο σύνθετα προβλήματα των κοινωνιών σήμερα. Αυξάνουν σε αριθμό, εμφανίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα προβλήματα που επηρεάζουν τη σωματική, ψυχολογική ή κοινωνική υγεία τους και απαιτούν διεπιστημονική προσέγγιση από πολλούς επαγγελματίες υγείας (Πλατή, 1998; Σαχίνη-Καρδάση & Πάνου, 2004). Η μεταβολή στην πληθυσμιακή πυραμίδα είναι εμφανής καθώς το ποσοστό των ηλικιωμένων το 2001 στην Ελλάδα, 65+ ετών ανερχόταν σε 16,7% (ΕΛ.ΣΤΑΤ, 2007). Η συχνότητα εισαγωγών σε νοσηλευτικά ιδρύματα και η παράλληλη μακροχρόνια παραμονή τους σε αυτά, συνήθως με όχι σοβαρά προβλήματα υγείας, οδήγησε στην ανάπτυξη εξωνοσοκομειακών δομών με διττή έννοια: στην κατ' οίκον φροντίδα του ασθενή ηλικιωμένου ή σε κοινοτικές υπηρεσίες υγείας υποστηρίζοντας τον και βελτιώνοντας την ποιότητα ζωής του, που ταυτόχρονα ελαττώνουν το βάρος των φροντιστών τους για μεγάλα χρονικά διαστήματα (Fahey et al, 2003; Kemper & Murtaugh, 1991; Spencer, 1985).

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια η θεσμοθέτηση και ίδρυση των Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας ηλικιωμένων, αποσκοπεί στην παραμονή των ατόμων 3^{ης} και 4^{ης} ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περίθαλψης και

του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας (www.thessalia.gr, 2011).

Ξεκίνησε αφενός με στόχο την εξασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης των ηλικιωμένων, με την παραμονή τους στο οικείο περιβάλλον και την υποστήριξη τους ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου. Αφετέρου, στοχεύει και στην ανακούφιση των φροντιστών των ηλικιωμένων, των ατόμων δηλαδή οι οποίοι έχουν επωμιστεί τη φροντίδα τους. Τα άτομα αυτά είναι άτομα του συγγενικού ή οικείου περιβάλλοντος, τα οποία αφιερώνουν πολύ χρόνο στη φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων και στην κάλυψη των αναγκών τους. Αυτές συνήθως υποεκτιμούνται και αντιμετωπίζονται ελλιπώς, σε τοπικό επίπεδο ανάλογα με τις δυνατότητες και τον αριθμό των φροντιστών υγείας, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και συνήθως την αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τα συγκεκριμένα προβλήματα. Έτσι είναι σημαντικό να καταγράφονται οι ανάγκες των ασθενών όπως οι ίδιοι τις βιώνουν, σε εξατομικευμένο επίπεδο, προκειμένου να υπάρχει η διεπιστημονική τους αντιμετώπιση.

Η εκτίμηση αναγκών έχει επίσης μια πολύ σημαντική παράμετρο που επηρεάζει την ποσότητα και την ποιότητα της φροντίδας, τις εκπαιδευτικές ανάγκες. Κάθε ηλικιωμένος, ανάλογα με την ηλικία, τα νοσήματα, το γνωστικό του υπόβαθρο και τα κίνητρα/επιθυμία για μάθηση απαιτεί μια εξειδικευμένη αξιολόγηση και επικέντρωση σε αυτές τις ανάγκες με άμεσο στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητας και την πρόληψη και αποφυγή πιθανών ατυχημάτων. Θέμα εκπαίδευσης μπορεί να αποτελεί ο τρόπος με τον οποίο διαχειρίζεται τα φάρμακα του (λήψη, αποθήκευση, καταγραφή παρενεργειών), η διαχείριση του χώρου στο σπίτι και ο εξοπλισμός για την πρόληψη ατυχημάτων, η χρήση νέων τεχνολογιών κλπ (Παναγιωτάκης, 2008).

Η σημαντικότητα της παρούσας έρευνας εστιάζεται σε αυτό ακριβώς το σημείο, στη καταγραφή δηλαδή των αναγκών που εκφράζονται από τους ίδιους τους ηλικιωμένους, την ικανοποίησή τους από τη φροντίδα που τους παρέχεται ή τη συσχέτιση τους με τις αντιλήψεις των φροντιστών/συνοδών τους. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας δύναται να βοηθήσει στην καλύτερη και πιο αποδοτική εφαρμογή των παρεμβάσεων και στην χρησιμοποίηση των λιγοστών πόρων για την ικανοποίηση των αναγκών στο μέγιστο βαθμό.

4.2 Σκοπός της έρευνας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η καταγραφή των αναγκών ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η.) του δήμου Μαλεβιζίου, όπως αναφέρονται από τους ίδιους τους ηλικιωμένους ή τους φροντιστές/συνοδούς τους.

Ερευνητικά ερωτήματα

Για την ολοκλήρωση του σκοπού της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν a priori αφορούν:

- 1. Ποια είναι τα δημογραφικά/περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που επισκέπτονται το ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου;*
- 2. Ποιες είναι οι συχνότερα εκφραζόμενες ανάγκες των ηλικιωμένων (κοινωνικές, ψυχολογικές, σωματικές, εκπαιδευτικές κλπ) και σε ποιο ποσοστό επηρεάζουν την καθημερινότητά τους;*
- 3. Ταυτίζονται οι απόψεις των ηλικιωμένων με τους συγγενείς τους και τους εργαζομένους στο ΚΗΦΗ σε θέματα που αφορούν τις σημαντικότερες ανάγκες που έχουν οι ηλικιωμένοι;*
- 4. Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ηλικιωμένοι από τις επιμέρους φροντίδες στο χώρο του ΚΗΦΗ (ιατρική, κοινωνικών φροντιστών, νοσηλευτικού προσωπικού, ψυχολογική, ξενοδοχειακή υποδομή);*
- 5. Ποια είναι τα σημαντικότερα θέματα που αφορούν στη φροντίδα τους και χρειάζονται βελτίωση;*

4.3 Χώρος διεξαγωγής της έρευνας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Κ.Η.Φ.Η. του Δήμου Μαλεβιζίου στο Γάζι Ηρακλείου Κρήτης. Το κέντρο βρίσκεται στη διεύθυνση: Ρογδιανή διακλάδωση (έναντι εργοστάσιο Λιαδάκη) με τηλέφωνο επικοινωνίας 2810821121.

4.4 Δείγμα & διάρκεια της έρευνας.

Το δείγμα της έρευνας αποτελείται από όλους τους ηλικιωμένους ($n=25$) που φιλοξενούνται στο Κ.Η.Φ.Η. καθώς και από τους αντίστοιχους φροντιστές/συνοδούς τους, και όπως καθορίζεται στα πλαίσια της σκόπιμης δειγματοληψίας (Μπένος, 1991). Συγκεκριμένα περιλαμβάνεται:

- α) το σύνολο των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στο Κ.Η.Φ.Η. στις δύο εβδομάδες της μελέτης και
- β) ένα άτομο συνοδός/φροντιστής/συγγενής από κάθε ηλικιωμένο. Το άτομο αυτό θα πρέπει να ανήκει στην ομάδα που τον φροντίζει τις περισσότερες φορές στο σπίτι (γυναίκα, κόρη, γιος κλπ) ανεξάρτητα από αν ζει μαζί του ή τον επισκέπτεται καθημερινά.

Αποκλείονται οι περιπτώσεις ηλικιωμένων (ή φροντιστών/συνοδών) που δεν μιλούν, καταλαβαίνουν ή δεν ξέρουν να γράφουν ελληνικά.

Η έρευνα διεξήχθη στις δύο πρώτες εβδομάδες του Φεβρουαρίου 2012, χωρίς τελικά να αποκλειστεί κάποιος ή κάποια που δεν πληρούσαν τα κριτήρια ενώ όλοι (n=25) αποδέχτηκαν να συμμετάσχουν καθώς και οι αντίστοιχοι συνοδοί/φροντιστές τους.

4.5 Ερευνητικό εργαλείο – Τρόπος συλλογής των δεδομένων.

Στην έρευνα θα χρησιμοποιηθεί ερωτηματολόγιο μετά τη μελέτη της ελληνικής και της ξένης βιβλιογραφίας (Παράρτημα Α). Πρόκειται για δομημένο ερωτηματολόγιο 34 ερωτήσεων αποτελούμενο από τρία μέρη που αφορούν: περιγραφικά στοιχεία των ηλικιωμένων (14 ερωτήσεις), την καταγραφή των απόψεων και των στοιχείων που σχετίζονται με το σκοπό της έρευνας (16 σύνθετες διαβαθμισμένες και μη ερωτήσεις) και τις αντίστοιχες απόψεις των συνοδών/φροντιστών τους (4 ερωτήσεις κλειστού ή ανοικτού τύπου). Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο αλλά διακριτό με έναν χαρακτηριστικό κωδικό για κάθε ηλικιωμένο για τη διασταύρωση τους μεταξύ ηλικιωμένων και συνοδών/φροντιστών. Στους ηλικιωμένους η καταγραφή έγινε με τη διαδικασία της συνέντευξης από τις συγγραφείς της παρούσας μελέτης και με τη συμβολή της νοσηλεύτριας του Κέντρου ενώ έγινε αυτοκαταγραφή από τους συνοδούς/φροντιστές (Τζωρτζόπουλος, 1991; Καραγεώργος, 2002). Η διαδικασία αυτή συλλογής δεδομένων επιλέγεται καθώς είναι:

- λιγότερη δαπανηρή,
- μειώνεται η πιθανότητα του συστηματικού σφάλματος, αφού ο τρόπος που τίθενται οι ερωτήσεις είναι κοινός για όλους τους ερωτώμενους,
- απαιτείται λιγότερος χρόνος για τη συμπλήρωση του,
- είναι σχετικά εύκολη η συλλογή πληροφοριών από μεγάλο αριθμό ατόμων,
- παρέχει τη δυνατότητα ανωνυμίας.

4.6 Πιλοτική έρευνα.

Πριν την έναρξη της έρευνας, το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε από τη νοσηλεύτρια του Κέντρου σε πέντε ηλικιωμένους για τον έλεγχο της διατύπωσης του (επαναλιψιμότητα, εγκυρότητα) (Τζωρτζόπουλος, 1991). Με αυτό τον τρόπο διαπιστώθηκε η πληρότητά και η κατανόηση των ερωτήσεων του. Ωστόσο δεν διαπιστώθηκαν προβλήματα στην κατανόηση από τη διατύπωση των ερωτήσεων ενώ δεν προέκυψαν και διαφορές στις απαντήσεις των ηλικιωμένων (στην επαναλιψιμότητα).

4.7 Δεοντολογία της έρευνας.

Για την εκπόνηση της έρευνας στο Κ.Η.Φ.Η. υπήρξε προφορική και έγγραφη ενημέρωση καθώς και συγκατάθεση της αρμόδιας υπηρεσίας του δήμου Μαλεβιζίου και συγκεκριμένα του «Δημοτικού Οργανισμού Προστασίας & Παιδείας Μαλεβιζίου» (Παράρτημα Β). Στο προσωπικό και στους ηλικιωμένους & συνοδούς/φροντιστές τους, ακολούθησε επίσης λεπτομερής ενημέρωση ότι πρόκειται για μελέτη που γίνεται αποκλειστικά για ερευνητικούς λόγους, στα πλαίσια συγγραφής πτυχιακής εργασίας του ΑΤΕΙ Κρήτης. Η ενημέρωση αυτή έλαβε χώρα πριν την οριστική απόφαση τους για συμμετοχή στη μελέτη, και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Προϋπόθεση ωστόσο για τα παραπάνω αποτέλεσε και η δέσμευση από τις φοιτήτριες-συγγραφείς και τον επιβλέπων καθηγητή, η εχεμύθεια για τα στοιχεία που συλλέγονται μέσω της ανωνυμίας και της χρήσης των δεδομένων αποκλειστικά για ερευνητικούς λόγους.

Στη συνέχεια έγινε παράκληση για έγκυρη και ειλικρινή διάθεση απαντήσεων στις ερωτήσεις του κάθε ερωτηματολογίου, προκειμένου να κατοχυρωθεί η αμεροληψία στην εξαγωγή συμπερασμάτων και ο περιορισμός του λάθους στις αντίστοιχες εκτιμήσεις.

Τέλος, κατά το σχεδιασμό της έρευνας όπως ήδη αναφέρθηκε, σκοπός ήταν η εκπόνηση της πτυχιακής εργασίας μας, αφού εγκρίθηκε και υποστηρίχθηκε από τον επιβλέπων καθηγητή, παρέχοντας κατάλληλες διευκρινήσεις και οδηγίες, ακολουθώντας τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν τις ερευνητικές μελέτες. Η παρουσία μας έτσι στο Κ.Η.Φ.Η υποστηρίχθηκε από την έγκριση που είχαμε από την σχετική υπηρεσία του δήμου και την επιτροπή του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας για την εκπόνηση της πτυχιακής, σεβόμενοι το εργασιακό

περιβάλλον του Κ.Η.Φ.Η και το θεσμικό του ρόλο, καθώς και τους ίδιους τους ηλικιωμένους και τους εργαζόμενους σε αυτό, μη παρεμποδίζοντας την απρόσκοπτη καθημερινή λειτουργία του.

4.8 Στατιστική ανάλυση.

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 20.0 και το OpenStat. Η σχηματική απεικόνιση τους έγινε με τη βοήθεια του MSExcel 2007.

Λόγω πολύ μικρού δείγματος-πληθυσμού, η δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων περιορίζεται, όπως αντίστοιχα και οι μέθοδοι ανάλυσης των δεδομένων, και αφορά αποκλειστικά τους ηλικιωμένους ή αντίστοιχα τους συνοδούς/φροντιστές τους του συγκεκριμένου Κ.Η.Φ.Η κατά το χρόνο διεξαγωγής της έρευνας (περιγραφικός – συγχρονικός χαρακτήρας της μελέτης).

Κατά κύριο λόγο έχει πραγματοποιηθεί περιγραφική ανάλυση μέσω παρουσίασης ποιοτικών χαρακτηριστικών σε αύξουσα συχνότητα επιλογής, σε προτίμηση προεπιλεγμένων ή ανοικτών απαντήσεων. Με τις μεθόδους χ^2 και τις μη παραμετρικές Wilcoxon & Kruskal Wallis έγιναν οι απαιτούμενοι στατιστικοί έλεγχοι για τον καθορισμό της στατιστικώς σημαντικής διαφοράς μεταξύ ομάδων ενδιαφέροντος (π.χ. ως προς το φύλο ή ομοειδής ερωτήσεις). Με το συντελεστή συσχέτισης κατά Spearman έγινε η συσχέτιση της ικανοποίησης των συνοδών/φροντιστών από το ΚΗΦΗ και της ικανοποίησης από τη φροντίδα που δέχονται οι ηλικιωμένοι. Ως επίπεδο σημαντικότητας επιλέγεται το $P\text{-value}=0,05$ ή το $P\text{-value}=0,01$.

Κεφάλαιο 5^ο

Αποτελέσματα

5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων.

Από τους συνολικά 25 ηλικιωμένους του ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου όπου συμμετείχαν όλοι στη μελέτη, 10 είναι άνδρες (40,0%) και 15 γυναίκες (60,0%) (πίνακας 1α). Η μέση ηλικία τους είναι τα 72,2 χρόνια (με τυπική απόκλιση τα 9,9 χρόνια) ενώ κυμαίνεται από τα 56 έως τα 96 χρόνια. Η πλειοψηφία όλων ή το 62,5% είναι σε κατάσταση χηρείας ενώ 1 στους/στις 4 (25,0%) είναι έγγαμοι/ες, το 44,0% είναι αναλφάβητοι ή το 52,0% έχει επίπεδο εκπαίδευσης το δημοτικό σχολείο ενώ μόλις ένας/μία (4,0%) έχει ολοκληρώσει τη μέση εκπαίδευση. Το κυριότερο επάγγελμα τους πριν την Πίνακας 1α. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (n=25) της μελέτης.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	10	40,0
	<i>γυναίκες</i>	15	60,0
Ηλικία	<i>μέση τιμή ± ΤΑ (min-max)</i>	72,2±9,9	(56-96)
Οικογενειακή κατάσταση	<i>έγγαμος/η</i>	6	25,0
	<i>άγαμος/η</i>	3	12,5
	<i>χήρος/α</i>	15	62,5
Εκπαίδευση	<i>αναλφάβητος/η</i>	11	44,0
	<i>δημοτικό</i>	13	52,0
	<i>γυμνάσιο, λύκειο</i>	1	4,0

συνταξιοδότηση τους είναι η αγροτική ή κτηνοτροφική ασχολία αφού αναφέρεται από το 28% (πίνακας 1β), ενώ το 44,0% (μόνο γυναίκες) αναφέρουν τα οικιακά και ως αναμενόμενο, το 80,0% αναφέρει ως ασφάλεια τον ΟΓΑ. Η μέση χιλιομετρική

απόσταση της κατοικίας τους από το ΚΗΦΗ εκτιμάται στα 10,8 χλμ και προέρχονται από περιοχές που βρίσκονται σε απόσταση από 2 έως 25 χλμ μακριά. Είκοσι ή το 80,% ανέφεραν ότι είχαν παιδιά ενώ 9 ή συνολικά 1 στους/στις 3 (36,0%) όλων των ηλικιωμένων έχουν τρία ή περισσότερα παιδιά. Οι 7 ή 28,0% ζουν κοντά στα παιδιά τους ενώ το 44,0% ζουν μόνοι ή μόνες και το υπόλοιπο 28,0% με κάποιο άλλο πρόσωπο (σύζυγος, αδερφός κλπ). Τέλος, το οικονομικό τους επίπεδο φαίνεται πολύ χαμηλό καθώς μόλις το 76,0% αναφέρει μέσο μηνιαίο εισόδημα λιγότερο από 500 ευρώ, που αυτομάτως ερμηνεύεται από την καταβολή προς αυτούς της βασικής σύνταξης ΟΓΑ ή άλλες χαμηλές προσόδους.

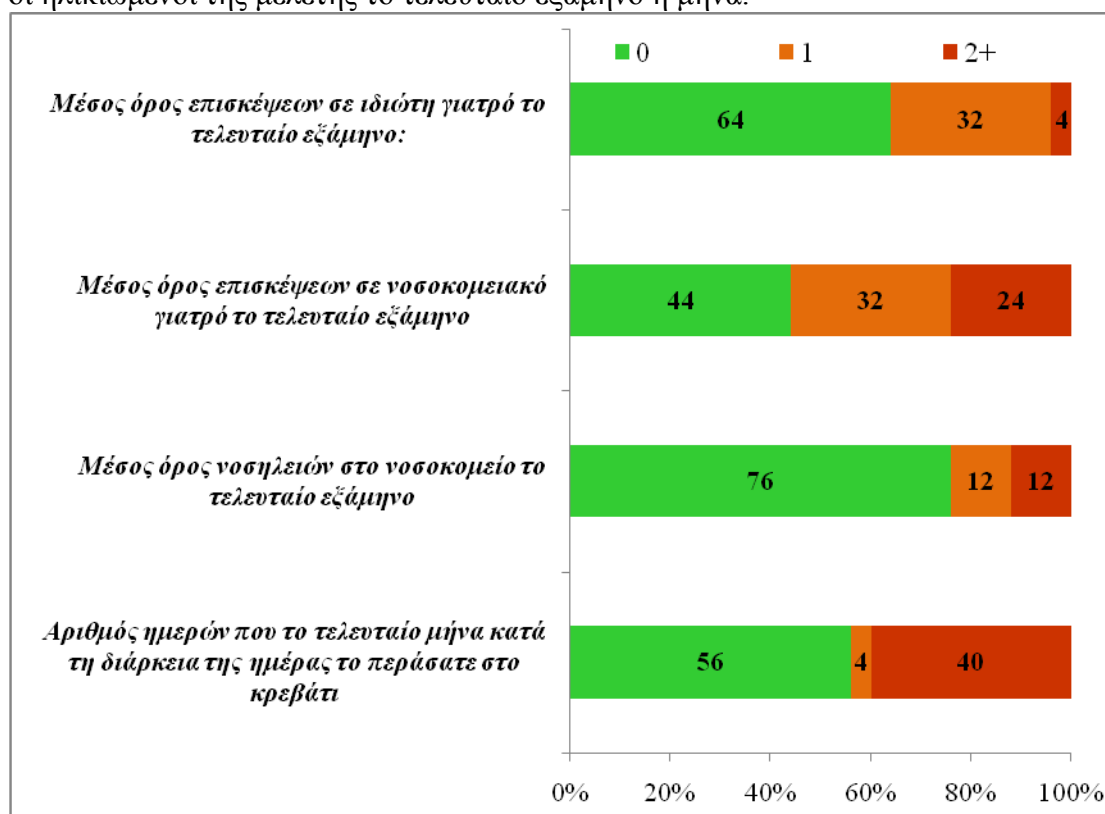
Πίνακας 1β. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων (n=25) της μελέτης.

		v	%	
Επάγγελμα (προ συνταξιοδότησης)	<i>αγροτικά, κτηνοτροφικά</i>	7	28,0	
	<i>δημόσιος υπάλληλος</i>	1	4,0	
	<i>ιδιωτικός υπάλληλος</i>	2	8,0	
	<i>ελεύθερος επαγγελματίας</i>	1	4,0	
	<i>οικιακά</i>	11	44,0	
	<i>άλλο</i>	3	12,0	
Ασφάλεια	<i>ΟΓΑ</i>	20	80,0	
	<i>ΙΚΑ</i>	3	12,0	
	<i>ΤΕΒΕ</i>	2	8,0	
Απόσταση κατοικίας από ΚΗΦΗ (χλμ) μέση τιμή ± ΤΑ (min-max)		10,8±9,7 (2-25)		
Παιδιά		20	80,0	
	<i>αριθμός</i>	1	5	20,0
		2	6	24,0
		3+	9	36,0
Συνθήκες διαβίωσης	<i>κοντά στα παιδιά</i>	7	28,0	
	<i>ζει μόνος/η</i>	11	44,0	
	<i>με σύζυγο</i>	3	12,0	
	<i>με κυρία που πληρώνει</i>	1	4,0	
	<i>με τη μητέρα</i>	2	8,0	
	<i>με τον αδερφό</i>	1	4,0	
Μηνιαίο εισόδημα	<i>≤ €500</i>	19	76,0	
	<i>€501 - 750</i>	2	8,0	
	<i>€751 – 1000</i>	2	8,0	
	<i>€1001 – 1250</i>	1	4,0	
	<i>€ 1250+</i>	1	4,0	

5.2 Φυσική/σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων.

Για τον προσδιορισμό του επιπέδου που έχει η φυσική/σωματική υγεία των ηλικιωμένων του ΚΗΦΗ, χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι παράμετροι. Στο **σχήμα 1** δίνονται οι συχνότητες επισκέψεων σε γιατρό ή οι νοσηλείες και οι ημέρες που πέρασαν κλινήρεις το τελευταίο εξάμηνο ή μήνα, αντίστοιχα. Το 64,0% δεν είχε κάποια επίσκεψη σε γιατρό το τελευταίο εξάμηνο ενώ μόλις το 4% ανέφερε δύο ή περισσότερες επισκέψεις. Αντίθετα, υψηλότερο ποσοστό ηλικιωμένων (24,0%) έχει επισκεφτεί δύο ή περισσότερες φορές νοσοκομειακό γιατρό καθώς και 12% νοσηλεύτηκε με την ίδια συχνότητα σε επίπεδο τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως συνέχεια των παραπάνω, το 40,0% ανέφερε ότι παρέμεινε κλινήρης στη διάρκεια της ημέρας για δύο ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα.

Σχήμα 1. Επισκέψεις σε γιατρό, νοσηλεία ή αριθμός ημερών με αδιαθεσία που είχαν οι ηλικιωμένοι της μελέτης το τελευταίο εξάμηνο ή μήνα.



Σημαντική παράμετρος προσδιορισμού του επιπέδου υγείας αποτελεί η συχνότητα εμφάνισης διαφόρων χρόνιων νοσημάτων ή η συνολική επιβάρυνση από τα διάφορα νοσήματα (συννοσηρότητα). Από τον **πίνακα 2** διαπιστώνεται ότι κανείς από τους ηλικιωμένους της μελέτης δεν αναφέρει την μη ύπαρξη κανενός χρόνιου νοσήματος, ενώ με ένα χρόνια νόσημα εκτιμώνται το 8,0%, με δύο το 44,0% και με τρία ή

περισσότερα το 48,0%, χωρίς να υφίσταται στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ($p=0.664$).

Πίνακας 2. Συχνότητα νοσηρότητας των ηλικιωμένων της μελέτης (τα νοσήματα αφορούν αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

	Άνδρες	Γυναίκες	ΣΥΝΟΛΟ
Χρόνια νοσήματα	n (%)		
0	-	-	-
1	1 (10,0)	1 (6,7)	2 (8,0)
2	4 (40,0)	7 (46,7)	11 (44,0)
3	3 (30,0)	4 (26,7)	7 (28,0)
4	2 (20,0)	1 (6,7)	3 (12,0)
5	-	2 (13,3)	2 (8,0)

[†]Έλεγχος χ^2 μεταξύ φύλων ($p=0.664$).

Η ιεραρχική ταξινόμηση των χρόνιων νοσημάτων που ανέφεραν οι ηλικιωμένοι της μελέτης (πίνακας 3) έδειξε ότι η αρτηριακή υπέρταση αποτελεί το πρώτο νόσημα σε συχνότητα μεταξύ 20 συνολικά που κατεγράφησαν, αφού αναφέρεται από το 56,0% των ηλικιωμένων (70,0% των ανδρών και 46,7% των γυναικών). Έπεται η αρθρίτιδα από το 32,0% με διπλάσιο ποσοστό οι γυναίκες από τους άνδρες, η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) από το 20,0%, ενώ άνοια και οστεοπόρωση από το 33,3% των γυναικών. Άλλα κοινά νοσήματα μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι το ψυχωσικό σύνδρομο (ΨΧΣ) και ο ίλιγγος που αναφέρονται από το 16,0%, ενώ χρόνια νοσήματα με ιδιαίτερη βαρύτητα για την εξέλιξη ή την επιβάρυνση της νόσου όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) ή το αγγειοκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) έχουν χαμηλή συχνότητα εμφάνισης στους ηλικιωμένους με 12,0% και 4,0% αντίστοιχα. Πέρα από τη συχνότητα όμως και των υπολοίπων νόσων, το πλήθος τους είναι εκείνο που δυσκολεύει τον έλεγχο τους μέσω της παρεχόμενης φροντίδας είτε σε επίπεδο συνοδών (συγγενών) ή σε επίπεδο κοινοτικής φροντίδας (ΚΗΦΗ). Στη διαχείριση ωστόσο σε επίπεδο κοινότητας (ΚΗΦΗ) προστίθεται και η συμπτωματολογία των ηλικιωμένων (πίνακας 4) που τουλάχιστον για τη δεδομένη στιγμή της μελέτης το 48,0% αναφέρει ένα ή δύο συμπτώματα. Αυτά δεν διαφέρουν αριθμητικώς μεταξύ

Πίνακας 3. Ιεραρχική συχνότητα εμφάνισης των χρόνιων νοσημάτων των ηλικιωμένων της μελέτης (τα νοσήματα αφορούν αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

ΑΑ	Χρόνια νοσήματα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
1	Υπέρταση	70,0	46,7	56,0
2	Αρθρίτιδα	20,0	40,0	32,0
3	ΣΝ	20,0	20,0	20,0
4	Άνοια	-	33,3	20,0
5	Οστεπόρωση	-	33,3	20,0
6	ΧΨΣ	20,0	13,3	16,0
7	Ίλιγγος	20,0	13,3	16,0
8	ΣΔ	20,0	6,7	12,0
9	ΧΑΠ	20,0	-	8,0
10	Κατάθλιψη	-	13,3	8,0
11	Αυχενικό σύνδρομο	10,0	6,7	8,0
12	Ημιπληγία ΑΡ	10,0	-	4,0
13	ΑΕΕ	10,0	-	4,0
14	Μυοπάθεια	10,0	-	4,0
15	Υπερλιπιδαιμία	-	6,7	4,0
16	Ca ουροδόχου κύστεως	-	6,7	4,0
17	Φλεβίτιδα	-	6,7	4,0
18	Αναμμία	-	6,7	4,0
19	Πολλαπλή δισκοπάθεια ΟΜΣΣ	-	6,7	4,0
20	Υπερτροφία προστάτη	20,0		

χ^2 έλεγχος μεταξύ φύλων (καμία σημαντική διαφορά).

Πίνακας 4. Συχνότητα συμπτωμάτων φυσικής υγείας των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της μελέτης (τα συμπτώματα αφορούν αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

	Άνδρες	Γυναίκες	ΣΥΝΟΛΟ
Συμπτώματα	n (%)		
0	8 (80,0)	5 (33,3)	13 (52,0)
1	1 (10,0)	7 (46,7)	8 (32,0)
2	1 (10,0)	3 (20,0)	4 (16,0)

Έλεγχος χ^2 μεταξύ φύλων ($p=0.142$).

ανδρών και γυναικών ($p=0.142$), το πλήθος τους είναι έως πέντε διαφορετικά (πίνακας 5), ενώ τα κυριότερα είναι γενικά ο πόνος αφού αναφέρεται από έναν στους/στις τρεις ή από το 32,0%, η ζαλάδα από το 16,0% και ακολουθούν η κόπωση, η υπνηλία και τα προβλήματα μνήμης από το 8,0, 4,0 και 4,0%, αντίστοιχα. Στα συμπτώματα επίσης όπως και στα νοσήματα, δεν διαπιστώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ φύλων, κατανοώντας έτσι ότι η εμφάνιση τους είναι κοινή σε όλους με ομοιογενή συχνότητα.

Πίνακας 5. Ιεραρχική συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων φυσικής υγείας των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια της μελέτης (τα συμπτώματα αφορούν αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

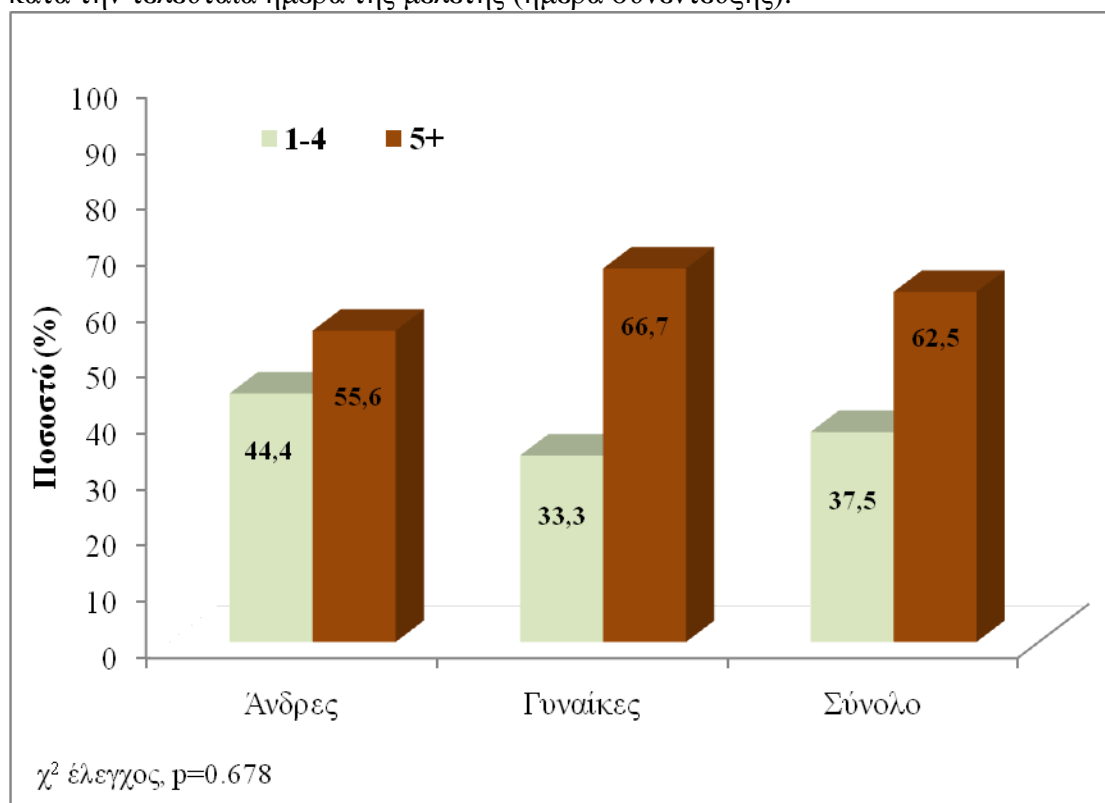
ΑΑ	Συμπτώματα	Άνδρες	Γυναίκες	Σύνολο
1	Πόνος	10,0	46,7	32,0
2	Ζαλάδα	10,0	20,0	16,0
3	Κόπωση	-	13,3	8,0
4	Υπνηλία	10,0	-	4,0
5	Προβλήματα μνήμης	-	6,7	4,0

χ^2 έλεγχος μεταξύ φύλων (καμία σημαντική διαφορά).

Παράλληλα με τα χρόνια νοσήματα και τα συμπτώματα που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι της μελέτης, ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην κατανόηση του επίπεδου της φυσικής/σωματικής και ψυχικής τους υγείας είναι η χρήση φαρμάκων, στοιχείο που δείχνει και την εξάρτηση τους από συγκεκριμένες ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες ή

φροντίδες υγείας. Ο ορισμός της πολυφαρμακίας σε άτομα γενικότερα της τρίτης ηλικίας καθορίζεται από πολλές διεθνείς μελέτες. Χρησιμοποιώντας αυτές των Akamine et al (2007) και των Hogan & Kwan (2006), η πολυφαρμακία ορίζεται με τη λήψη ημερησίως 5 ή περισσότερων φαρμάκων διαφορετικής αιτιολογίας. Από το **σχήμα 2** διαπιστώνεται ότι ένας/μία στους/στις τρεις ή το 62,5% των ηλικιωμένων της μελέτης μας κάνει χρήση πολυφαρμακίας. Αντίστοιχα το 55,6% των ανδρών κάνει χρήση και το 66,7% των γυναικών.

Σχήμα 2. Ποσοστά ηλικιωμένων που κάνουν χρήση πολυφαρμακίας (≥ 5 φάρμακα) κατά την τελευταία ημέρα της μελέτης (ημέρα συνέντευξης).



Παρόλα αυτά, οι ηλικιωμένοι αξιολογούν τη σωματική τους υγεία για τις τελευταίες δύο εβδομάδες σε διάφορα επίπεδα όπως επίσης και την ποιότητα της ζωής που έχουν. Στον **πίνακα 6**, δίνεται η συσχέτιση των δυο αυτών αυτοαναφορών προκειμένου να καθοριστεί ο βαθμός εξάρτησης μεταξύ σωματικής υγείας και ποιότητας ζωής, έστω και για βραχυχρόνιο διάστημα. Το 24,0% αναφέρει ως «καθόλου καλή» τη σωματική υγεία έναντι 20,0% την ποιότητα ζωής τους και αντίθετα μόλις το 4,0% ως «άριστη» τόσο τη σωματική υγεία όσο και την ποιότητα ζωής τους. Στατιστικώς σημαντική διαφορά στη συχνότητα μεταξύ των δύο κλιμάκων αναφοράς δεν παρατηρείται ($p=0.180$). Πρακτικά, η μη διαφοροποίηση είναι δυνατόν

να ερμηνευτεί ως απόλυτη εξάρτηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων από τη σωματική τους υγεία ή και το αντίθετο, αλλά δεν δύναται να τεκμηριωθεί για το βραχύ χρονικό διάστημα που μελετήθηκε και κυρίως με μοναδικό εργαλείο εκτίμησης τις δύο κλίμακες αυτοαναφοράς αφού αποτελούν υποκειμενικές εκτιμήσεις.

Πίνακας 6. Συσχέτιση αξιολόγησης σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στις τελευταίες δύο εβδομάδες πριν τη μελέτη (οι αξιολογήσεις είναι αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

	<i>Καθόλου καλή</i>	<i>Λίγο καλή</i>	<i>Μέτρια</i>	<i>Πολύ καλή</i>	<i>Άριστη</i>	
<i>Αξιολογήσεις</i>	<i>n (%)</i>					<i>P-value</i>
Σωματική υγεία	6 (24,0)	6 (24,0)	8 (32,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	0,180
Ποιότητα ζωής	5 (20,0)	7 (28,0)	6 (24,0)	6 (24,0)	1 (4,0)	

Έλεγχος Wilcoxon.

5.3 Προβλήματα & ανάγκες των ηλικιωμένων.

Οι ηλικιωμένοι της μελέτης είχαν τη δυνατότητα να εκφράσουν επίσης το πόσο ενοχλητικά ή σημαντικά μπορεί να είναι για αυτούς διάφορα προε-επιλεγμένα προβλήματα ή ανάγκες αντίστοιχα, την τελευταία εβδομάδα πριν τη μελέτη. Η κλίμακα διαβάθμισης της ενόχλησης από τα προβλήματα ή η σημαντικότητα που ενέχουν οι διάφορες ανάγκες τους, ορίστηκε από «καθόλου σημαντικό» έως «απόλυτα απαραίτητο» (βαθμολογία 1 έως 5). Στο **σχήμα 3** δίνονται οι μέσες τιμές (και τυπικές αποκλίσεις) της βαθμολογίας των προβλημάτων αυτών και αναγκών. Πέντε προβλήματα ή ανάγκες με υψηλότερη βαθμολογία ή ως πολύ/απόλυτα ενοχλητικά ή απαραίτητα εμφανίζονται το «*πρόβλημα μοναξιάς*», η «*ένταση πόνου*», το «*πρόβλημα στο να κοιμηθείτε*», τα «*κινητικά προβλήματα*» και τα «*προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης γενικότερα στο σπίτι*». Αντίθετα, εκείνα τα προβλήματα ή οι ανάγκες με την χαμηλότερη βαθμολογία ή ως καθόλου/λίγο ενοχλητικά ή σημαντικά, εμφανίζονται τα «*προβλήματα σωστής επικοινωνίας με την οικογένεια σας*», η «*ανορεξία*», ή τα

προβλήματα «όρασης» & «ακοής». Εκτός όμως από την σημαντικότητα που έχει για τους ηλικιωμένους η αναφορά της μοναξιάς ως κυρίαρχο πρόβλημα της ηλικίας τους

Σχήμα 3. Μέσες τιμές βαθμολογιών στο κατά πόσο **σημαντικά ή ενοχλητικά** είναι διάφορα **προβλήματα ή ανάγκες** στην τελευταία εβδομάδα για τους ηλικιωμένους της μελέτης.



Οι οριζόντιες μπάρες δείχνουν \pm TA.

ή αντίθετα η μικρή σημασία που έχει η σωστή επικοινωνία με την οικογένεια είτε γιατί υφίσταται ήδη είτε γιατί η οικογένεια είναι περιορισμένη για κάποιους/κάποιες, αναδεικνύονται και άλλα προβλήματα ή ανάγκες που χρίζουν διαχείρισης και αντιμετώπισης όπως π.χ. η λήψη φαρμάκων ή η αδυναμία να αυτοεξυπηρετηθούν.

Στον **πίνακα 7**, δίνονται οι μέσες τιμές βαθμολογιών στο κατά πόσο σημαντικά ή ενοχλητικά είναι τα παραπάνω διάφορα προβλήματα ή οι ανάγκες των ηλικιωμένων ως προς την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής τους του πίνακα 4 στις τελευταίες δύο εβδομάδες πριν τη μελέτη. Συνοψίζοντας σε τρία τα επίπεδα της ποιότητας ζωής, στατιστικώς σημαντική διαφορά διαπιστώνεται στη βαθμολογία έντασης στο «*πρόβλημα στο να κοιμηθείτε*» καθώς όσοι ή όσες εκτιμούν ως «*καθόλου ή λίγο καλή*» τη ποιότητα ζωής τους έχουν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία έντασης του συγκεκριμένου προβλήματος ή απλά τείνουν να θεωρούν ως περισσότερο σημαντικό το πρόβλημα αυτό έναντι εκείνων που θεωρούν την ποιότητα ζωής τους ως «*πολύ καλή ή άριστη*» (3,8 έναντι 2,3, αντίστοιχα, $p=0.050$). Παρόμοια εκείνοι ή εκείνες με «*καθόλου ή λίγο καλή*» τη ποιότητα ζωής τους έναντι εκείνων με «*πολύ καλή ή άριστη*», τείνουν να θεωρούν περισσότερο σημαντικό το πρόβλημα της «*ανορεξίας*» (2,5 έναντι 1,3, αντίστοιχα, $p=0.030$), το πρόβλημα της «*αδυναμία να ετοιμάσουν φαγητό στο σπίτι*» (3,6 έναντι 1,5, αντίστοιχα, $p=0.029$), στο πρόβλημα «*μεγάλη δυσκολία να σηκωθείτε για να πάτε τουαλέτα*» (3,3 έναντι 2,0, αντίστοιχα, $p=0.033$), στο πρόβλημα «*δυσκολία να θυμηθείτε να πάρετε τα φάρμακα σας*» (3,4 έναντι 1,7, αντίστοιχα, $p=0.042$) και στο πρόβλημα «*ασφάλειας στο σπίτι*» (3,7 έναντι 1,5, αντίστοιχα, $p=0.011$).

Η παραπάνω προσπάθεια σύνδεσης της ποιότητας ζωής που υποδηλώνουν οι ηλικιωμένοι με τα διάφορα προβλήματα ή τις ανάγκες που έχουν, φαίνεται όμως πως έχει ενδιαφέρον και ως προς ορισμένα επίπεδα που δεν ενέχουν στατιστικές ή μαθηματικές διαφορές. Παράδειγμα αποτελεί η έκφραση της «*μοναξιάς*», καθώς ενώ στον πίνακα 3 εμφανίστηκε ως το υπ' αριθμόν ένα πρόβλημα των ηλικιωμένων σε βαθμό σημαντικότητας, στην προκειμένη περίπτωση δεν καθορίζει ή καθορίζεται από τη μορφή ποιότητας που έχει η ζωή τους καθώς σε όλα τα επίπεδα η βαθμολογία αξιολόγησης δεν διαφέρει ($p>0.05$). Επαγωγικά λοιπόν, δύναται να κρίνει κανείς ότι η έκφραση της «*μοναξιάς*» από τους ηλικιωμένους της μελέτης αφορά μια συνολικά ανησυχία περισσότερο παρά μια πραγματική αίσθηση.

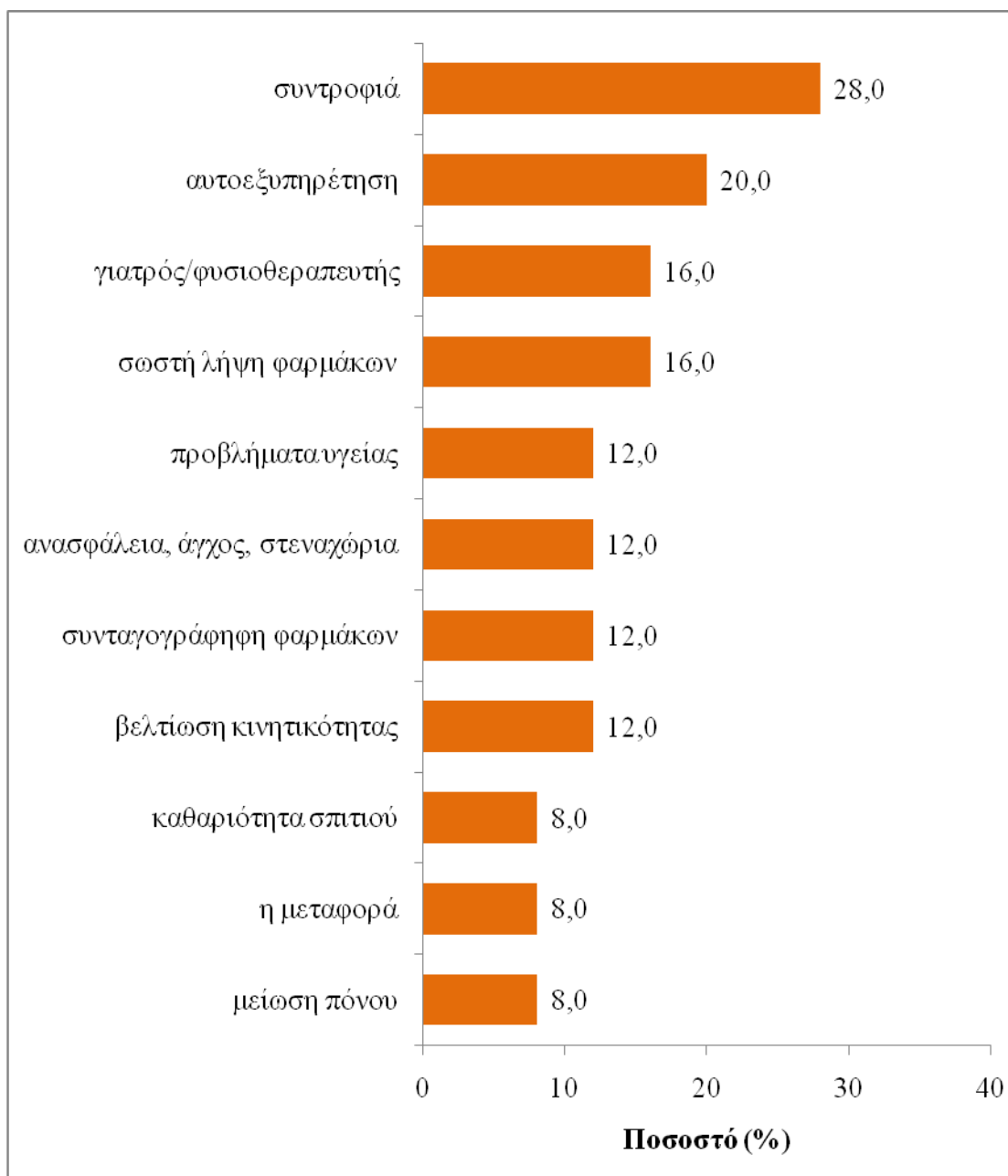
Πίνακας 7. Μέσες τιμές βαθμολογιών στο κατά πόσο **σημαντικά ή ενοχλητικά** είναι διάφορα **προβλήματα ή ανάγκες** ως προς την **αξιολόγηση της ποιότητας ζωής** των ηλικιωμένων στις τελευταίες δύο εβδομάδες πριν τη μελέτη (οι εκτιμήσεις είναι αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

	Ποιότητα ζωής στις τελευταίες δύο εβδομάδες:			P-value
	Καθόλου ή λίγο καλή	Μέτρια	Πολύ καλή ή άριστη	
προβλήματα ή ανάγκες	μέση τιμή ± ΤΑ*			
<i>Ένταση του πόνου</i>	3,7 (1,3)	3,6 (0,9)	2,2 (1,6)	ΜΣ
<i>Κινητικά προβλήματα</i>	3,5 (1,5)	3,2 (1,3)	2,1 (1,7)	ΜΣ
<i>Προβλήματα όρασης</i>	2,2 (1,6)	2,2 (1,1)	2,4 (1,5)	ΜΣ
<i>Πρόβλημα στο να κοιμηθείτε</i>	3,8 (1,1)	2,5 (1,4)	2,3 (1,4)	0,050
<i>Προβλήματα ακοής</i>	2,5 (1,3)	2,3 (1,0)	2,3 (1,6)	ΜΣ
<i>Ανορεξία</i>	2,5 (1,0)	2,7 (1,0)	1,3 (0,8)	0,030
<i>Αδυναμία να ετοιμάσετε φαγητό στο σπίτι</i>	3,6 (1,4)	2,2 (1,5)	1,5 (1,2)	0,029
<i>Μεγάλη δυσκολία να σηκωθείτε για να πάτε τουαλέτα</i>	3,3 (1,3)	1,5 (1,2)	2,0 (1,7)	0,033
<i>Δυσκολία να θυμηθείτε πότε να πάρετε τα φάρμακα σας</i>	3,4 (1,4)	2,3 (1,8)	1,7 (1,3)	0,042
<i>Προβλήματα ασφάλειας στο σπίτι σας</i>	3,7 (1,2)	1,8 (1,6)	1,5 (1,2)	0,011
<i>Προβλήματα σωστής επικοινωνίας με την οικογένεια σας</i>	2,4 (1,6)	2,2 (1,6)	1,6 (1,1)	ΜΣ
<i>Προβλήματα να σας καταλαβαίνουν οι άλλοι περισσότερο</i>	3,3 (1,5)	2,2 (1,5)	2,0 (1,4)	ΜΣ
<i>Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης γενικότερα στο σπίτι</i>	3,7 (1,1)	2,3 (1,8)	2,0 (1,7)	ΜΣ
<i>Προβλήματα συγκράτησης αντικειμένων με τα χέρια σας</i>	3,1 (1,5)	1,8 (1,3)	2,1 (1,5)	ΜΣ
<i>Προβλήματα μοναξιάς</i>	3,6 (1,3)	3,8 (1,5)	3,0 (1,4)	ΜΣ
<i>Προβλήματα έντονης κόπωσης</i>	3,0 (1,2)	2,8 (0,8)	2,4 (1,3)	ΜΣ

* Η βαθμολογία αφορά την κλίμακα: 1=καθόλου σημαντικό, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ & 5=απόλυτα.
Έλεγχος Kruskal Wallis.

Σε συνέχεια με τα παραπάνω, στο **σχήμα 4** δίνεται η ταξινόμηση των σημαντικότερων αναγκών των ηλικιωμένων κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της μελέτης. Στη φάση αυτή ζητήθηκε από τους ηλικιωμένους να διατυπώσουν ελεύθερα δύο από τις σημαντικότερες ανάγκες τους. Διατυπώθηκαν μόλις έντεκα διαφορετικές απόψεις για υπάρχουσες ανάγκες από όλους τους ηλικιωμένους. Στις πρώτες σε συχνότητα αναφορές είναι η «*συντροφιά*» που έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφάνισης καθώς αναφέρεται από το 28,0% και ακολουθεί η «*αυτοεξυπηρέτηση*» με 20,0%, η ανάγκη για «*γιατρό/φυσιοθεραπευτή*» και η «*σωστή λήψη φαρμάκων*» από το 16,0%. Με τη μικρότερη συχνότητα (8,0%) αναφέρονται η «*καθαριότητα του σπιτιού*», η «*μεταφορά*» τους και η «*μείωση του πόνου*».

Σχήμα 4. Ιεραρχική ταξινόμηση των σημαντικότερων αναγκών των ηλικιωμένων της μελέτης (ανέφεραν τις δύο σημαντικότερες).



Όπως στον πίνακα 7, έτσι και στον **πίνακα 8**, σχετίζοντας τα σημαντικότερα προβλήματα ή τις ανάγκες που εκφράζουν οι ηλικιωμένοι με την ποιότητα της ζωής τους στις δύο τελευταίες εβδομάδες, δεν σημειώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφοροποιήσεις στις διάφορες κατανομές συχνοτήτων. Για παράδειγμα το 16,7% εκείνων με ποιότητα ζωής «καθόλου ή λίγο καλή» αναφέρουν ως σημαντικό πρόβλημα τη «μοναξιά» έναντι 42,9% εκείνων με «πολύ καλή ή άριστη» ($p=0.446$). Συμπερασματικά λοιπόν οι διάφορες σημαντικές ανάγκες ή προβλήματα που διατυπώνουν ελεύθερα οι ηλικιωμένοι δεν σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής τους όπως αξιολογείται για τις τελευταίες δύο εβδομάδες.

Πίνακας 8. Ποσοστιαία κατανομή ηλικιωμένων με βάση την αναφορά τους για τις **σημαντικότερες ανάγκες** τους ως προς την **αξιολόγηση της ποιότητας ζωής** τους στις τελευταίες δύο εβδομάδες πριν τη μελέτη (οι εκτιμήσεις είναι αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

	Ποιότητα ζωής στις τελευταίες δύο εβδομάδες:			P-value
	Καθόλου ή λίγο καλή	Μέτρια	Πολύ καλή ή άριστη	
σημαντικότερα προβλήματα ή ανάγκες	%			
<i>αυτοεξυπηρέτηση</i>	25,0	16,7	14,3	0,830
<i>σωστή λήψη φαρμάκων</i>	33,3	-	-	0,076
<i>μείωση πόνου</i>	16,7	-	-	0,308
<i>συντροφιά</i>	16,7	33,3	42,9	0,446
<i>βελτίωση κινητικότητας</i>	16,7	-	14,3	0,577
<i>η μεταφορά</i>	16,7	-	-	0,308
<i>καθαριότητα σπιτιού</i>	8,3	-	14,3	0,638
<i>συνταγογράφηση φαρμάκων</i>	8,3	-	28,6	0,248
<i>γιατρός/φυσιοθεραπευτής</i>	8,3	33,3	14,3	0,390
<i>ανασφάλεια, άγχος, στεναχώρια</i>	8,3	16,7	14,3	0,856
<i>προβλήματα υγείας</i>	16,7	-	14,3	0,577

χ^2 έλεγχος.

Ανάλογα όμως και ελέγχοντας πλέον ως προς τη συγκέντρωση των διαφόρων χρόνιων νοσημάτων (συνοσηρότητα), από τον **πίνακα 9** διαπιστώνεται ότι το 46,2% εκείνων με 1-2 χρόνια νοσήματα αναφέρουν ως σημαντικό πρόβλημα ή ανάγκη τη «συντροφιά» έναντι 8,3% εκείνων με ≥ 3 χρόνια νοσήματα ($p=0.035$). Σε κανένα άλλο πρόβλημα ή ανάγκη δεν διαπιστώνεται τόσο έντονη διαφορά στην κατανομή συχνοτήτων (επιλογή από τους ηλικιωμένους). Ερμηνεύοντας όμως τη διαφορά αυτή φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι με πολλά χρόνια νοσήματα ενδιαφέρονται ίσως περισσότερο για τη βελτίωση ή την αντιμετώπιση της φυσικής/σωματικής τους υγείας παρά για την κοινωνική τους απομόνωση.

Πίνακας 9. Ποσοστιαία κατανομή ηλικιωμένων με βάση την αναφορά τους για τις **σημαντικότερες ανάγκες** τους ως προς τα χρόνια νοσήματα (τα νοσήματα αφορούν αυτοαναφορές των ηλικιωμένων).

σημαντικότερες ανάγκες	Χρόνια νοσήματα:		P-value
	Ένα ή δύο	Τρία ή περισσότερα	
	%		
<i>αυτοεξυπηρέτηση</i>	30,8	8,3	0,161
<i>σωστή λήψη φαρμάκων</i>	15,4	16,7	0,930
<i>μείωση πόνου</i>	7,7	8,3	0,953
<i>συντροφιά</i>	46,2	8,3	0,035
<i>βελτίωση κινητικότητας</i>	7,7	16,7	0,490
<i>η μεταφορά</i>	7,7	8,3	0,953
<i>καθαριότητα σπιτιού</i>	7,7	8,3	0,953
<i>συνταγογράφηση φαρμάκων</i>	23,1	-	0,076
<i>γιατρός/φυσιοθεραπευτής</i>	7,7	25,0	0,238
<i>ανασφάλεια, άγχος, στεναχώρια</i>	15,4	8,3	0,588
<i>προβλήματα υγείας</i>	23,1	-	0,076

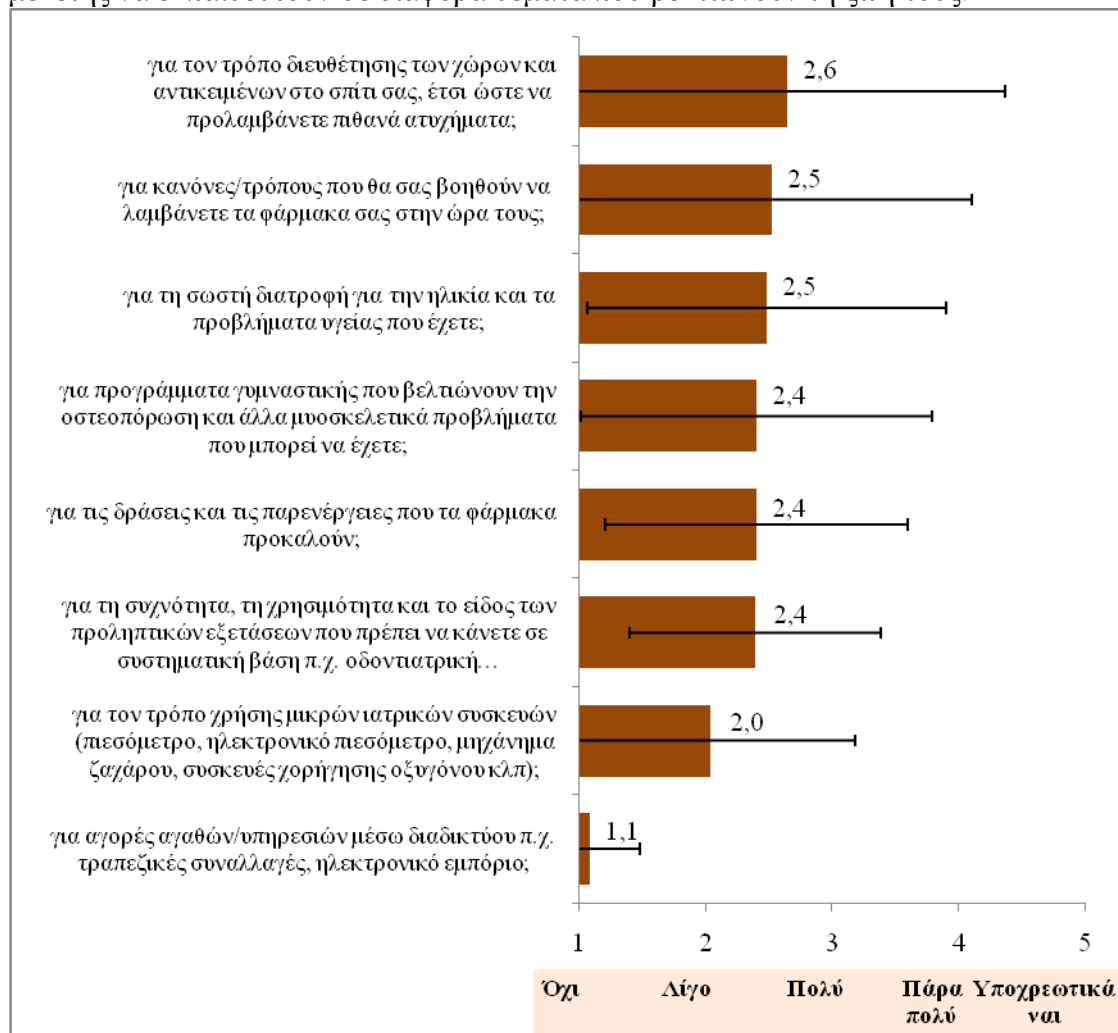
χ^2 έλεγχος.

5.4 Εκπαιδευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων.

Ιδιαίτερο αντικείμενο μελέτης για την παρούσα εργασία αποτέλεσε η καταγραφή της επιθυμίας των ηλικιωμένων του ΚΗΦΗ για εκπαίδευση. Οι εκπαιδευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων όπως αναφέρθηκε και στην ενότητα 3.5 του 3^{ου} Κεφαλαίου, ενέχουν ιδιαιτερότητες (αρνητικοί παράγοντες) λόγω της ηλικίας και της αντικειμενικής αδυναμίας τους να προσαρμοστούν σε συγκεκριμένα προγράμματα ή πρακτικές. Από το **σχήμα 5** διαπιστώνεται ότι η ασφάλεια τους θεωρείται από αυτούς το σημαντικότερο, καθώς πιστεύουν ότι χρειάζονται σε μεγαλύτερο βαθμό εκπαίδευση για «τον τρόπο διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι τους, έτσι ώστε να προλαμβάνουν πιθανά ατυχήματα». Επίσης σε υψηλή προτίμηση είναι

και οι κανόνες ή τρόποι που βοηθούν στη σωστή λήψη φαρμάκων καθώς και στη σωστή διατροφή λόγω της ηλικίας και των προβλημάτων υγείας. Αντίθετα, σχεδόν

Σχήμα 5. Μέσες τιμές βαθμολογιών στο κατά πόσο θα ήθελαν οι ηλικιωμένοι της μελέτης να εκπαιδευτούν σε διάφορα θέματα που βελτιώνουν τη ζωή τους.



καμία επιθυμία για εκπαίδευση δεν εκφράζεται για πρακτικά προβλήματα της καθημερινότητας όπως είναι οι αγορές αγαθών ή υπηρεσιών μέσω διαδικτύου προφανώς λόγω ελλιπών τεχνολογικών γνώσεων ή έλλειψης ανάλογων πραγματικών αναγκών.

Παράλληλα με τα παραπάνω στο **σχήμα 6** παρουσιάζονται οι ποσοστιαίες κατανομές των ηλικιωμένων που εκφράζουν έντονη επιθυμία («πάρα πολύ ή υποχρεωτικά ναι») για εκπαίδευση σε διάφορα θέματα. Όπως έδειξε και το σχήμα 5, επιβεβαιώνεται ότι οι ηλικιωμένοι σε ποσοστό 44,0% επιθυμούν εκπαίδευση στον «τρόπο διεύθετης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι τους, έτσι ώστε να προλαμβάνουν πιθανά ατυχήματα». Ανάλογα αναφέρεται για τη σωστή λήψη φαρμάκων το 32,0% καθώς και για τη σωστή διατροφή λόγω της ηλικίας και των προβλημάτων υγείας το 28,0%.

Σχήμα 6. Ποσοστιαία κατανομή ηλικιωμένων που αφορούν την επιθυμία τους για «Πάρα πολύ ή υποχρεωτικά ναι» στην εκπαίδευση τους σε διάφορα θέματα που βελτιώνουν τη ζωή τους.



Ελέγχοντας τις εκπαιδευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων σύμφωνα με την ηλικία τους (πίνακας 10), διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι που εκφράζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα επιθυμία εκπαίδευσης στον «τρόπο διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι τους, έτσι ώστε να προλαμβάνουν πιθανά ατυχήματα» αλλά και στη σωστή λήψη φαρμάκων είναι εκείνοι που είναι μεγαλύτερης ηλικίας (85+ ετών), χωρίς ωστόσο να σημειώνεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση σε κάποια ανάγκη ($p > 0.05$).

Πίνακας 10. Ποσοστιαία κατανομή ηλικιωμένων που αφορούν την επιθυμία τους για «Πάρα πολύ ή υποχρεωτικά ναι» στην εκπαίδευση τους σε διάφορα θέματα που βελτιώνουν τη ζωή τους, ως προς την ηλικία τους.

	Ηλικία		
	<75 ετών	75 - 84	85+

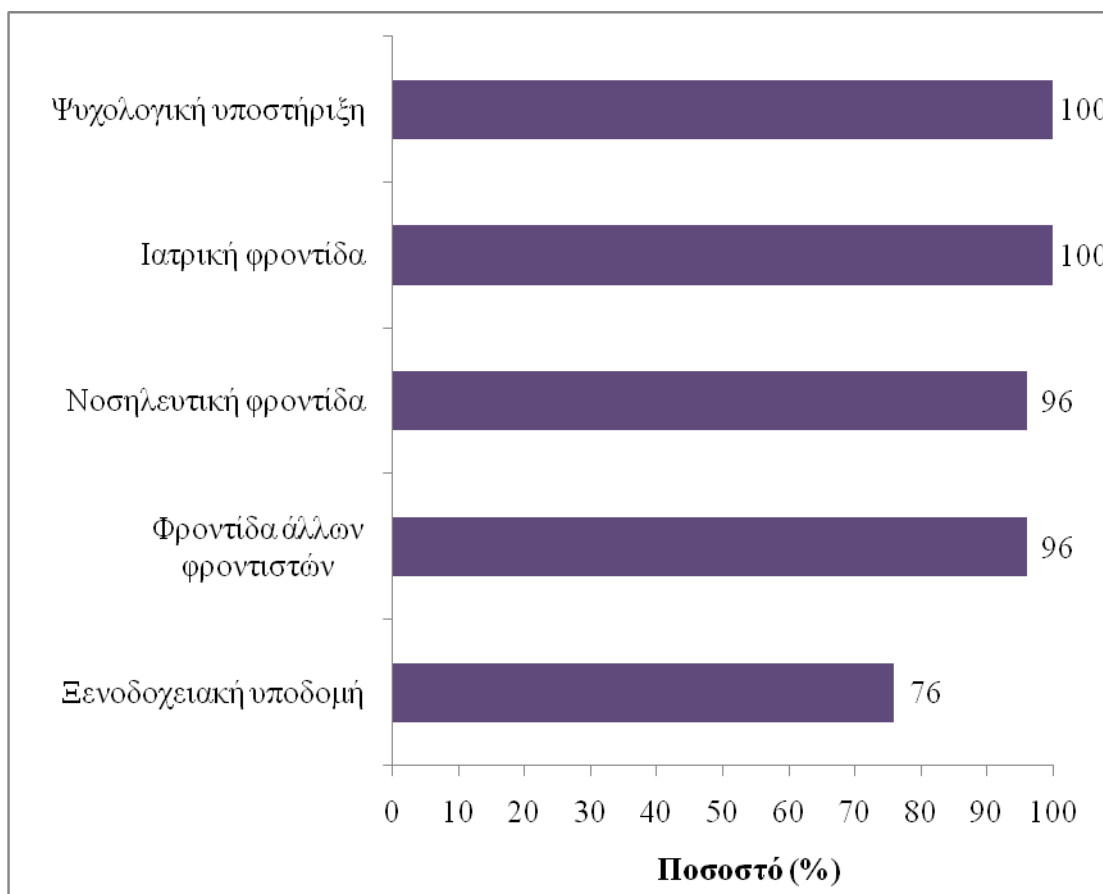
θέματα εκπαίδευσης	%		
για κανόνες/τρόπους που θα σας βοηθούν να λαμβάνετε τα φάρμακα σας στην ώρα τους;	33,3	25,0	42,9
για τις δράσεις και τις παρενέργειες που τα φάρμακα προκαλούν;	33,3	16,7	14,3
για τη σωστή διατροφή για την ηλικία και τα προβλήματα υγείας που έχετε;	33,3	25,0	28,6
για τον τρόπο διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι σας, έτσι ώστε να προλαμβάνετε πιθανά ατυχήματα;	33,3	41,7	57,1
για αγορές αγαθών/υπηρεσιών μέσω διαδικτύου π.χ. τραπεζικές συναλλαγές, ηλεκτρονικό εμπόριο;	-	-	-
για προγράμματα γυμναστικής που βελτιώνουν την οστεοπόρωση και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα που μπορεί να έχετε;	16,7	16,7	28,6
για τον τρόπο χρήσης μικρών ιατρικών συσκευών (πιεσόμετρο, ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, μηχανήμα ζαχάρου, συσκευές χορήγησης οξυγόνου κλπ);	16,7	16,7	14,3
για τη συχνότητα, τη χρησιμότητα και το είδος των προληπτικών εξετάσεων που πρέπει να κάνετε σε συστηματική βάση π.χ. οδοντιατρική εκτίμηση, γενική και βιοχημική εξέταση, έλεγχος προστάτη για τους άνδρες και έσω γεννητικών οργάνων για τις γυναίκες;	16,7	9,1	16,7

χ^2 έλεγχος (δεν βρέθηκε καμιά σημαντική διαφοροποίηση ως προς την ηλικία).

5.5 Ικανοποίηση ηλικιωμένων από το ΚΗΦΗ.

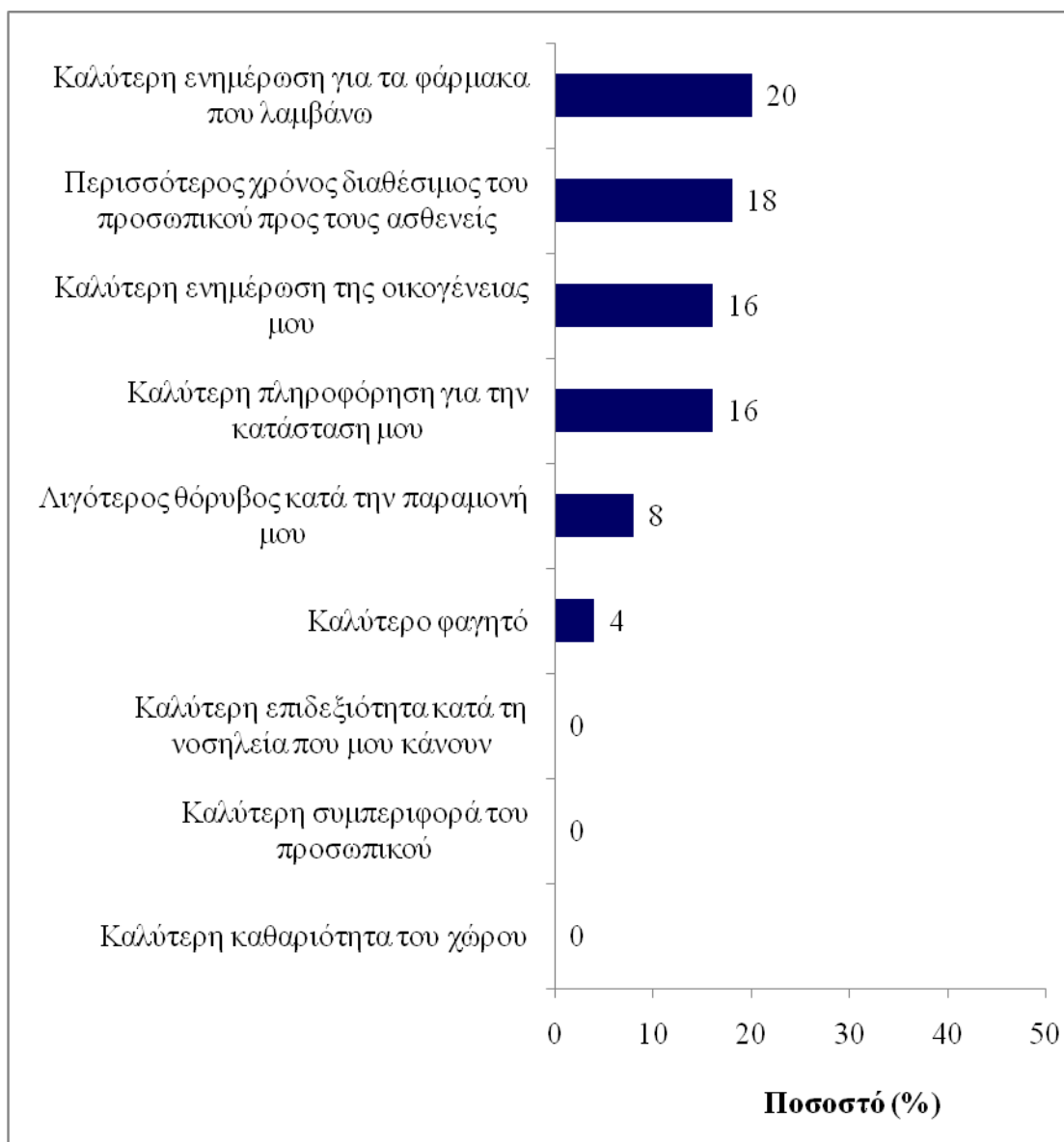
Οι ηλικιωμένοι ρωτήθηκαν ακόμη για το βαθμό ικανοποίησής τους στις διάφορες μορφές φροντίδας που παρέχει το ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου (**σχήμα 7**). Το σύνολο των ηλικιωμένων (100%) ανέφερε «πολύ ή άριστη» ικανοποίηση στην «ψυχολογική υποστήριξη» και στην «ιατρική φροντίδα», το 96,0% στη «νοσηλευτική φροντίδα» και στη «φροντίδα άλλων φροντιστών» και μικρότερο ποσοστό ή 76,0% στην «ξενοδοχειακή υποδομή». Λαμβάνοντας υπόψιν τα πολύ υψηλά ποσοστά σχεδόν πλήρους ικανοποίησης στους τέσσερις τομείς φροντίδας, η ξενοδοχειακή υστέρηση προφανώς σχετίζεται με κάποιες ορισμένες ελλείψεις στις υποδομές του ΚΗΦΗ.

Σχήμα 7. Ποσοστιαία κατανομή «Πολύ ή άριστης» ικανοποίησης των ηλικιωμένων από διάφορες μορφές φροντίδας που παρέχει το ΚΗΦΗ.



Στο **σχήμα 8** παρουσιάζονται οι ποσοστιαίες κατανομές συχνοτήτων στις απαντήσεις των ηλικιωμένων για τις προεπιλεγμένες από τις συγγραφείς της εργασίας μορφές φροντίδας που παρέχει το ΚΗΦΗ και ενδεχομένως χρειάζονται βελτίωση. Πρώτη σε συχνότητα καταγράφεται η βελτίωση στην «καλύτερη ενημέρωση για τα φάρμακα που λαμβάνουν» από το 20,0% των ηλικιωμένων. Αντίθετα, κανείς ηλικιωμένος δεν επιλέγει για βελτίωση την «καλύτερη επιδεξιότητα κατά τη νοσηλεία που του κάνουν», την «καλύτερη συμπεριφορά του προσωπικού» και την «καλύτερη καθαριότητα του χώρου».

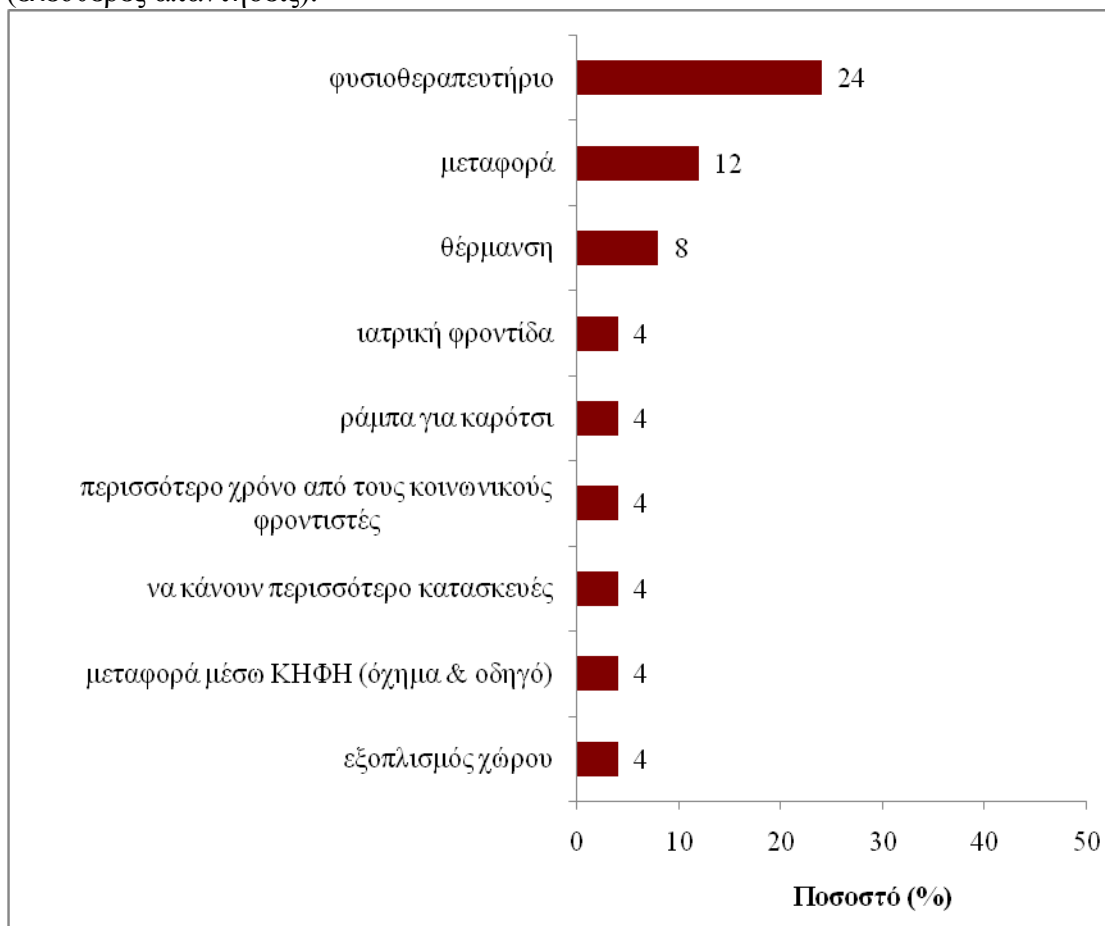
Σχήμα 8. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των ηλικιωμένων για διάφορες μορφές φροντίδας που παρέχει το ΚΗΦΗ και χρειάζονται βελτίωση.



Επιπρόσθετα για όσες μορφές φροντίδας επιλέγουν οι ηλικιωμένοι που ίσως χρειάζονται βελτίωση, στο **σχήμα 9** παρουσιάζονται οι ελεύθερες (όχι προεπιλεγμένες) διατυπώσεις των ηλικιωμένων για τη φροντίδα που χρειάζεται βελτίωση και παρέχει ήδη το ΚΗΦΗ ή χρειάζεται να παρέχει. Είναι χαρακτηριστικό λοιπόν ότι σχεδόν 1 στους/στις 4 ηλικιωμένους/ες (24,0%) αναφέρουν το «φυσιοθεραπευτήριο» και ακολουθούν από το 12,0% η «μεταφορά» ή από το 8,0% η «θέρμανση». Στη μεταφορά των ηλικιωμένων υπάρχουν ακόμη 4,0% εξ'αυτών που αναφέρουν την επιθυμία τους για μεταφορά τους μέσω ΚΗΦΗ, με όχημα και οδηγό που θα διαθέτει το Κέντρο Φροντίδας, ενώ υπάρχουν και άλλες μορφές φροντίδας που επιθυμούν αλλά αναφέρονται από το εξίσου χαμηλό ποσοστό 4,0% των ηλικιωμένων και είναι π.χ. «ο εξοπλισμός του χώρου» ή «η ράμπα για καρότσι». Τα

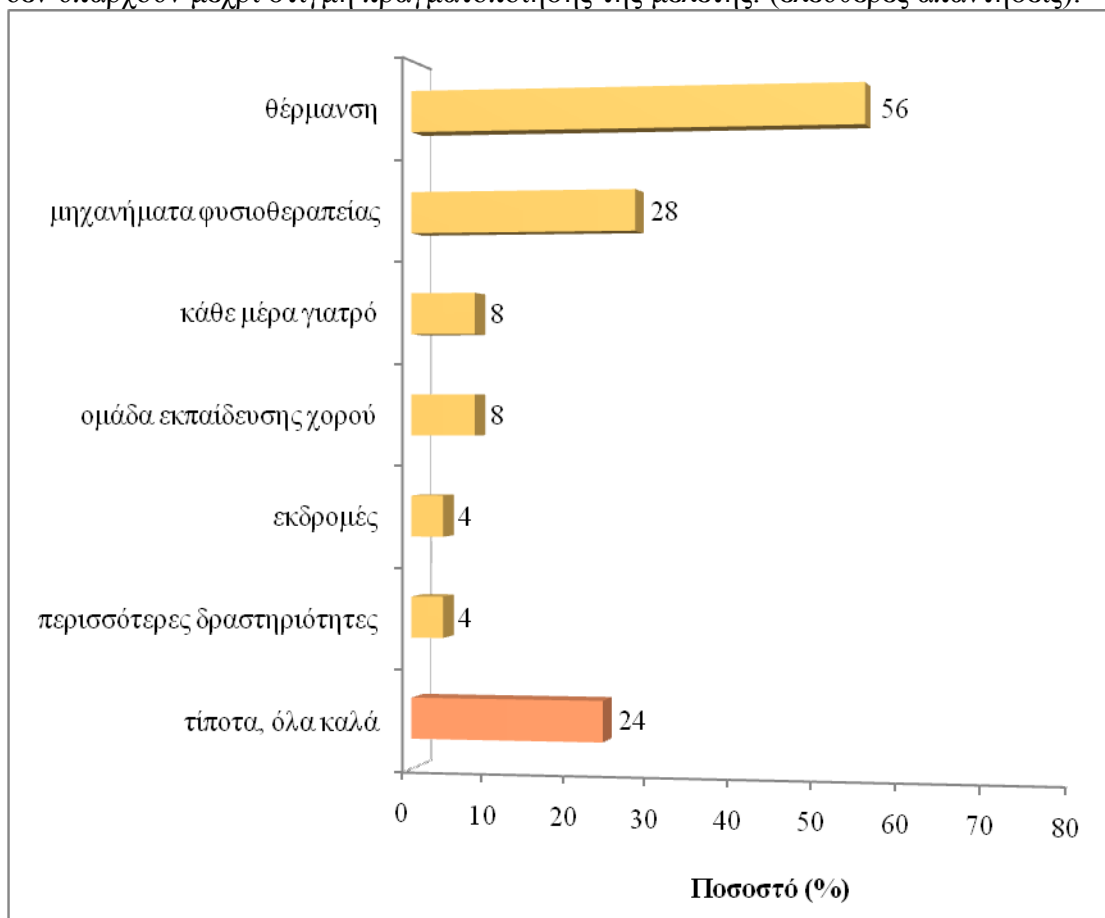
τελευταία αυτά στοιχεία όμως ενδεχομένως αντιμετωπίζονται με την ανέγερση νέου κτηρίου του ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου (Διαύγεια - Υπουργική απόφαση ΒΟΧΒΘ-ΦΦΙ, 2012).

Σχήμα 9. Ποσοστιαία κατανομή επιπλέον απαντήσεων των ηλικιωμένων για φροντίδα που παρέχει το ΚΗΦΗ και κατά τη γνώμη τους χρειάζονται βελτίωση (ελεύθερες απαντήσεις).



Τέλος, πέρα από τις ενδεχόμενες βελτιώσεις ή υπηρεσίες, οι ηλικιωμένοι κλήθηκαν να αναφέρουν και τι επιθυμούν να υπάρχει στο χώρο του ΚΗΦΗ που δεν υπάρχει (**σχήμα 10**). Στην περίπτωση αυτή και σε αντίθεση με όσα αναφέρθηκαν στο σχήμα 9, περισσότεροι από τους μισούς ηλικιωμένους (56,0%) αναφέρουν τη θέρμανση και έπεται από το 28,0% ο εξοπλισμός σε μηχανήματα φυσιοθεραπείας, τονίζοντας έτσι τη μέγιστη ανάγκη τους για τις κινητικές τους δυσκολίες. Σε μικρότερες αναλογίες εκφράζονται κοινωνικές δραστηριότητες όπως η «ομάδα εκπαίδευσης χορού» ή οι «εκδρομές». Αξιοσημείωτο είναι ακόμη ότι το 24,0% των ηλικιωμένων απαντάει ότι όλα είναι καλά στο ΚΗΦΗ και ότι δεν χρειάζονται τίποτα.

Σχήμα 10. Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των ηλικιωμένων για εξοπλισμό, φροντίδα ή άλλες παρεχόμενες υπηρεσίες που χρειάζεται να παρέχει το ΚΗΦΗ και δεν υπάρχουν μέχρι στιγμή πραγματοποίησης της μελέτης. (ελεύθερες απαντήσεις).

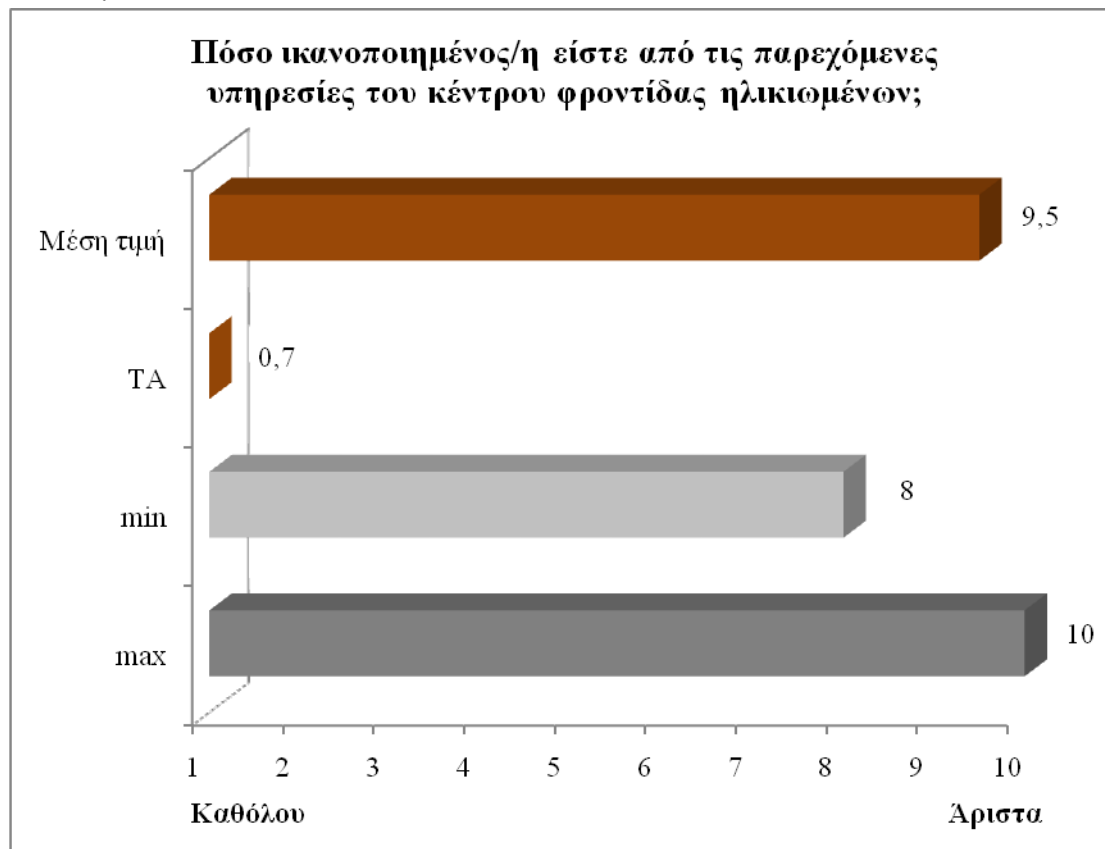


5.6 Ικανοποίηση & αξιολόγηση φροντίδας στο ΚΗΦΗ από τους συνοδοί/φροντιστές των ηλικιωμένων.

Όπως διατυπώθηκε στο σκοπό της μελέτης μας, ενδιαφέρον αποτέλεσε τόσο η καταγραφή των αναγκών των ηλικιωμένων, η φροντίδα και ικανοποίησή τους από τη φιλοξενία τους στο ΚΗΦΗ αλλά και η καταγραφή της ικανοποίησης ή των προβλημάτων/αναγκών που αντιλαμβάνονται οι συνοδοί/φροντιστές τους στο Κέντρο Φροντίδας. Η διασταύρωση των πληροφοριών αυτών θεωρητικά δίνει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση του θέματος μιας και αρχικά, οι ηλικιωμένοι στο σύνολο τους σχεδόν είναι ικανοποιημένοι από τις διάφορες μορφές φροντίδας του ΚΗΦΗ με εξαίρεση ίσως την ξενοδοχειακή υποδομή. Οι συνοδοί/φροντιστές ωστόσο, σε κλίμακα ικανοποίησης με άριστα το 10 (πλήρης ικανοποίηση), εκφράζουν μέση

βαθμολογία ικανοποίησης μόλις 9,5 (**σχήμα 11**)! Τα όρια της ικανοποίησης είναι εξίσου πολύ υψηλά καθώς οι απαντήσεις τους κυμαίνονται από 8 έως 10.

Σχήμα 11. Βαθμός ικανοποίησης των συνοδών/φροντιστών των ηλικιωμένων από το ΚΗΦΗ.



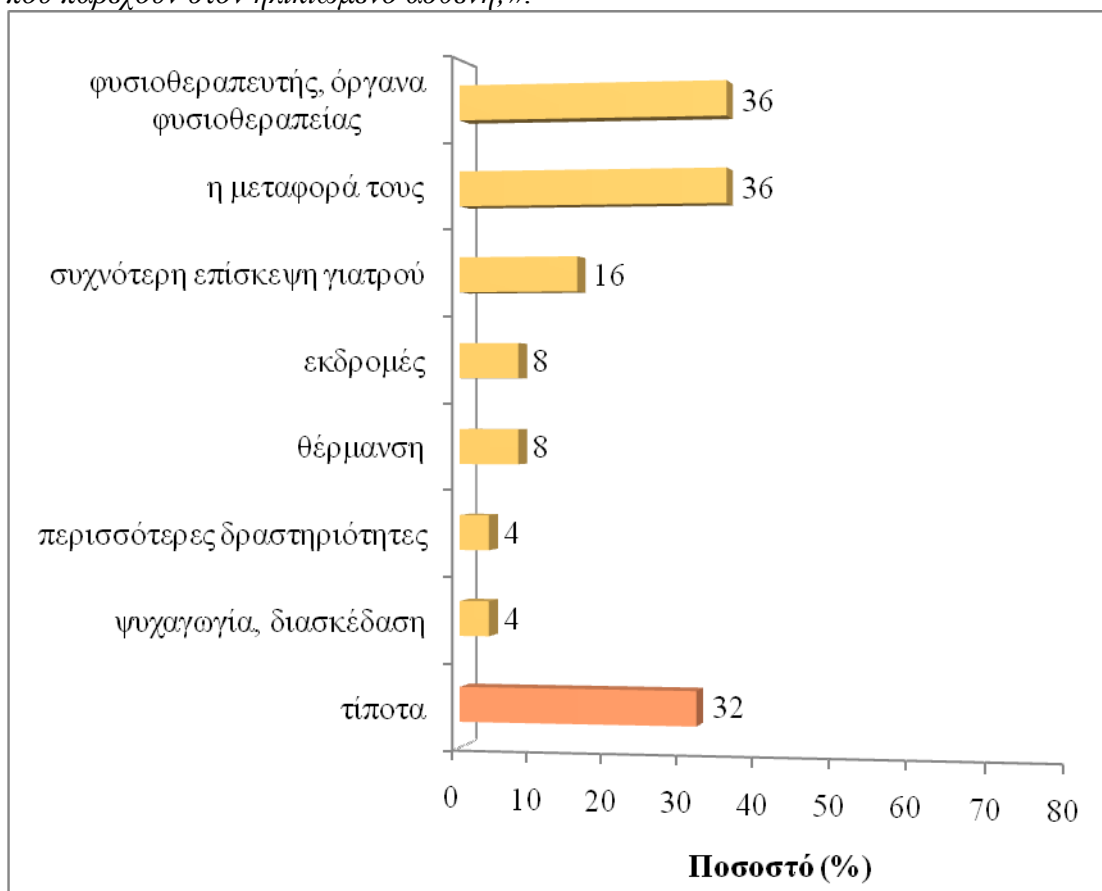
Η ταύτιση λοιπόν της ικανοποίησης μεταξύ ηλικιωμένων και των συνοδών/φροντιστών τους από το ΚΗΦΗ μπορεί επαγωγικά να θεωρηθεί ως εμφανής, ενδιαφέρον όμως έχει η ποιοτική ανάλυση μιας τέτοιας σύνδεσης. Στον **πίνακα 11**, δίνονται οι συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman της κλίμακας ικανοποίησης των συνοδών/φροντιστών από το ΚΗΦΗ και των ηλικιωμένων από τις διάφορες μορφές φροντίδας του ΚΗΦΗ. Μεταξύ των κλιμάκων αξιολόγησης σημαντική θετική συσχέτιση βρίσκεται στη κλίμακα ικανοποίησης των συνοδών/φροντιστών με την «φροντίδα άλλων φροντιστών» ($r=0.464$, $p=0.022$) καθώς και με την «ξενοδοχειακή υποδομή» ($r=0.600$, $p=0.002$) ενώ στις περιπτώσεις της «νοσηλευτικής φροντίδας» και της «ψυχολογικής υποστήριξης» στο ΚΗΦΗ οι συσχετίσεις είναι οριακά σημαντικές ($p\approx 0.05$).

Στο **σχήμα 12** δίνονται οι κατανομές των απαντήσεων των συνοδών/φροντιστών στο **Πίνακα 11**. Συσχέτιση βαθμού ικανοποίησης των συνοδών/φροντιστών με την ικανοποίηση που εξέφρασαν οι ηλικιωμένοι από τις διάφορες μορφές φροντίδας που παρέχει το ΚΗΦΗ.

φροντίδα από ΚΗΦΗ	Βαθμός ικανοποίησης των συνοδών/φροντιστών	
	r-Spearman	P-value
Ιατρική φροντίδα	0,292	0,166
Νοσηλευτική φροντίδα	0,393	0,057
Φροντίδα άλλων φροντιστών	0,464	0,022
Ψυχολογική υποστήριξη	0,406	0,055
Ξενοδοχειακή υποδομή	0,600	0,002

Η κλίμακα ικανοποίησης από τη φροντίδα του ΚΗΦΗ ορίζεται ως: 1=καθόλου, 2=λίγο, 3=μέτρια, 4=πολύ & 5=άριστα.

Σχήμα 12. Απαντήσεις συνοδών/φροντιστών στην ερώτηση «Τι πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βελτιωθεί στο κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων από τη συνολική φροντίδα που παρέχουν στον ηλικιωμένο ασθενή;».

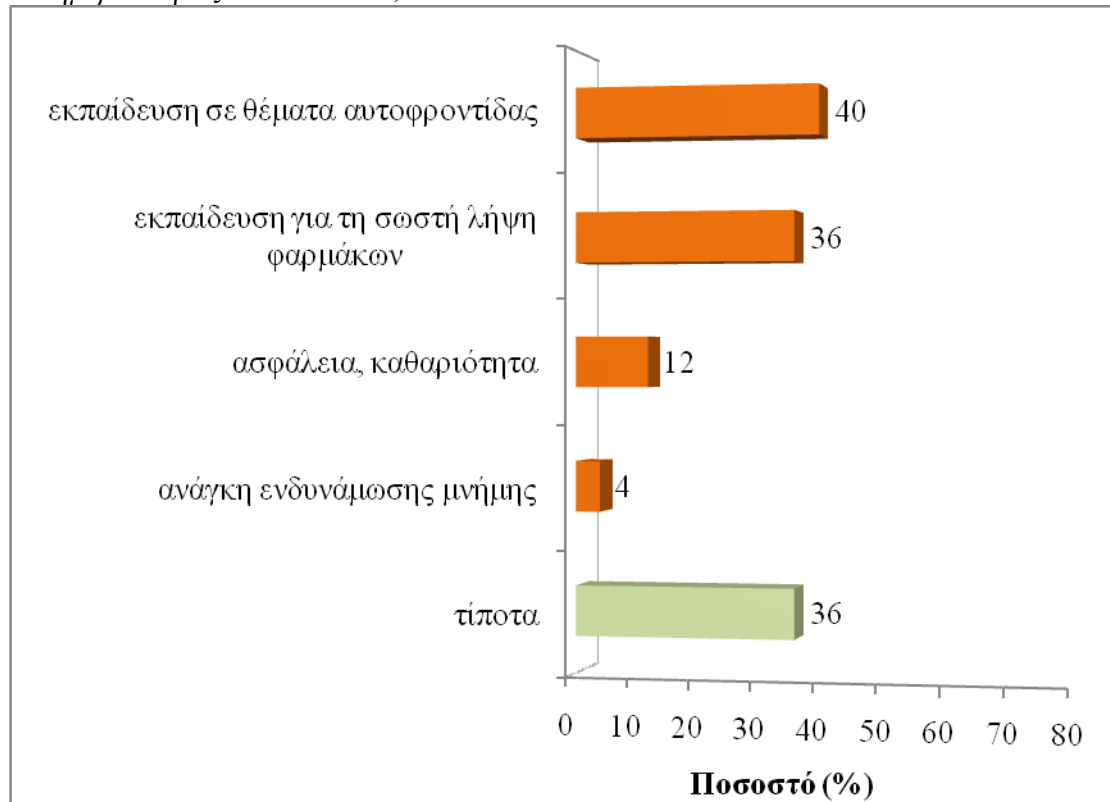


τι πιστεύουν ότι θα μπορούσε να αλλάξει στο Κέντρο για τη βελτίωση της φροντίδας των ηλικιωμένων. Και στην περίπτωση αυτή υπάρχει ταύτιση απόψεων με τους

ηλικιωμένους (σχήμα 9) καθώς και οι συνοδοί/φροντιστές τους κρίνουν σε ποσοστό 36,0% την παροχή «φυσιοθεραπευτή και οργάνων φυσιοθεραπείας» ενώ το ίδιο ποσοστό εκφράζει και τη «μεταφορά» τους στη βελτίωση παροχών του ΚΗΦΗ. Έπονται σε μικρότερες συχνότητες η θέρμανση ή οι κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, ενώ το 32% θεωρεί ότι τίποτα άλλο δεν χρειάζεται βελτίωση. Το αντίστοιχο ποσοστό από το σχήμα 10 για τους ηλικιωμένους ήταν 24,0%.

Όπως και με τους ηλικιωμένους, οι συνοδοί/φροντιστές τους ρωτήθηκαν και για τις εκπαιδευτικές ανάγκες που κατά τη γνώμη τους χρειάζονται οι ηλικιωμένοι για τη βελτίωση της καθημερινότητας στην οικία τους, στην παρούσα χρονική περίοδο (σχήμα 13). Πρώτη εκπαιδευτική ανάγκη από το 40,0% αναφέρεται η «εκπαίδευση σε θέματα αυτοφροντίδας» και ακολουθεί από το 36,0% η «εκπαίδευση για τη σωστή λήψη φαρμάκων». Σε μικρότερη συχνότητα αναφέρονται η ασφάλεια, υγιεινή και η ανάγκη ενδυνάμωσης της μνήμης τους ενώ το 36,0% πιστεύει ότι δεν απαιτείται κάποια προσπάθεια εκπαίδευσης των ηλικιωμένων.

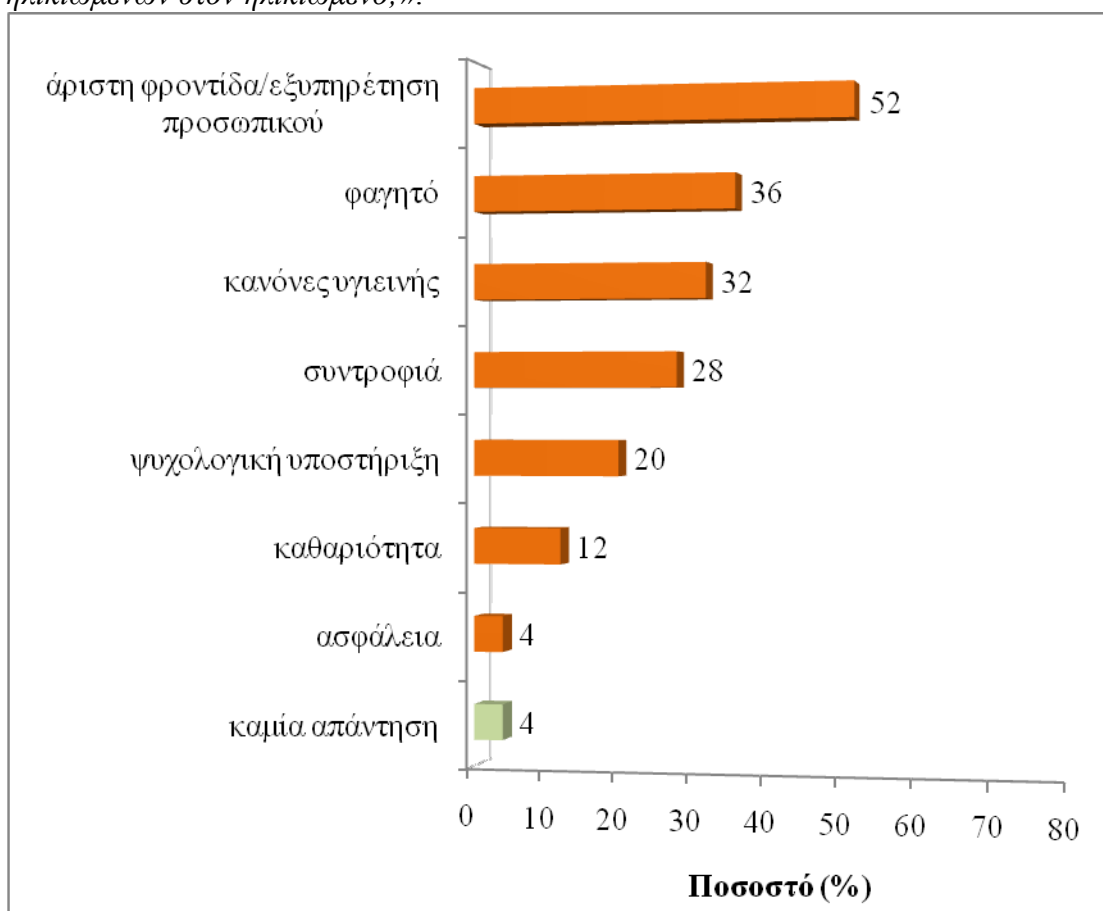
Σχήμα 13. Απαντήσεις συνοδών/φροντιστών στην ερώτηση «Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η μεγαλύτερη εκπαιδευτική ανάγκη που έχει ο ηλικιωμένος την παρούσα χρονική περίοδο, ώστε να προσαρμόζεται καλύτερα στις απαιτήσεις της καθημερινότητας στο σπίτι του;».



Τέλος, εκτός της ικανοποίησης και των προβλημάτων, σημαντικότερη αναφορά εκ μέρους των συνοδών/φροντιστών είναι η συνολική αξιολόγηση και αποτίμηση της

παρεχόμενης φροντίδας από το ΚΗΦΗ (σχήμα 14). Το βασικότερο πλεονέκτημα του ΚΗΦΗ φαίνεται να αποτελεί σύμφωνα με τη γνώμη του 52,0% των συνοδών/φροντιστών, η «άριστη φροντίδα/εξυπηρέτηση του προσωπικού». Επιπλέον, από το 36,0% αναφέρεται το «φαγητό», από το 32% οι «κανόνες υγιεινής», από το 28,0% η «συντροφιά», και η οποία είχε αναδειχθεί ως η σημαντικότερη ανάγκη των ηλικιωμένων σύμφωνα με τα αποτελέσματα του σχήματος 4. Η ψυχολογική υποστήριξη, η καθαριότητα και η ασφάλεια είναι επιπλέον στοιχεία που ενέχει το ΚΗΦΗ βάση της συνολικής αποτίμησης και μόνο το 4,0% δεν ανέφερε κάποια σημαντικά πλεονεκτήματα. Προφανώς αναγνωρίζεται έτσι η προσπάθεια του προσωπικού και των θεσμικών υπευθύνων για την εύρυθμη και ουσιαστική λειτουργία του Κέντρου με γνώμονα την άριστη φιλοξενία και φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Σχήμα 14. Απαντήσεις συνοδών/φροντιστών στην ερώτηση «Ποια κατά τη γνώμη σας είναι τα δυο σημαντικότερα πλεονεκτήματα που παρέχει το κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων στον ηλικιωμένο;».



Κεφάλαιο 6^ο

Συμπεράσματα-Συζήτηση-Προτάσεις

6.1 Συμπεράσματα.

Η εργασία είχε ως απώτερο σκοπό την καταγραφή των αναγκών των εικοσιπέντε ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στο ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου. Για να είναι εφικτή η ολοκλήρωση της μελέτης θα έπρεπε παράλληλα να προσδιοριστεί η περιγραφική εικόνα τους ή αλλιώς το προφίλ των ηλικιωμένων σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο



με την ταυτόχρονη καταγραφή των συνολικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν σε επίπεδο υγείας. Τα συνολικά αυτά προβλήματα, νοσήματα, συμπτώματα ή αναπηρία (disability) και αφορούν τη φυσική, σωματική & ψυχική υγεία, είναι άρρηκτα

συνδεδεμένα με τις καθημερινές ανάγκες και δυσκολίες τους (Boult et al, 1994; Del Duca et al, 2009; Wang et al, 2002; Woo et al, 1998). Όπως διαπιστώθηκε από την ενότητα των αποτελεσμάτων της εργασίας μας, η παρουσία όλων αυτών των παραμέτρων της ποιότητας ζωής που έχουν οι ηλικιωμένοι του ΚΗΦΗ, αναδεικνύει αρκετές παραμέτρους ικανοποίησης και ακόμη περισσότερες άμβλυνσης καθημερινών δυσκολιών και κάλυψης αναγκών. Συμπερασματικά, όσα αναπτύχθηκαν στην ενότητα των *Αποτελεσμάτων* θα μπορούσαν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

Χαρακτηριστικά και υγεία ηλικιωμένων.

- Οι ηλικιωμένοι που φιλοξενούνται στο ΚΗΦΗ, ανήκουν στην 3^η, 4^η & 5^η ηλικία, με τους περισσότερους/ες να έχουν συνταξιοδοτηθεί, έχοντας έντονα τα

χαρακτηριστικά της ελλιπούς εκπαίδευσης, της χηρείας αλλά και του χαμηλού οικονομικού εισοδήματος. Ωστόσο, 8 στους/στις 10 έχουν παιδιά και η απόσταση μεταφοράς τους από τη μόνιμη κατοικία τους κυμαίνεται μεταξύ 2-25 χλμ.

- Η συχνότητα επισκέψεων από τους ηλικιωμένους σε γιατρό το τελευταίο εξάμηνο είναι ιδιαίτερα χαμηλή (περίπου 1 στους/στις 3) όπως και σε νοσοκομειακό γιατρό (περίπου 1 στους/στις 4) αλλά περίπου 4 στους/στις 10 ανέφερε ότι παρέμεινε κλινήρης στη διάρκεια της ημέρας για δύο ή περισσότερες φορές τον τελευταίο μήνα.
- Όλοι οι ηλικιωμένοι έχουν από τουλάχιστον ένα χρόνιο νόσημα καθώς οι μισοί περίπου (44%) διαπιστώθηκαν με τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα. Διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών δεν βρέθηκε στα επίπεδα συνοσηρότητας ($p=0.664$).
- Κατεγράφησαν 20 διαφορετικά χρόνια νοσήματα εκ των οποίων το πιο συχνό (σε περισσότερο από τους μισούς) είναι η αρτηριακή υπέρταση και ακολουθεί η αρθρίτιδα και η ΣΝ.
- Επιπλέον αναφέρθηκαν πέντε διαφορετικά συμπτώματα, με κυριότερα την αίσθηση πόνου και τη ζάλη. Όπως και στα νοσήματα, δεν διαπιστώνονται στατιστικώς σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, συμπεραίνοντας ότι η εμφάνιση τους είναι κοινή σε όλους.
- Στη χρήση φαρμάκων, τα 2/3 των ηλικιωμένων της μελέτης μας κάνει χρήση πολυφαρμακίας, δηλαδή πέντε ή περισσότερα φάρμακα ημερησίως γεγονός που καταδεικνύεται ήδη γενικά για τους ηλικιωμένους της χώρας μας σε πολλές μελέτες.
- Περίπου 1 στους/στις 4 ηλικιωμένους αυτοαναφέρει τη σωματική υγεία και την ποιότητα ζωής του ως «καθόλου καλές» ενώ στον αντίποδα μόνο 4,0% ως «άριστες». Η συμφωνία στον προσδιορισμό της σωματικής υγείας και της ποιότητας ζωής ($p>0.05$) καθορίζει την απόλυτη εξάρτηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων από τη σωματική τους υγεία ή και το αντίθετο, με την



επιφύλαξη ότι η εκτίμηση αυτή αφορά το βραχύ χρονικό διάστημα των δύο εβδομάδων πριν τη μελέτη.

Προβλήματα & ανάγκες.

- Κυριότερα προβλήματα ή/και ανάγκες για αντιμετώπιση βρέθηκαν κατά σειρά σημαντικότητας για τους ηλικιωμένους το πρόβλημα της μοναξιάς, η ένταση πόνου, το πρόβλημα στο να κοιμηθούν, τα κινητικά προβλήματα και τα προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης στο σπίτι.
- Οι ηλικιωμένοι με «καθόλου ή λίγο καλή» ποιότητα ζωής (σύμφωνα με την αυτοαναφορά τους) θεωρούν ως περισσότερο σημαντικό ή απαραίτητο για αντιμετώπιση τα προβλήματα: στο να κοιμηθούν ($p=0.050$), της ανορεξίας ($p=0.030$), της αδυναμίας να ετοιμάσουν φαγητό στο σπίτι ($p=0.029$), της μεγάλης δυσκολίας να σηκωθούν και να πάνε τουαλέτα ($p=0.033$), της δυσκολίας να θυμηθούν τη λήψη των φαρμάκων ($p=0.042$) και της ασφάλειας στο σπίτι ($p=0.011$). Δεν διαφέρουν από τους υπόλοιπους στην ένταση σημαντικότητας για την αντιμετώπιση της μοναξιάς και όπως ήδη αναφέρθηκε στην ενότητα των αποτελεσμάτων φαίνεται να αποτελεί κοινή ανησυχία για όλους τους ηλικιωμένους.
- Από τις ανάγκες που αναφέρουν ελεύθερα οι ηλικιωμένοι, η «συντροφιά» έχει τη μεγαλύτερη συχνότητα αναφοράς και ακολουθεί η «αυτοεξυπηρέτηση», η ανάγκη για «γιατρό/φυσιοθεραπευτή» και η «σωστή λήψη φαρμάκων».
- Οι διάφορες σημαντικές ανάγκες ή προβλήματα που διατυπώνουν ελεύθερα οι ηλικιωμένοι δεν σχετίζονται με την ποιότητα της ζωής τους όπως εκείνη αξιολογείται στο βραχύ χρονικό διάστημα των τελευταίων δύο εβδομάδων.
- Ωστόσο όσοι ηλικιωμένοι βρέθηκαν με τρία ή περισσότερα χρόνια νοσήματα εκφράζουν σε στατιστικώς σημαντικά μικρότερη συχνότητα την «συντροφιά» ως σημαντικό πρόβλημα ή ανάγκη ($p=0.035$) επηρεαζόμενοι μάλλον περισσότερο από την ανάγκη τους για βελτίωση ή αντιμετώπιση της φυσικής/σωματικής τους υγείας παρά για την κοινωνική τους απομόνωση.

- Η ασφάλεια για τους ηλικιωμένους («ο τρόπος διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι τους, έτσι ώστε να προλαμβάνουν πιθανά ατυχήματα») θεωρείται από αυτούς το σημαντικότερο ζήτημα για εκπαίδευση ενώ υπερέχουν και οι κανόνες ή οι τρόποι που βοηθούν στη σωστή λήψη φαρμάκων, στη σωστή διατροφή λόγω της ηλικίας και των προβλημάτων υγείας.
- Οι εκπαιδευτικές ανάγκες των ηλικιωμένων για την ασφάλεια τους («τρόπος διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι τους, έτσι ώστε να προλαμβάνουν πιθανά ατυχήματα») και για τη σωστή λήψη φαρμάκων διαπιστώνεται ότι εκφράζεται σε μεγαλύτερη συχνότητα από εκείνους που είναι μεγαλύτερης ηλικίας (85+ ετών), χωρίς όμως να σημειώνεται στατιστικώς σημαντική διαφοροποίηση σε κάποια ανάγκη ($p>0.05$).

Ικανοποίηση ηλικιωμένων από το ΚΗΦΗ.

- Το σύνολο σχεδόν των ηλικιωμένων (96-100%) εκφράζει «πολύ ή άριστη» ικανοποίηση από το ΚΗΦΗ στη ψυχολογική υποστήριξη, στην ιατρική & νοσηλευτική φροντίδα, στη φροντίδα άλλων φροντιστών και περίπου τα $\frac{3}{4}$ εξ αυτών στη ξενοδοχειακή υποδομή. Η μικρή υστέρηση απόλυτης ικανοποίησης και στη ξενοδοχειακή υποδομή, κρίνεται συνολικά από τα αποτελέσματα της μελέτης να σχετίζεται με κάποιες ορισμένες ελλείψεις στις υποδομές του ΚΗΦΗ που αναφέρουν οι ηλικιωμένοι, όπως η θέρμανση, όργανα φυσιοθεραπείας κ.α.
- Μόλις το 20,0% εκφράζει την πεποίθηση ότι βελτίωση στις μορφές φροντίδας που παρέχει το ΚΗΦΗ χρειάζεται στην «καλύτερη ενημέρωση για τα φάρμακα που λαμβάνουν». Σημειώνεται φυσικά το υψηλό ποσοστό πολυφαρμακίας των ηλικιωμένων που φιλοξενούνται στο ΚΗΦΗ.
- Σε συνάρτηση με την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή, η ελεύθερη διατύπωση για τις βελτιώσεις που χρειάζεται η παροχή φροντίδα τους από το ΚΗΦΗ, το 24,0% αναφέρουν το «φυσιοθεραπευτήριο», 12,0% τη «μεταφορά» τους, 8,0% τη «θέρμανση» ή 4,0% η «ράμπα για καρότσι». Οι υποδομές φυσικά



είναι ζήτημα που αντιμετωπίζονται με την ανέγερση νέου κτηρίου του ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου (Διαύγεια - Υπουργική απόφαση ΒΟΧΒΘ-ΦΦΙ, 2012).

- Σύμφωνα τέλος με τι θα επιθυμούσαν οι ηλικιωμένοι να υπάρχει στο χώρο του ΚΗΦΗ (που δεν υπάρχει ήδη), μεταξύ άλλων, περισσότεροι από τους μισούς (56,0%) αναφέρθηκαν στη θέρμανση και 28,0% στον εξοπλισμό με μηχανήματα φυσιοθεραπείας ενώ το 24,0% εξ αυτών δεν θεωρεί ότι χρειάζεται κάτι επιπλέον από όσα παρέχονται.

Ικανοποίηση & αξιολόγηση της φροντίδας του ΚΗΦΗ από τους συνοδούς/φροντιστές.

- Οι συνοδοί/φροντιστές εκφράζουν σχεδόν πλήρη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Κέντρου φροντίδας. Η ικανοποίησή τους είναι ανάλογη (ταυτίζεται) της ικανοποίησης που εκφράζουν οι ηλικιωμένοι και αφορά τη «φροντίδα άλλων φροντιστών» ($r=0.464$, $p=0.022$) και τη «ξενοδοχειακή υποδομή» ($r=0.600$, $p=0.002$) ενώ για τις περιπτώσεις ικανοποίησης από τη «νοσηλευτική φροντίδα» και τη «ψυχολογική υποστήριξη» από το ΚΗΦΗ, υπήρχε υψηλός βαθμός συσχετίσεων αλλά ήταν στατιστικώς οριακά σημαντικές ($p \approx 0.05$).
- Όπως οι ηλικιωμένοι, έτσι και οι συνοδοί/φροντιστές, εκφράζοντας την πεποίθησή τους στο τι θα μπορούσε να αλλάξει στο Κέντρο για τη βελτίωση της φροντίδας, σε ποσοστό 36,0% θεωρούν την προσθήκη «φυσιοθεραπευτή και οργάνων φυσιοθεραπείας» όπως και τη συμβολή του ΚΗΦΗ στη «μεταφορά» των ηλικιωμένων. Άλλα σημεία αναφοράς αποτελούν τόσο η θέρμανση όσο και οι κοινωνικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες.
- Για την εκπαίδευση των ηλικιωμένων, οι συνοδοί/φροντιστές τους πιστεύουν σε ποσοστό 40,0% ότι χρειάζονται «εκπαίδευση σε θέματα αυτοφροντίδας» και κατά 36,0% «εκπαίδευση για τη σωστή λήψη φαρμάκων».
- Τέλος, στη συνολική αξιολόγηση και αποτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας του ΚΗΦΗ, μεγάλο πλεονέκτημα του Κέντρου φαίνεται να αποτελεί σύμφωνα με τη γνώμη της πλειοψηφίας των συνοδών/φροντιστών (52,0%), η «άριστη φροντίδα/εξυπηρέτηση του προσωπικού», το «φαγητό» (36,0%), οι «κανόνες

υγιεινής» (32%) ή η «συντροφιά» (28,0%) που βρίσκουν κατά τη γνώμη των συνοδών/φροντιστών οι ηλικιωμένοι στο ΚΗΦΗ.

6.2 Συζήτηση.

Όπως αναφέρθηκε και στην αρχή του τρέχοντος Κεφαλαίου, τα ευρήματα της ανάλυσης χαρακτηρίζονται από ένα μεγάλο πλήθος σύνθετων παραμέτρων σχετιζόμενων με την ποιότητα ζωής των φιλοξενούμενων στο ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου.

Η ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει τα ηλικιωμένα άτομα αφορά κυρίως την εξάρτηση τους και την βασική ανάγκη τους πολλές φορές για καθημερινή αυξημένη φροντίδα, είτε από τους ίδιους, είτε συμπληρωματικά ή αποκλειστικά από φροντιστές (συγγενείς, επαγγελματίες υγείας κ.α.) (Lai & Thomson, 2011; Uesugui et al, 2011).

Ο ρόλος σε αυτό το σημείο των μονάδων παροχής φροντίδας όπως είναι στην προκειμένη περίπτωση τα ΚΗΦΗ, αποδεικνύεται θεσμικά και λειτουργικά πολύπλοκος και ζωτικός. Για παράδειγμα, ενώ παγκοσμίως έχει αναπτυχθεί εδώ και δεκαετίες ορίζεται συνήθως ως «*Adult day-care center*», έχουν αποσαφηνισθεί αποσπασματικά οι θετικές εκβάσεις της λειτουργίας τους για τους ηλικιωμένους και τους φροντιστές τους (Dabelko & Zimmerman, 2008; DePalma, 2003; Iecovich & Biderman, 2012; Schmitt et al, 2010; Zarit et al, 1998; Zarit et al, 2011). Βιβλιογραφικά διαπιστώνεται ότι έχουν υπάρξει μεμονωμένες αξιολογήσεις που εστιάζονται σε πολύ συγκεκριμένες συνιστώσες του εν λόγω συστήματος φροντίδας όπως η ωφελιμότητα σε οικονομικό κόστος, μείωση της επιβάρυνσης φροντίδας και του stress που υπάρχει για τις οικογένειες των ηλικιωμένων (DePalma, 2003; Zarit et al, 1998; Zarit et al, 2011) ή στις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων ηλικιωμένων όπως είναι π.χ. οι ευπαθής ή εύθραστοι (frail) ηλικιωμένοι (Baumgarten et al, 2002).

Οι συμμετέχοντες αυτοί στη μελέτη των Baumgarten et al (2002) κατέδειξαν ότι με την φιλοξενία τους στα Κέντρα και τη συμμετοχή τους στις διάφορες δραστηριότητες, διαπίστωσαν μείωση διαφόρων συμπτωμάτων τους όπως του *άγχους*, της *κατάθλιψης* αλλά και της *μοναξιάς*. Η *μοναξιά* εξάλλου υπήρξε το βασικό σημείο αναφοράς των ηλικιωμένων και της παρούσας μελέτης. Οι ηλικιωμένοι θέλησαν να τονίσουν ότι αποτελεί το πρόβλημα εκείνο που όχι μονάχα χρίζει αντιμετώπισης αλλά περισσότερο είναι και μέρος της ανασφάλειας που νιώθουν ως εξαρτημένα



άτομα. Επιπλέον, σε άμεση σχέση βρίσκεται και η πρώτη ελεύθερα διατυπωμένη ανάγκη τους που είναι η *συντροφιά*. Η *συντροφιά* ωστόσο ως ανάγκη αναφέρθηκε σε μικρότερη συχνότητα από τα ηλικιωμένα άτομα με περισσότερα χρόνια νοσήματα. Οι Iecovich & Biderman (2012) μελέτησαν στο Ισραήλ όπου είναι ιδιαίτερα αναπτυγμένος ο θεσμός του ΚΗΦΗ, σε 817 ευπαθείς ασθενείς-μάρτυρες (frail, case-control) τον έλεγχο της επίδρασης που ενδεχομένως έχει στη μοναξιά η παρουσία ή μη ηλικιωμένων σε κέντρα ημερήσιας φροντίδας. Διαπίστωσαν λοιπόν ότι η μοναξιά συμβαίνει σε επίπεδα μέτριου προς σοβαρού βαθμού περίπου στο 80% και των δύο ομάδων ηλικιωμένων και ότι τελικά η μόνη αξιόλογη συσχέτιση της βρέθηκε με την οικονομική κατάσταση και το αυτοαναφερόμενο επίπεδο της υγείας τους και όχι με τη φιλοξενία των ευπαθών (frail) ηλικιωμένων στα κέντρα. Καθώς δεν έγινε εφικτό να ελεγχθεί σε ποσοστιαία κατανομή η σοβαρότητα της μοναξιάς στην παρούσα μελέτη, για την Ελλάδα συνολικά για άτομα ηλικίας 50+ ετών, αναφέρεται από τη μελέτη SHARE ότι προσεγγίζει το 60% παρά τα πολύ ισχυρά οικογενειακά δίκτυα που μας χαρακτηρίζουν (Sundstrom et al, 2009). Η συντροφιά ως πρόβλημα ή ανάγκη αναφέρθηκε ωστόσο από το 28% της παρούσας μελέτης.

Εξίσου κύριο εύρημα της παρούσας μελέτης υπήρξε, στα πλαίσια των αναγκών που έχουν οι ηλικιωμένοι, η λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και η αυτοφροντίδα τους, στοιχεία που τόνισαν και οι συνοδοί/φροντιστές τους. Η πολυφαρμακία όμως συμβαίνει σε μεγάλη συχνότητα, από τα 2/3 περίπου των ηλικιωμένων. Σε μελέτη των Βέλλιου και συν (2011) σε 125 άτομα σε ένα ΚΑΠΗ του δήμου Ηρακλείου Κρήτης, διαπιστώθηκε ότι το 16,8% έκανε χρήση πολυφαρμακίας ενώ από μια μεγάλη μελέτη στην Αγγλία-Ουαλία το 1991-94 (Chen et al, 2001) σε 12486 άτομα άνω των 65 ετών, βρέθηκε ότι πέντε ή περισσότερα φάρμακα καταλάωναν το 11% εκείνων 65-74 ετών και το 15% εκείνων άνω των 75 ετών. Αντίθετα, οι Haider et al (2008) σε μελέτη τους στην Σουηδία σε άτομα 77+ ετών βρήκαν λήψη πολυφαρμακίας στο 42,2%. Σημαντικότερο εύρημα τους ωστόσο υπήρξε το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν 46% μεγαλύτερη πιθανότητα να κάνουν λήψη πολυφαρμακίας. Η παράμετρος αυτή ήταν δύσκολο όμως να εκτιμηθεί στην παρούσα μελέτη καθώς το επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πολύ χαμηλό, διατυπώνεται όμως το ερώτημα μήπως αποτελεί και το βασικό τροχοπέδη



για την εκπαίδευση των ηλικιωμένων με ελλειπείς γνωστικές ικανότητες και σύνθετα συμπτώματα/νοσήματα στην αντιμετώπιση του κινδύνου από τη λήψη φαρμάκων ή γενικότερα για την αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων τους, εντός ή εκτός ΚΗΦΗ. Η εκτίμηση στην ενότητα 3.5, από τη μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 200 ηλικιωμένους του ΚΑΠΗ του δήμου Κρουσώνα (έτη 2007/08), επιβεβαιώνει τις αυτές τις εκπαιδευτικές ανάγκες και αποτελεί την μεγαλύτερη ένδειξη δράσεις που ικανοποιούν τις εξατομικευμένες ανάγκες τους (Παναγιωτάκης, 2008). Είναι εξάλλου χαρακτηριστική και κατατοπιστική η έτερη αναφορά των συνοδών/φροντιστών τους για αυτοφροντίδα.

Άλλη αναγκαιότητα των ηλικιωμένων του ΚΗΦΗ που εκφράστηκε με υψηλή συχνότητα αναφοράς και από τους συνοδούς/φροντιστές τους είναι οι φυσιοθεραπείες και ο τεχνολογικός τους εξοπλισμός που επιθυμούν οι ηλικιωμένοι για την ανακούφιση του σωματικού πόνου και την κινητική τους βελτίωση καθώς και η μεταφορά τους από και προς το ΚΗΦΗ. Σε άλλες μορφές ΚΗΦΗ συναντώνται ωστόσο και οι δυο παροχές φροντίδας



στην Ελλάδα. Π.χ. στο ΚΗΦΗ Τρικάλων απασχολείται φυσιοθεραπευτής ως εξωτερικός συνεργάτης για τις ανάγκες των ηλικιωμένων και ο οποίος εξυπηρετεί τα εγγεγραμμένα μέλη του Β' ΚΑΠΗ (ΚΗΦΗ «Η ΤΡΙΚΚΗ», <http://www.deka-trikala.gr/node/800>).



Εξάλλου για περιοχές εκτός της χώρας μας σημειώνονται αξιόλογα επίσης στοιχεία για τις φυσιοθεραπείες των ηλικιωμένων. Οι Gutman et al (1993) στη μελέτη για τη διερεύνηση των χαρακτηριστικών που έχουν τα κέντρα (Adult Day Care centers) στην περιοχή της British Columbia στις ΗΠΑ, παρατήρησαν ότι τα συγκεκριμένα κέντρα διαφέρουν σε χαρακτηριστικά με άλλα των ΗΠΑ και της Μεγάλης Βρετανίας, εξαιτίας και του πλήθους των προσφερόμενων υπηρεσιών. Τέτοιες είναι κατά σειρά η οδοντιατρική φροντίδα, η μεταφορά των ηλικιωμένων στο κέντρο, η φροντίδα σώματος (μπάνιο) και η φυσιοθεραπεία.

Όπως σε προαναφερόμενες περιπτώσεις και η διατροφή των ηλικιωμένων στο ΚΗΦΗ κρίνεται αρκετά ικανοποιητική. Οι διατροφικές ανάγκες των ηλικιωμένων είναι ιδιαίτερες. Πρακτικά, οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη λιγότερης ενέργειας λόγω μείωσης της λειτουργικότητάς τους, ωστόσο παράγοντες όπως η λήψη φαρμάκων, η

δυσκολία μάσησης, η απώλεια βάρους, πρόσκαιρη ασθένεια (εξασθένηση άμυνας) κ.α. οδηγούν στη σύσταση κατανάλωσης τροφών πλούσιων σε φυτικές ίνες και αντιοξειδωτικές βιταμίνες (φρούτα, λαχανικά, ολικής άλεσης ψωμί, ελαιόλαδο) αλλά άπαχα προϊόντα ζωικών πρωτεϊνών με ταυτόχρονη εξατομικευμένη λήψη θρεπτικών συστατικών όπως είναι π.χ. το νάτριο ή ο σίδηρος (Ελληνικό Ινστιτούτο Διατροφής, <http://www.eid.org.gr>). Οι Vickery et al (1993) μελέτησαν και αξιολόγησαν τη διατροφή που χορηγούν 101 κέντρα ημερήσιας φροντίδας στις ΗΠΑ. Έδειξαν σημαντικές διαφορές και ομοιότητες στη διατροφική χορηγία τους στους ενήλικες. Ορισμένα στοιχεία πάντως που αξιολογούνταν ήταν η τροφική δυσανεξία των ηλικιωμένων, η ικανότητα μάσησης, το βάρος τους ή το ιατρικό ιστορικό τους.

Μέρος των ηλικιωμένων πάντως όπως έδειξαν τα αποτελέσματα της ανάλυσης και δεν μπορεί να παραβλεφθούν, αναφέρθηκαν και στην ανάγκη τους για οργανωμένες δραστηριότητες μέσω του ΚΗΦΗ, για εκμάθηση χορού ή την πραγματοποίηση εκδρομών. Είναι απαραίτητο όταν το επιτρέπει τόσο η λειτουργική κατάσταση των ηλικιωμένων όσο και του ίδιου του ΚΗΦΗ ή οι υποχρεώσεις των συνοδών/φροντιστών, να προχωρούν σε ψυχαγωγικές δραστηριότητες που αυξάνουν την ικανοποίηση και προκαλούν ευδαιμονία στους ηλικιωμένους. Εξάλλου δράσεις όπως είναι η επισκεψιμότητα χώρων πολιτισμού, πάρκων, βιοτόπων, άλλων χώρων οργανωμένης φροντίδας κ.λπ. η ωφελιμότητα για τους ηλικιωμένους είναι πολλαπλάσια για την κοινωνικότητα τους και την πρόληψη ή αντιμετώπιση της μοναξιάς και της απομόνωσης που ενδεχομένως νιώθουν. Είναι δυνατόν έτσι μέσα από τη μορφή αυτή φροντίδας να ενισχύεται η ικανοποίησή τους πέρα από την προσπάθεια και αυτοθυσία του προσωπικού (Baumgarten et al, 2002).



6.3 Προτάσεις.

6.3.1 Επιμόρφωση & Εκπαίδευση.

α) Ηλικιωμένοι.

Και από την τρέχουσα μελέτη κατέστη σαφές η αναγκαιότητα για ουσιαστική βοήθεια των ηλικιωμένων μέσω της εκπαίδευσης τους στις καθημερινές δυσκολίες που αντιμετωπίζουν (disabilities). Είναι χρήσιμο λοιπόν να σκιαγραφηθεί ό,τι

αποκαλείται «δια βίου μάθηση» και να συσχετιστεί με την εκπαίδευση των ενηλίκων, καθώς η μάθηση αποτελεί διεργασία προσωπικών αλλαγών που γίνεται για να προσαρμοστεί κάποιος σε μεταβαλλόμενες συνθήκες και εμπειρίες (Παναγιωτάκης, 2008).

Παραδοσιακά στις δυτικές κοινωνίες η νεότητα αντιμετωπίστηκε θετικά, ενώ η γήρανση αρνητικά. Ωστόσο τα τελευταία χρόνια οι απόψεις σχετικά με τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν θετικές στάσεις για τις ομάδες μεγαλύτερης ηλικίας και αυξανόμενες αρνητικές στάσεις για τους νεότερους ανθρώπους, ίσως λόγω της συνεχούς αύξησης των ηλικιωμένων στο σύνολο της κοινωνίας (Πουλοπούλου, 1999). Το άτομο γενικά έχει την ικανότητα να μαθαίνει στην Τρίτη και Τέταρτη ηλικία που φανερώνει και αποδεικνύεται από τα βάθη των αιώνων με το «γηράσκω αεί πολλά διδασκόμενος» του Σόλωνα όσο και από τις σύγχρονες επιστημονικές έρευνες. Όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα σε εκπαίδευση και ειδίκευση άσχετα από το επίπεδο εκπαίδευσης τους και την ηλικία τους. Δυστυχώς η έλλειψη πόρων και οι προκαταλήψεις εμποδίζουν την πρόσβαση των ηλικιωμένων σε ευκαιρίες εκπαίδευσης και ειδίκευσης.

Τα Πανεπιστήμια Τρίτης ηλικίας είναι από τους πιο επιτυχημένους θεσμούς σε πολλές χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Στεγάζονται σε Πανεπιστημιακούς χώρους τις ώρες που δεν χρησιμοποιούνται από φοιτητές και διδάσκουν εν ενεργεία μέλη του διδακτικού προσωπικού των ΑΕΙ. Για την κατάρτιση των εκπαιδευτικών τους προγραμμάτων λαμβάνεται υπόψη η επιθυμία των ηλικιωμένων και τα ενδιαφέροντα τους. Διδάσκονται μαθήματα με τη μορφή διαλέξεων γύρω από θέματα Ιστορίας, Γεωγραφίας, Ψυχολογίας, Βοτανικής, Ποίησης, Φιλοτελισμού κ.λπ. Ωστόσο ο ίδιος ο τίτλος του Πανεπιστημίου Τρίτης Ηλικίας διαιωνίζει την αναχρονιστική ιδέα των τριών σταδίων της ζωής, που είναι η ανάπτυξη, η δημιουργία και η ολοκλήρωση (Πουλοπούλου, 1999).

Στην Ελλάδα τα εκπαιδευτικά προγράμματα ηλικιωμένων είναι ελάχιστα, χωρίς προγραμματισμό και συνήθως αποσπασματικά από συλλόγους πολιτιστικούς, τη Ν.Ε.Λ.Ε. με μαθήματα αναφαβητισμού και επιμορφωτικές ομιλίες, ενώ ενδιαφέροντα συνέδρια οργανώνονται από τη Γηριατρική εταιρία κάθε χρόνο και από επαγγελματικούς επιστημονικούς συλλόγους σε συνεργασία με την Τριτοβάθμια Ιδρύματα γύρω από θέματα που απασχολούν την Τρίτη ηλικία.

Εξάιρεση από τα παραπάνω αποτελεί η σπουδαία και συλλογική προσπάθεια επιμόρφωσης του ευρωπαϊκού προγράμματος ECV Leonardo ή Elderly Care

Vocational Training System (<http://ecv.tringos.eu/>, www.ecvleonardo.com). Το 2002 οι Ευρωπαίοι Κοινωνικοί Εταίροι διακήρυξαν:

«Η γήρανση του πληθυσμού και οι κοινωνικές προσδοκίες, που απορρέουν από υψηλότερα επίπεδα μόρφωσης των νεότερων γενεών απαιτούν ένα νέο τρόπο προσέγγισης των διδακτικών συστημάτων που εξασφαλίζουν την ύπαρξη ευκαιριών για όλες τις ηλικιακές ομάδες – τόσο γυναικών όσο και ανδρών, ειδικευμένων και ανειδίκευτων – αν πρόκειται να επιτευχθούν σημαντικές αυξήσεις ικανοτήτων και προσόντων. Η δια βίου εκπαίδευση συνεισφέρει στην δημιουργία μια περιεκτικής κοινωνίας και την προώθηση ίσων ευκαιριών».

Ως αποτέλεσμα, το πρόγραμμα που αναπτύχθηκε, περιλάμβανε το Σύστημα Επαγγελματικής Κατάρτισης στη Φροντίδα και Αποκατάσταση Ηλικιωμένων (Elderly Care Vocations - ECV) με

ανθρωπιστικές, κοινωνικές και επαγγελματικές διαδικασίες που είναι απαραίτητες για παροχή φροντίδας σε ηλικιωμένους. Οι κοινωνικές ανάγκες απασχόλησης στον τομέα αυτό εξαιτίας της διεύρυνσης από τη γήρανση του πληθυσμού σε ολόκληρη την Ευρώπη, εντείνονται λόγω της συνεχώς αυξανόμενης τάσης των ηλικιωμένων να αναζητούν επαγγελματική φροντίδα αντί αυτής που παραδοσιακά παρεχόταν



από τα παιδιά προς τους γονείς. Μεταξύ άλλων τα προϊόντα του έργου που θα υλοποιούσε το Πρόγραμμα και αφορούσαν τους ηλικιωμένους ήταν:

- Λογισμικό Αυτοκατάρτισης στη Φροντίδα Ηλικιωμένων. Σύνθετο ηλεκτρονικό σύστημα αυτοκατάρτισης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επαγγελματικής φροντίδας ηλικιωμένων. Το σύστημα προσέφερε:
 - Διαδραστική προβολή οδηγιών κειμένων.
 - Οπτικοακουστική επίδειξη εργονομικών διαδικασιών.
 - Ασκήσεις αυτό-διάγνωσης γνώσεων σε όλα τα επίπεδα.
 - Εξέταση Πιστοποίησης Γνώσεων στη φροντίδα ηλικιωμένων.
 - Εγχειρίδιο σε ηλεκτρονική μορφή με δυνατότητα εκτύπωσης.

- Οδηγός Κοινωνικών Σχέσεων σε ηλεκτρονική μορφή με δυνατότητα εκτύπωσης.

Γενικότερα λοιπόν, το ερώτημα που αναδύεται από όλα τα παραπάνω είναι πόσο ηλικιωμένοι θα ήθελαν να αποκτήσουν συγκροτημένες γνώσεις σε ορισμένους τομείς ή θα ενδιαφέρονταν για την απόκτηση ορισμένων δεξιοτήτων ή την ενασχόληση με κάποιες δραστηριότητες εκπαίδευσης. Τα ελληνικά ΑΕΙ και ΑΤΕΙ θα μπορούσαν να ξεκινήσουν εκπαιδευτικά προγράμματα για άτομα Τρίτης και Τέταρτης ηλικίας, πρωτοβουλία που ιδιαίτερα στην περιφέρεια θα τα συνέδεε περισσότερο με τις τοπικές κοινωνίες.

β) Φροντιστές

Άλλο σημείο αναφοράς με εξίσου ανάλογη σημαντικότητα είναι η επιμόρφωση των φροντιστών των ηλικιωμένων. Η αναγκαιότητα αυτή αναγνωρίστηκε επίσης από το πρόγραμμα ECV Leonardo ή Elderly Care Vocational Training System (<http://ecv.tringos.eu/>, www.ecvleonardo.com) όπως αναπτύχθηκε σε πανευρωπαϊκό επίπεδο και περιλάμβανε το Σύστημα Επαγγελματικής Κατάρτισης στη Φροντίδα και Αποκατάστασης Ηλικιωμένων (Elderly Care Vocations - ECV). Η δράση του για τους φροντιστές των ηλικιωμένων περιείχε:

- Το Λογισμικό Αυτοκατάρτισης των φροντιστών υγείας, που επιτρέπει στους καταρτιζόμενους να γνωρίσουν το λειτούργημα της φροντίδας ηλικιωμένων που επιτυγχάνεται μέσω Η/Υ με τεχνολογία ταχείας πρόσβασης και εξελιγμένη δυνατότητα χειρισμού των οπτικοακουστικών μέσων που απαιτεί το ηλεκτρονικό περιβάλλον αυτό-εκπαίδευσης. Οι καταρτιζόμενοι μπορούν να μάθουν το λειτούργημα της Φροντίδας Ηλικιωμένων μέσα από τα εξής γνωστικά αντικείμενα: Επαγγελματική Ενάργεια, Βασική Παθολογία γήρανσης, Φροντίδα περιβάλλοντος, Υγιεινή, Νοσηλευτική, Χειρισμός ακράτειας, Πρώτες Βοήθειες, Κινητικότητα και Διασκέδαση, Εργαλεία και Υλικά .

Οι επιμελείς καταρτιζόμενοι μπορούσαν να αποκτήσουν Πιστοποιητικό Γνώσεων Φροντίδας Ηλικιωμένων μέσω του κατάλληλου μηχανισμού του Δικτύου Μελών ECV (ιστοσελίδα www.ecvleonardo.com).

Μπορεί λοιπόν να αξιολογηθεί κατά πόσο ένας φροντιστής μπορεί να ανταποκριθεί όχι απλά εμπειρικά προς ένα ηλικιωμένο αλλά ουσιαστικά, αφού πρώτα οι διάφοροι

επαγγελματίες υγείας μπορούν κατά ειδικότητα να υποδείξουν και να μυήσουν στις κατάλληλες πρακτικές αντιμετώπισης

γ) Κοινωνικοί λειτουργοί

Στο σημείο αυτό όμως επιδέχεται αναφοράς και η συνολική συμβολή του ίδιου υπάρχοντος προσωπικού στο βαθμό που ήδη οργανικά λειτουργεί αλλά και **ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών** σε μονάδες φροντίδας ηλικιωμένων. Διαπιστώθηκαν οι ανάγκες των ηλικιωμένων και συμπερασματικά δεν μπορεί παρά να αναφερθεί ότι οι ηλικιωμένοι χρίζουν μεγαλύτερης κοινωνικής και ψυχικής συμπαράστασης και προσοχής και φυσικά βελτίωσης της σωματικής/κινητικής τους ικανότητας μέσω φυσιοθεραπευτικών μεθόδων.

Στην ενότητα 2.4 έγινε εκτενής περιγραφή των αρμοδιοτήτων και του ρόλου του προσωπικού, ωστόσο η παρουσία κοινωνικών λειτουργών οργανικά προβλέπεται περιστασιακά και με μερική λειτουργική απασχόληση. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, εργαζόμενοι σε υπηρεσίες κοινότητας (π.χ. ΚΗΦΗ), μπορούν πρακτικά να βοηθούν τους ηλικιωμένους και να επηρεάζουν την ευεξία τους, παρακολουθώντας το επίπεδο της υγείας και αναφέροντας τους σε κοινωνικές υπηρεσίες αλλά και παρέχοντας συμβουλές, για να ενισχύσουν την ικανότητα των ηλικιωμένων και των οικογενειών/φροντιστών τους να αντιμετωπίσουν τη δυσλειτουργικότητα τους. Επίσης μπορούν να συμβάλλουν στην διαχείριση και προμήθεια απαραίτητου εξοπλισμού και υλικών για τους ηλικιωμένους που δεν έχουν οικονομική άνεση, συνεκτιμώντας και αξιολογώντας το επίπεδο διαβίωσης καθενός προσωπικά.

Η ανταπόκριση όμως των κοινωνικών λειτουργών ως επαγγελματιών υγείας στα δύσκολα καθήκοντα της κοινωνικής εργασίας, απαιτεί τη συνεχή επιμόρφωση των ίδιων, την ενημέρωση και εξειδίκευση τους σε δράσεις και πρακτικές που συμβάλλουν στην εύρυθμη ροή του κοινωνικού τους έργου, πετυχαίνοντας το σκοπό αυτού του έργου. Η Πλοτωνικόφ (2009) στην συστηματική ανασκόπηση της για τις εκπαιδευτικές ανάγκες των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στη φροντίδα ηλικιωμένων, συμπέρανε ότι *«οι κοινωνικοί λειτουργοί για να είναι επαρκώς εκπαιδευμένοι πρέπει να αυξήσουν τις γνώσεις τους σε ορισμένες θεματικές ενότητες. Αυτές είναι η υγεία (σωματική και ψυχική), οι διαθέσιμες υπηρεσίες, κοινωνική πολιτική, εφαρμογή αξιών της κοινωνικής εργασίας, τα κοινωνικά θέματα που αγγίζουν τους ηλικιωμένους. Επίσης για να είναι αποτελεσματικοί οι κοινωνικοί λειτουργοί*

πρέπει να αναγνωρίζουν και να διαχειρίζονται σωστά τις προκαταλήψεις τους με την εκπαίδευση να έχει σημαντικό ρόλο σε αυτό».

Οι δομές της φροντίδας υγείας, μέρος των οποίων είναι και τα ΚΗΦΗ, έχουν υψηλές απαιτήσεις στην ειδίκευση του έργου που παρέχουν αφού συνήθως περιλαμβάνουν άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με αυξημένη νοσηρότητα, με επιβαρημένη υγεία και ιδιαίτερες εξατομικευμένες ανάγκες. Ήδη από το 1964, η οργάνωση του Συμβουλίου Επιμόρφωσης στην Κοινωνική Εργασία (Σ.Ε.Κ.Ε) (<http://www.sitemaker.gr/sekegr>) στοχεύει μεταξύ άλλων:

- ... δ) Στην επιμόρφωση Κοινωνικών Λειτουργών και επαγγελματιών συναφών ειδικοτήτων σε θέματα που αφορούν την Κοινωνική Εργασία.*
- ε) Στην προσαρμογή της άσκησης και των στόχων της Κοινωνικής Εργασίας στις σύγχρονες κοινωνικές ανάγκες και τις διεθνείς εξελίξεις.*
- στ) Στη μελέτη των κοινωνικών προβλημάτων και τη γνωμοδότηση για σχεδιασμό παρεμβάσεων σε συνεργασία με αρμόδιους φορείς...*

Από τότε μέχρι και σήμερα μονάχα το Σ.Ε.Κ.Ε πρόσφερε δεκάδες προγράμματα επιμόρφωσης διαφόρων δράσεων και ειδικοτήτων ενώ σήμερα οι σύγχρονες ανάγκες και απαιτήσεις δημιούργησαν πληθώρα εκπαιδευτικών προγραμμάτων επιχορηγούμενων από την Ευρωπαϊκή Ένωση. Π.χ. το σχέδιο του Προγράμματος «Μεταφορά καινοτομίας για την ανάπτυξη της σχέσης βοήθειας με πληθυσμούς σε κατάσταση εγκατάλειψης (παιδιά, εφήβους, ηλικιωμένους) στην Ευρώπη - RELAIS PLUS» (http://www.relaisplus.eu/context_gr.php), έχει ως τομείς – στόχους του τους ακόλουθους:

- Το τομέα της υγείας και τον κοινωνικό τομέα και, πιο συγκεκριμένα, εκείνους των κοινωνικών υπηρεσιών (οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι άλλοι επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα σε ομάδες που έχουν περιέλθει σε κατάσταση εγκατάλειψης),
- Το τομέα της εκπαίδευσης και της κατάρτισης,
- Το τομέα των προσωπικών υπηρεσιών, στον οποίο το ποσοστό των εργασιακών θέσεων έχει αυξηθεί κατά 6% από τον ένα χρόνο στον άλλο στην Ευρώπη.

Η σύσταση επίσης Προγραμμάτων Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) αποτελεί ένα αντίβαρο στην συνεχιζόμενη εκπαίδευση και κατάρτιση στην κοινωνική εργασία. Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν αναπτυχθεί πλήθος μεταπτυχιακών προγραμμάτων με βασικότερη ειδικότητα το master στην κοινωνική εργασία (<http://www.masterstudies.gr/Master>). Στην Ελλάδα υπάρχουν εμφανή ήδη σημεία

ειδίκευσης με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα εκείνο της Ιατρικής Σχολής του ΕΚΠΑ και του Τμήματος Πολιτικών Επιστημών και Δημόσιας Διοίκησης του ΕΚΠΑ σε σύμπραξη με το Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας του ΤΕΙ Κρήτης. Οι μονάδες αυτές της τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, έχουν διοργανώσει το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών (ΠΜΣ) με τον τίτλο "Περιβαλλοντική Υγεία-Διαχείριση και Οικονομική Αποτίμηση". Η λειτουργία του υφίσταται από το 2004 και με διάρκεια 2 ετών (<http://school.med.uoa.gr>). Στην περίπτωση αυτή γίνεται «προετοιμασία των εκπαιδευμένων στελεχών για την κάλυψη των οξυμένων αναγκών στην χώρα μας στους τομείς της εκτίμησης και πρόληψης των επαγγελματικών και περιβαλλοντικών κινδύνων για την υγεία του εκτεθειμένου πληθυσμού».

Επιπλέον, το Τμήμα Κοινωνικής Διοίκησης του Δημοκρίτειου Πανεπιστημίου Θράκης υλοποιεί ήδη ΠΜΣ το οποίο οδηγεί σε Α) Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στις κατευθύνσεις: I. Κοινωνική Πολιτική - Διαχείριση Κοινωνικών Προγραμμάτων, II. Κοινωνική Εργασία με Παιδιά και Οικογένειες. (<http://www.socadm.duth.gr>). Η κατεύθυνση «Κοινωνική Πολιτική - Διαχείριση Κοινωνικών Προγραμμάτων» παρέχει εξειδικευμένες γνώσεις στη διαχείριση κοινωνικών προγραμμάτων στη κοινωνική πολιτική (κοινωνική ασφάλεια, υγεία, κοινωνική φροντίδα κ.ά.) με ειδικότερο στόχο τη προαγωγή και σύνθεση γνώσεων από τα πεδία της κοινωνικής πολιτικής και διοίκησης, του δημόσιου και ιδιωτικού management, της ανάλυσης των οργανισμών και της οικονομικής επιστήμης με σκοπό την καλλιέργεια εξειδικευμένης θεωρητικής και εφαρμοσμένης γνώσης σχετικά με την ανάπτυξη και διαχείριση κοινωνικών προγραμμάτων. Απώτερος σκοπός είναι η εξειδίκευση του νέου επιστημονικού δυναμικού στον κρίσιμο τομέα της άσκησης κοινωνικής πολιτικής. Έμφαση δίνεται στη ενίσχυση της κριτικής ικανότητας και της ευελιξίας των κοινωνικών λειτουργών και την εμβάθυνση σε τεχνικές κλινικής πρακτικής για πρόληψη, πρόωπη παρέμβαση και παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης. Η κατεύθυνση αυτή αποσκοπεί στην εξειδίκευση νέου επιστημονικού δυναμικού για τη στελέχωση των κοινωνικών υπηρεσιών και των φορέων κοινωνικής – κοινοτικής ανάπτυξης.

Σε όλες τις παραπάνω μορφές και πρακτικές επιμόρφωσης και εξειδίκευσης προσθέτονται φυσικά και τα προγράμματα επιμόρφωσης (συνέδρια, ημερίδες, επιδοτούμενα προγράμματα, κ.α.) που οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να παρακολουθούν για τη συνεχή επιμόρφωσή τους.



Τέλος, όπως στις περιπτώσεις των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους, το πρόγραμμα ECV Leonardo ή Elderly Care Vocational Training System (<http://ecv.tringos.eu/>, www.ecvleonardo.com) που αναπτύχθηκε σε πανευρωπαϊκό επίπεδο και περιλάμβανε το Σύστημα Επαγγελματικής Κατάρτισης στη Φροντίδα και Αποκατάστασης Ηλικιωμένων (Elderly Care Vocations - ECV), περιλάμβανε στα πλαίσια της επιμόρφωσης των κοινωνικών λειτουργών:

- Τον Οδηγό Κοινωνικών Σχέσεων Φροντίδας Ηλικιωμένων, που στόχευε στην καθιέρωση κατάλληλων στρατηγικών απασχόλησης καθώς και πρακτικών που είναι απαραίτητες για τη διατήρηση ομαλών εργασιακών σχέσεων στο πλαίσιο της άσκησης αυτού του ευαίσθητου λειτουργήματος. Τα προϊόντα αυτά συνιστούσαν το αποτέλεσμα της κοινής προσπάθειας των εταίρων του έργου “ECV – Leonardo do Vinci” CY/04/B/F/PP-167402 που επιδοτήθηκε από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή και προωθήθηκε από την ανάδοχο εταιρεία Trisys Ltd σε συντονισμό με τους ενεργά συμμετέχοντες εταίρους.
- Λογισμικό Αυτοκατάρτισης στη Φροντίδα Ηλικιωμένων. Σύνθετο ηλεκτρονικό σύστημα αυτοκατάρτισης για την ανάπτυξη δεξιοτήτων επαγγελματικής φροντίδας ηλικιωμένων. Το σύστημα προσέφερε:
 - Διαδραστική προβολή οδηγιών κειμένων.
 - Οπτικοακουστική επίδειξη εργονομικών διαδικασιών.
 - Ασκήσεις αυτό-διάγνωσης γνώσεων σε όλα τα επίπεδα.
 - Εξέταση Πιστοποίησης Γνώσεων στη φροντίδα ηλικιωμένων.
 - Εγχειρίδιο σε ηλεκτρονική μορφή με δυνατότητα εκτύπωσης.
 - Οδηγός Κοινωνικών Σχέσεων σε ηλεκτρονική μορφή με δυνατότητα εκτύπωσης.

6.3.2 Ξενοδοχειακή υποδομή – Παροχές φροντίδας.

Από τα κύρια ευρήματα της μελέτης αναδείχθηκε η έλλειψη βασικών λειτουργικών αναγκών του Κ.Η.Φ.Η. όπως η έλλειψη θέρμανσης, φυσιοθεραπευτή, μεταφορών κλπ. Ωστόσο όπως επισημάνθηκε ο δήμος Μαλεβιζίου, παρά τις δύσκολες οικονομικές συνθήκες της εποχής για τη χώρα μας, προχώρησε στο σχεδιασμό και στην εφαρμογή μελέτης συγκρότησης νέου κτιρίου, με τις κατάλληλες υποδομές για τους ηλικιωμένους. Οφείλει ωστόσο, ο σχεδιασμός αυτός να περιλαμβάνει τις απαραίτητες λειτουργικές υποδομές για κατασκευή ράμπας εισόδου στο κτίριο,

κατάλληλο όχημα μεταφοράς των ηλικιωμένων με αντίστοιχο οδηγό, έναρξη λειτουργίας χώρου φυσιοθεραπειών με κατάλληλα όργανα και φυσικά φυσιοθεραπευτή ή και εργοθεραπευτή. Ωστόσο, η παρουσία τουλάχιστον περιοδικά και σύμφωνα με το οργανόγραμμα λειτουργίας των Κ.Η.Φ.Η. των κατάλληλων ειδικοτήτων (περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, ψυχολόγος, κλπ) θα αποτελεί την καλύτερη ένδειξη για επέκταση του έργου φροντίδας που ήδη προσφέρει σε περισσότερους ηλικιωμένους συμπολίτες μας.

6.4 Περιορισμοί της έρευνας & ερευνητικές προτάσεις.

Ο σχεδιασμός και η πραγματοποίηση της μελέτης αφορούσε αποκλειστικά τους ηλικιωμένους του ΚΗΦΗ Μαλεβιζίου. Η εκτίμηση των τρεχουσών αναγκών τους δεν



μπορεί να αποτελεί σαφή ερμηνεία της λειτουργικότητας του Κέντρου καθώς είναι γνωστό από την επιστημονική έρευνα ότι οι αιτιακές σχέσεις μπορούν να διαμορφωθούν με την παρατήρηση σε βάθος χρόνου. Επιπλέον σε αυτό το σημείο είναι απαραίτητη και η σύγκριση με άλλες ομάδες ηλικιωμένων σε ανάλογες ή παρεμφερείς μονάδες φροντίδας ώστε να προκύψουν διαφορές που ενδεχομένως διαμορφώνει

η μορφή φροντίδας και όχι τόσο η επιβάρυνση της υγείας, τα συμπτώματα, νοσήματα ή άλλα χαρακτηριστικά τους.

Η αξιολόγηση αναγκών σύμφωνα με τον Timmreck (1995) περιλαμβάνει διάφορα βήματα, που περικλείουν δράσεις όπως:

- ✓ Προσδιορισμός της κοινωνικής ομάδας που θα υποβληθεί σε αξιολόγηση.
- ✓ Προσδιορισμός των απαιτούμενων πληροφοριών.
- ✓ Επιλογή της (ή των) μεθόδου συλλογής δεδομένων.
- ✓ Διαμόρφωση ερωτηματολογίου ή ερωτήσεις συνεντεύξεων.
- ✓ Διαμόρφωση διαδικασίας συλλογής στοιχείων.
- ✓ Εκπαίδευση των ατόμων που θα συλλέξουν τις πληροφορίες.
- ✓ Ορισμός αντιπροσωπευτικής κοινωνικής ομάδας μελέτης (δείγμα).
- ✓ Πραγματοποίηση αξιολόγησης αναγκών.
- ✓ Διαμόρφωση στοιχείων σε πίνακες ανάλυσης δεδομένων και ανάλυση τους.
- ✓ Εντοπισμός αναγκών.
- ✓ Ανάπτυξη Προγράμματος δράσης.

Με βάση λοιπόν τις διαδικασίες αυτές και τις οποίες πιστεύουμε ότι τηρήθηκαν στην παρούσα εργασία, η τελευταία δράση αποτελεί μια επιπλέον ενδεχόμενη προσπάθεια αξιολόγησης αναγκών και αφορά την ανάπτυξη προγράμματος δράσης για την αντιμετώπιση τους, που κοινώς καλείται Παρέμβαση. Η Παρέμβαση αυτή μπορεί να περιλαμβάνει τα στάδια είτε της εκπαίδευσης των ηλικιωμένων είτε την κάλυψη των βασικών αναγκών που ανέφεραν όπως π.χ. εξοπλισμός και παροχή φυσιοθεραπείας και η σύγκριση με άλλες μονάδες φροντίδας που δεν διαθέτουν ανάλογες δράσεις.

Γενικότερα στην παρούσα μελέτη, παρά το γεγονός ότι έγιναν προσπάθειες μείωσης της μεροληψίας που διαμορφώνεται από τη συλλογή αυτοαναφερόμενων στοιχείων, σημαντικότερο μειονέκτημα και πηγή μεροληψίας αποτελεί το πολύ μικρό μέγεθος δείγματος σε σχέση με το εύρος των στοιχείων που αναζητήθηκαν. Η διαμόρφωση στην περίπτωση αυτή του ερωτηματολογίου που περιέχει στοιχεία από πολλά διαφορετικά πεδία της βιβλιογραφίας, με κλίμακες και διαβαθμίσεις απαντήσεων, θα ήταν περισσότερο στοχοποιημένη αν για κάθε θεματικό πεδίο χρησιμοποιούνταν αυτούσια ερευνητικά εργαλεία (π.χ. μέτρησης της ποιότητας ζωής – QOL με το SF-36, μέτρηση της εξάρτησης των δραστηριοτήτων της καθημερινής ζωής – Katz Index, μέτρηση άγχους και κατάθλιψης – Zung Anxiety/Depression Inventory, μέτρηση της ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα στα Κέντρα, εκτίμηση αναγκών ηλικιωμένων - The Camberwell Assessment of Need for the Elderly / CANE). Τονίζεται ακόμη ότι παράλειψη της μελέτης αποτέλεσε η καταγραφή της χρονικής διάρκειας παραμονής που έχουν οι ηλικιωμένοι στο ΚΗΦΗ, και που ενδεχομένως σχετίζεται σε ένα βαθμό με την φροντίδα και ικανοποίησή τους.

Η γενικευσιμότητα κατά συνέπεια των συμπερασμάτων δεν καθορίζεται μονάχα από την πλήρη αποδοχή και συμμετοχή όλων των ηλικιωμένων στη μελέτη ή την προσεκτική και αμερόληπτη καταγραφή ή ανάλυση των πληροφοριών, αλλά είναι φανερό πως όλοι οι παραπάνω λόγοι αποτελούν τη βάση για επιβεβαίωση όλων των συμπερασμάτων που διατυπώθηκαν στην παρούσα εργασία.

6.5 Γενική σύνοψη εργασίας.

Η γενική διαπίστωση από την παρούσα εργασία σε ηλικιωμένους που φιλοξενούνται στο Κ.Η.Φ.Η. αφορά την ύπαρξη σημαντικών αναγκών που αφορούν περισσότερο τη μοναξιά και την αντιμετώπιση κινητικών προβλημάτων μέσω φυσιοθεραπειών αλλά την ικανοποίησή τους όμως από τις μορφές φροντίδας του Κέντρου καθώς

αναφέρεται ως πολύ υψηλή τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για τους συνοδούς/φροντιστές τους.

Βιβλιογραφία

α) Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αμηρά Α, Γεωργιάδη, Τεπέρογλου (1986). Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα, Υπουργείο Υγείας-Κοινωνική Αλληλεγγύης και Κοινωνικών Ασφαλίσεων-ΕΚΚΕ, Αθήνα.
- Βέλλιου Φ, Γαστεράτου Μ & Σχοιναράκη Ε (2011). Προβλήματα από τη χορήγηση φαρμάκων στην τρίτη ηλικία. Πτυχιακή εργασία, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας & Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο
- Victor C (2011). Δημογραφικά και επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της γήρανσης. Κεφάλαιο Δεύτερο. Στο: Redfern S., Ross F., Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. Μετάφραση Ραφτόπουλος Β. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα
- Γρηγοριάδου Α, Πηγαδάς Α, Δαρδαβέσης Θ, Κουτσογιαννόπουλος Β (1991). Ωρίμανση και γήρανση του ελληνικού πληθυσμού. Ελληνική Ιατρική, 57 (2):126-132
- Δαρδαβέσης Θ (1993). Ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των Ελλήνων υπερηλίκων. Ιατρικό Βήμα, 30:53-57
- Δαρδαβέσης Θ (1999). Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας. Στο: Κωσταρίδου-Ευκλείδη Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Δρεττάκης Μ (2010). Ελλάδα: Η ταχύτερα γηράσκουσα χώρα ανάμεσα στα παλαιά κράτη - μέλη της Ε.Ε. Εφημερίδα Αυγή (Φύλλο δημοσίευσης 4/7/2010). Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://www.avgi.gr/ArticleActionshow.action?articleID=553515>
- Ζαϊμάκης Γ & Κανδυλάκη Α (2005). Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς κοινωνικές ομάδες και πολυπολιτισμικές κοινότητες, Αθήνα: Κριτική.
- Ignatavicius D (2003). Φροντίδα υγείας των ηλικιωμένων. Κεφάλαιο 5ο. Στο: Ignatavicius D & Workman L (2008) Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. 5η Έκδοση. Μετάφραση Βασιλειάδου Α, Αθήνα
- Johnson P (2008). Ιστορικές προσεγγίσεις για τα γηρατεία και τη γήρανση. Στο: Johnson P, Thane P. Τα γηρατεία από τη αρχαιότητα έως τη μετανεωτερικότητα. Μετάφραση Κωνσταντινέα Σ. Εκδόσεις Πολύτροπον. Αθήνα σελ 18

- Καραγεώργος Δ (2002). Μεθοδολογία έρευνας στις επιστήμες της αγωγής. Εκδόσεις Σαβάλας. Αθήνα.
- Κοτζαμάνης Β (1993). Δημογραφική γήρανση στη μεταπολεμική Ελλάδα. Έκδοση Σ.Κ.Λ.Ε. Αθήνα, Κοινωνική Εργασία, 32:226
- Μπένος Β (1991). Μέθοδοι και τεχνικές δειγματοληψίας. Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα
- Νόμος 3106/2003 με τίτλο «Αναδιοργάνωση του Εθνικού συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 30 10/2/2003)
- Παναγιωτάκης Γ (2008). Εκπαιδευτικές ανάγκες στην τρίτη ηλικία. Τάσεις, προοπτικές και διερεύνηση των εκπαιδευτικών αναγκών του Δήμου Κρουσώνα. Εκδόσεις Ιδίου, Ηράκλειο
- Πανέρα Ε (1999). Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων. Στο: Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α. Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα
- Parkin T (2008). Τα γηρατειά στην αρχαιότητα: Κοινωνική θέση και συμμετοχή. Στο: Johnson P, Thane P. Τα γηρατειά από τη αρχαιότητα έως τη μετανεωτερικότητα. Μετάφραση Κωνσταντίνου Σ. Εκδόσεις Πολύτροπον. Αθήνα σελ 40
- 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 (2003). Γεροντολογική Νοσηλευτική. 5η έκδοση, Εκδόσεις Ιδίας. Αθήνα.
- Πλοτνικόφ Κ (2009). Συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας για τις εκπαιδευτικές ανάγκες των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στη φροντίδα ηλικιωμένων. Μεταπτυχιακή εργασία, Πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών "Δημόσια Υγεία & Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας", Πανεπιστήμιο Κρήτης, Σχολή Επιστημών Υγείας.
- Πουλοπούλου - Εμκε Η (1999). Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Παρελθόν, παρόν και μέλλον. Εκδόσεις Έλλην σελ 183-185.
- Portnoi VA (1980). What is geriatrician? Journal of the American Medical Association, 243, 123-235.
- Σαχίνη Καρδάση Α & Πάνου Μ (2004). Παθολογική και χειρουργική νοσηλευτική. 3ος τόμος Εκδόσεις Βήτα. Αθήνα σελ 482-494.
- Σταθόπουλος Π (1999). Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.

- Σταθόπουλος Π (2000): Κοινωνική Εργασία-Διαδικασίες, μέθοδοι, τεχνικές παρέμβασης, Αθήνα: Παπαζήση.
- Στυλιανοπούλου Χ, Κουλιεράκης Γ, Καραγιάννη Β, Μπαμπάτσικου Φ, Κούτης Χ (2010). Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών κέντρων ανοικτής προστασίας ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Το βήμα του Ασκληπιού. 9 (4):490-504
- Τζωρτζόπουλος Π (1991). Οργάνωση και διεξαγωγή δειγματοληπτικών ερευνών. Αθήνα, σελ.49-72.
- Υπουργική απόφαση Π1γ/ ΑΓΠ/οικ.14963 (2001). Θέμα: "Προϋποθέσεις ίδρυσης και λειτουργίας Κέντρων Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η) από Δημοτικές Επιχειρήσεις του άρθρου 277 και επόμενα του Δημοτικού και Κοινοτικού Κώδικα (Δ.Κ.Κ.), Διαδημοτικές Επιχειρήσεις και Ενώσεις Δημοτικών Επιχειρήσεων και φορείς ιδιωτικού δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα". γενική διεύθυνση πρόνοιας του υπουργείου Υγείας και πρόνοιας, Αθήνα 9-10-2001.
- Χανιώτης ΦΙ (1998). Εγχειρίδιο γηριατρικής. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσα, Αθήνα.
- Χουσιάδας Λ (1999). Γήρανση: Πραγματικότητα και προβληματισμός. Συγκριτικά στοιχεία για την Ελλάδα και τις Ευρωπαϊκές χώρες. Στο: Κωσταρίδου - Ευκλείδη Α. Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Herbert R (2011). Η βιολογία της ανθρώπινης γήρανσης. Κεφάλαιο 5ο. Στο: Redfern S., Ross F., Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. Μετάφραση Ραφτόπουλος Β. Ιατρικές εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

β) Διεθνής Βιβλιογραφία

- Akamine D, Filho MK, Peres CM (2007). Drug-nutrient interactions in elderly people. Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 10 (3):304-10
- Baumgarten M, Lebel P, Laprise H, Leclerc C, Quinn C (2002). Adult day care for the frail elderly: Outcomes, satisfaction, and cost. Journal of Aging and Health, 14(2), 237-259
- Bengston V, Silverstein M, Putney N, Gans D (2009). Handbook of theories of Aging. 2nd edition. Springer Publishing Company, New York
- Boulton C, Kane RL, Louis TA, Boulton L, McCaffrey D (1994). Chronic conditions that lead to functional limitation in the elderly. J Gerontol, 49(1):M28-36

- Chen YF, Dewey ME, Avery AJ; Analysis Group of The MRCCFA Study (2001). The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS). Self-reported medication use for older people in England and Wales. *J Clin Pharm Ther*, 26(2):129-40
- Cohen L & Manion L (1994). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο
- Cross PK (1981). *Adults as Learners: Increasing Participation and Facilitating Learning*, Σαν Φρανσίσκο: Jossey-Bass.
- Dabelko H & Zimmerman J (2008). Outcomes of Adult Day Services for Participants: A Conceptual Model. *Journal of Applied Gerontology*, 27(1): 2008 78-92
- Del Duca GF, Silva MC, Hallal PC (2009). Disability relating to basic and instrumental activities of daily living among elderly subjects. *Rev Saude Publica*, 43(5):796-805
- DePalma JA (2003). Positive Outcomes and Adult Day Care. *Home Health Care Management & Practice*, 15(4): 342-343
- Dimond M, Lund DA, Caserta MS (1987). The role of social support in the first two years of bereavement in an elderly sample. *Gerontologist*. 27 (5):599-604.
- Fahey T, Montgomery AA, Barnes J, Protheroe J (2003). Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. *BMJ*;326 (7389):580
- Gutman GM, Milstein S, Killam J, Lewis D, Hollander MJ (1993). Adult Day Care centres in British Columbia: models, characteristics and services. *Health Rep*, 5(2):189-207
- Haider SI, Johnell K, Thorslund M, Fastbom J (2008). Analysis of the association between polypharmacy and socioeconomic position among elderly aged > or =77 years in Sweden. *Clin Ther*, 30(2):419-27
- Hogan DB & Kwan M (2006). Patient sheet: tips for avoiding problems with polypharmacy. *CMAJ*, 175:876.
- Iecovich E & Biderman A (2012). Attendance in adult day care centers and its relation to loneliness among frail older adults. *Int Psychogeriatr*, 24(3):439-48
- Kemper P & Murtaugh CM (1991). Lifetime use of nursing home care. *N Engl J Med*; 324 (9):595-600

- Lai D & Thomson C (2011). The Impact of Perceived Adequacy of Social Support on Caregiving Burden of Family Caregivers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(1): 99-106, DOI: 10.1606/1044-3894.4063
- Schmitt EM, Sands LP, Weiss S, Dowling G, Covinsky K (2010). Adult day health center participation and health-related quality of life. *Gerontologist*, 50(4):531-40
- Spencer M (1985). Nursing role in gerontology. In Jarvis L. *Community health nursing: Keeping the public healthy*. 2nd edition. FA Davis Company, Philadelphia
- Sundstrom G, Fransson, E, Malmberg B & Davey A (2009). Loneliness among older Europeans. *European Journal of Ageing*, 6, 267–275
- Timmreck TC (1995). *Planning, Program Development, and Evaluation*. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. Ετεροαναφορά στις σελίδες 101-107 των Nies M & McEwen M (2001). Κοινωνική Νοσηλευτική. Προάγοντας την Υγεία των Πληθυσμών. Τόμος Ι, 3^η έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος, Αθήνα
- Uesugui H, Fagundes D, Pinho D (2011). Profile and degree of dependency of the elderly and overload of their caregivers. *Acta paul. Enferm*, 24(5), <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000500015>
- Vickery CE, Camasso AE, Cotugna N (1993). Nutrition screening practices in adult day care centers: a national survey. *J Nutr Elder*, 12(4):43-53
- Wang L, van Belle G, Kukull WB, Larson EB (2002). Predictors of functional change: a longitudinal study of nondemented people aged 65 and older. *J Am Geriatr Soc.*, 50(9):1525-34
- Woo J, Ho SC, Yu LM, Lau J, Yuen YK (1998). Impact of chronic diseases on functional limitations in elderly Chinese aged 70 years and over: a cross-sectional and longitudinal survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998, 53(2):M102-6
- Zarit SH, Stephens MA, Townsend A, Greene R (1998). Stress reduction for family caregivers: effects of adult day care use. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 53(5):S267-77
- Zarit SH, Kim K, Femia EE, Almeida DM, Savla J, Molenaar PC (2011). Effects of adult day care on daily stress of caregivers: a within-person approach. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 66(5):538-46

γ) Πηγές από το διαδίκτυο με ημερομηνία

- Βικιπαίδεια (2012). Λέξη "Εργοθεραπευτής". Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <http://el.wikipedia.org/wiki/%CE%95%CF%81%CE%B3%CE%BF%CE%B8%CE%B5%CF%81%CE%B1%CF%80%CE%B5%CF%85%CF%84%CE%AE%CF%82>. Προσπελάστηκε 27/04/2012.
- Δημητράσκου Θ. Κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://e-psychology.gr/grief-depression/506-katathlipsi-stin-triti-ilikia>. Προσπελάστηκε 27/04/2012
- Διαύγεια - Υπουργική απόφαση ΒΟΧΒΘ-ΦΦΙ (2012). Έγκριση Σκοπιμότητας ανέγερσης κτιρίου για τη λειτουργία Κέντρου Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) στο Δήμο Μαλεβιζίου Νομού Ηρακλείου Κρήτης. Α.π.:Π1γ/οικ.9468, Αθήνα, 25.1. 2012, Προσπελάστηκε στο <http://et.diavgeia.gov.gr/f/yyka/ada/%CE%92%CE%9F%CE%A77%CE%98-%CE%96%CE%9C%CE%A9>. Προσπελάστηκε στις 12/2/2012.
- Ελληνική Στατιστική Αρχή. *Προβολές Πληθυσμού της Ελλάδας*. Αθήνα, ΕΛ.ΣΤΑΤ., www.statistics.gr. Προσπελάστηκε στις 20/6/2011.
- Ελληνικό Ινστιτούτο Διατροφής, Διατροφή στην Τρίτη Ηλικία, ΓΙΑΤΙ ΔΕΝ ΑΡΚΕΙ ΜΟΝΟ ΤΟ ΖΕΙΝ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΤΟ ΕΥ ΖΕΙΝ, <http://www.eid.org.gr/Content.php?PageId=117>. Προσπελάστηκε στις 2/3/2012.
- ΚΗΦΗ «Η ΤΡΙΚΚΗ», <http://www.deka-trikala.gr/node/800>. Προσπελάστηκε στις 2/3/2012.
- Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Ομάδα διοίκησης έργου για την προετοιμασία & παρακολούθηση προγραμμάτων που αφορούν την οικογένεια & το παιδί, τους ηλικιωμένους, άτομα με αναπηρία & τις ευπαθείς ομάδες. Σχέδιο περιγραφής της δράσης κα οδηγίες για την κατάρτιση εσωτερικού κανονισμού λειτουργίας: Κέντρο ημερήσιας φροντίδας ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) στο πλαίσιο των περιφερειακών προγραμμάτων του Γ ΚΠΣ. www.thessalia.gr/PEP/uploads/legislations/ekl_kifi.doc. Προσπελάστηκε στις 20/6/2011.

Παράρτημα

A – Ερωτηματολόγιο

ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Ερωτηματολόγιο Ηλικιωμένων & Συνοδών/Φροντιστών τους

Καταγραφή αναγκών ηλικιωμένων που νοσηλεύονται στο Κέντρο Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (ΚΗΦΗ) δήμου Μαλεβιζίου. Τάσεις και προοπτικές του θεσμού.

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε ηλικιωμένους και στους συνοδούς τους και προσπαθεί να καταγράψει τις σημαντικότερες ανάγκες τους και την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα σε αυτό το χώρο. Η εργασία γίνεται στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας στο ΤΕΙ Κρήτης. Όλα τα στοιχεία που θα μας δώσετε θα είναι εμπιστευτικά και ανώνυμα. Καμία πληροφορία από αυτά που θα αναφερθούν δεν θα δοθεί σε προσωπικό που εργάζεται σε αυτόν το χώρο. Θα είναι μόνο σε γνώση των ερευνητών και του επιβλέποντα καθηγητή από το ΤΕΙ. Τα αποτελέσματα, εάν χρειαστεί θα ανακοινωθούν συλλογικά μετά την επεξεργασία τους και θα είναι ανώνυμα. Η ειλικρινής απάντηση στις ερωτήσεις θα βοηθήσει στην καλύτερη αξιολόγηση των προβλημάτων σας και στη συστηματική προσπάθεια να βρεθεί λύση που σας ικανοποιεί.

Ο χρόνος που απαιτείται είναι περίπου 15 λεπτά. Είμαστε στη διάθεση σας να σας λύσουμε κάθε απορία που μπορεί να έχετε.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Κωδικός ηλικιωμένου

Ερευνήτριες: Μαρία Μπαλοθάρη
Αμαλία Σταυριανάκη
Αθηνά Τουμπουλίδου

A ΜΕΡΟΣ

1. Φύλο:
 Άνδρας Γυναίκα
2. Ηλικία:
3. Βάρος: κιλά
4. Οικογενειακή Κατάσταση:
 Έγγαμος/μη Άγαμος/μη Χήρος/ρα Διαζευγμένος/νη
5. Επίπεδο εκπαίδευσης:
 Δεν πήγα Δημοτικό Δημοτικό Γυμνάσιο/Λύκειο
 ΑΕΙ/ΤΕΙ Άλλο.....
6. Τόπος καταγωγής:
 Ελλάδα Αλβανία Άλλο.....
7. Επίπεδο γνώσεων (έως):
 Δημοτικό Γυμνάσιο Λύκειο
 Απόφοιτος ΤΕΙ -ΑΕΙ Άλλο (παρακαλώ δηλώστε).....
8. Επάγγελμα (πριν πάρετε τη σύνταξη σας)
 Αγρότης
 Δημ. Υπάλληλος
 Ιδιωτ. Υπάλληλος
 Ελεuth. Επαγγελματίας

- Οικιακά
- άλλο.....

9. Μένετε:

- A) Νομός
- Ηρακλείου
- Ρεθύμνου
- Χανίων
- Λασιθίου
- Εκτός Κρήτης

- B) Περιοχή (σε)
- Πόλη
- Χωριό

10. Πόσα περίπου χιλιόμετρα συνολικά είναι η απόσταση από το σπίτι σας έως το κέντρο φροντίδας;
Σε χιλιόμετρα.....

11. Ασφαλιστική κάλυψη

- ΟΓΑ
- ΙΚΑ
- Δημόσιο
- ΤΕΒΕ
- ΤΣΑΥ
- Άλλο
- Μόνο ιδιωτική ασφ

12. Έχετε παιδιά;

- Όχι
 - Ναι
- Εάν ΝΑΙ πόσα; 1 2 3 περισσότερο από 3

13. Συνθήκες διαβίωσης

- Κοντά στα παιδιά σας
- Ζείτε μόνος/η
- Με το/τη σύζυγο
- Με τα παιδιά
- Με το σύζυγο και τα παιδιά
- Με μια κυρία που πληρώνεται με το μήνα και φροντίζει στο σπίτι
- Άλλο.....

14. Μέσο μηνιαίο εισόδημα (από όλες τις πηγές που μπορεί να έχετε)

- Έως 500€
- 501-750€
- 751-1000€
- 1001-1250€
- περισσότερο από 1250€

B ΜΕΡΟΣ

1. Μέσος όρος επισκέψεων σε ιδιώτη γιατρό το τελευταίο εξάμηνο:.....

2. Μέσος όρος επισκέψεων σε νοσοκομειακό γιατρό το τελευταίο εξάμηνο.....

3. Μέσος όρος νοσηλειών στο νοσοκομείο το τελευταίο εξάμηνο.....

4. Αριθμός ημερών που το τελευταίο μήνα κατά τη διάρκεια της ημέρας το περάσατε στο κρεβάτι.....

5. Αναφέρατε τα χρόνια νοσήματα από τα οποία πάσχετε (π.χ. σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, αρθριτικά, οστεοπόρωση, στεφανιαία νόσος κλπ)

.....

.....

6. Αναφέρατε τα συμπτώματα που έχετε τη στιγμή της συνέντευξης

.....

.....

7. Σύνολο διαφορετικών φαρμάκων που λαμβάνουν την ημέρα της συνέντευξης

Κανένα 1 2 3 4 5 περισσότερα από 5

8. Παρακαλώ βαθμολογείστε υπογραμμίζοντας πόσο σημαντικά/ενοχλητικά είναι για εσάς και θα θέλατε να αντιμετωπιστούν τα παρακάτω προβλήματα/ανάγκες (στη τελευταία εβδομάδα):

A. Ένταση του πόνου

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

B. Κινητικά προβλήματα

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

Γ. Προβλήματα όρασης

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

Δ. Πρόβλημα στο να κοιμηθείτε

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

E. Προβλήματα ακοής

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΣΤ. Ανορεξία

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

Z. Αδυναμία να ετοιμάσετε φαγητό στο σπίτι

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

H. Μεγάλη δυσκολία να σηκωθείτε για να πάτε τουαλέτα

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

Θ. Δυσκολία να θυμηθείτε πότε να πάρετε τα φάρμακα σας

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

I. Προβλήματα ασφάλειας στο σπίτι σας

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΙΑ. Προβλήματα σωστής επικοινωνίας με την οικογένεια σας

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΙΒ. Προβλήματα να σας καταλαβαίνουν οι άλλοι περισσότερο

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΙΓ. Προβλήματα αυτοεξυπηρέτησης γενικότερα στο σπίτι

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΙΔ. Προβλήματα συγκράτησης αντικειμένων με τα χέρια σας

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΙΕ. Προβλήματα μοναξιάς

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

ΙΣΤ. Προβλήματα έντονης κούρασης

Καθόλου σημαντικό Λίγο σημαντικό Μέτρια σημαντικό Πολύ σημαντικό Απόλυτα απαραίτητο

9. Πως εκτιμάτε τη σωματική σας υγεία τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

Καθόλου καλή Λίγο καλή Μέτρια Πολύ καλή Άριστη

10. Πως εκτιμάτε συνολικά την ποιότητα ζωής σας τις τελευταίες 2 εβδομάδες;

Καθόλου καλή Λίγο καλή Μέτρια Πολύ καλή Άριστη

11. Ποια ή ποιες είναι οι σημαντικότερες ανάγκες σας την παρούσα στιγμή. Αναφέρατε τις δυο σημαντικότερες από αυτές.

.....
.....
12. Θα θέλατε να εκπαιδευτείτε περισσότερο:

α) για κανόνες/τρόπους που θα σας βοηθούν να λαμβάνετε τα φάρμακα σας στην ώρα τους;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

β) για τις δράσεις και τις παρενέργειες που τα φάρμακα προκαλούν;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

γ) για τη σωστή διατροφή για την ηλικία και τα προβλήματα υγείας που έχετε;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

δ) για τον τρόπο διευθέτησης των χώρων και αντικειμένων στο σπίτι σας, έτσι ώστε να προλαμβάνετε πιθανά ατυχήματα;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

ε) για αγορές αγαθών/υπηρεσιών μέσω διαδικτύου π.χ. τραπεζικές συναλλαγές, ηλεκτρονικό εμπόριο;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

στ) για προγράμματα γυμναστικής που βελτιώνουν την οστεοπόρωση και άλλα μυοσκελετικά προβλήματα που μπορεί να έχετε;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

ζ) για τον τρόπο χρήσης μικρών ιατρικών συσκευών (πιεσόμετρο, ηλεκτρονικό πιεσόμετρο, μηχανήμα ζαχάρου, συσκευές χορήγησης οξυγόνου κλπ);

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

η) για τη συχνότητα, τη χρησιμότητα και το είδος των προληπτικών εξετάσεων που πρέπει να κάνετε σε συστηματική βάση π.χ. οδοντιατρική εκτίμηση, γενική και βιοχημική εξέταση, έλεγχος προστάτη για τους άνδρες και έσω γεννητικών οργάνων για τις γυναίκες;

Όχι Λίγο Πολύ Πάρα πολύ Υποχρεωτικά Ναι

13. Πόσο ικανοποιημένοι είστε στο ΚΗΦΗ από την:

	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Πολύ	Άριστα
Ιατρική φροντίδα					
Νοσηλευτική φροντίδα					
Φροντίδα άλλων φροντιστών					
Ψυχολογική υποστήριξη					
Ξενοδοχειακή υποδομή					

14. Ποιο ή ποια από τα παρακάτω θεωρείται ότι χρειάζεται βελτίωση;

(Μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)

- Καλύτερη πληροφόρηση για την κατάσταση μου
- Καλύτερη ενημέρωση για τα φάρμακα που λαμβάνω
- Καλύτερη καθαριότητα του χώρου
- Καλύτερη συμπεριφορά του προσωπικού
- Καλύτερο φαγητό
- Καλύτερη ενημέρωση της οικογένειάς μου
- Λιγότερος θόρυβος κατά την παραμονή μου
- Περισσότερος χρόνος διαθέσιμος του προσωπικού προς τους ασθενείς
- Καλύτερη επιδεξιότητα κατά τη νοσηλεία που μου κάνουν

15. Τι άλλο που δεν αναφέρθηκε παραπάνω νομίζετε ότι θέλει βελτίωση:

.....
.....
.....

16. Τι άλλο θα θέλατε να υπάρχει στο χώρο που είστε και δε υπάρχει καθόλου:

.....
.....

Ερώτηση προς φροντιστές/συνοδούς

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του κέντρου φροντίδας ηλικιωμένων;
(Βαθμολογείστε/κυκλώστε την απάντηση που σας ικανοποιεί -- από 1=καθόλου ικανοποιημένος/η έως 10=αριστα ικανοποιημένος/η)

1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

2. Τι πιστεύετε ότι θα μπορούσε να βελτιωθεί στο κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων από τη συνολική φροντίδα που παρέχουν στον ηλικιωμένο ασθενή;

.....
.....

3. Ποια κατά τη γνώμη σας είναι η μεγαλύτερη εκπαιδευτική ανάγκη που έχει ο ηλικιωμένος την παρούσα χρονική περίοδο, ώστε να προσαρμόζεται καλύτερα στις απαιτήσεις της καθημερινότητας στο σπίτι του;

.....
.....

4. Ποια κατά τη γνώμη σας είναι τα δυο σημαντικότερα πλεονεκτήματα που παρέχει το κέντρο φροντίδας ηλικιωμένων στον ηλικιωμένο;

.....
.....

Σας ευχαριστούμε για
το χρόνο σας

B - Έγκριση εκπόνησης πτυχιακής εργασίας