

Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα άνω των 65 ετών με ανεξάρτητη διαβίωση. Μελέτη σε χρήστες των Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου».



**Συντάκτες Εργασίας: Γιουβανάκης Γεώργιος
Σαχπάζογλου Αθηνά**

Υπεύθυνη Καθηγήτρια: Κουκούλη Σοφία

Ηράκλειο
Απρίλιος 2007

Αφιερωμένη,

*στη μνήμη του Παναγιώτη Γιουβανάκη
και σε όλους όσους συμμετείχαν
στην συγκεκριμένη εργασία..*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η διεκπεραίωση της πτυχιακής εργασίας, θα ήταν δύσκολη χωρίς την συμβολή κάποιων ανθρώπων.

Γι' αυτό το λόγο θα θέλαμε, αρχικά, να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτριά μας *κα Κουκούλη Σοφία* όχι μόνο για την σωστή καθοδήγησή της, που μέσα από τις γνώσεις και την εμπειρία της, ήταν πολύτιμη, αλλά και για τη στήριξη που μας παρείχε όλο αυτό το διάστημα τόσο σε πρακτικό όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο.

Δεν θα μπορούσαμε να παραλείψουμε να ευχαριστήσουμε όλους εκείνους από το οικογενειακό και φιλικό μας περιβάλλον για την κατανόηση και την στήριξή τους καθ' όλη τη διάρκεια ενασχόλησης μας με την εργασία.

Τέλος, ευχαριστούμε ιδιαίτερα όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνά μας, όχι μόνο για την σημαντικότερη βοήθεια τους, αλλά και για το γεγονός ότι μοιράστηκαν μαζί μας τις εμπειρίες τους.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

| | Σελίδα |
|------------------------|---------------|
| Ευρετήριο πινάκων..... | 7 |
| ΕΙΣΑΓΩΓΗ..... | 10 |

Α΄ ΜΕΡΟΣ- ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

Κεφάλαιο 1^ο - Τρίτη Ηλικία

| | |
|---|----|
| 1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας..... | 13 |
| 1.2 Χαρακτηριστικά του γήρατος..... | 15 |
| 1.3 Φυσιολογικές μεταβολές με την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους..... | 16 |
| 1.4 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων..... | 20 |
| 1.5 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων..... | 21 |
| 1.6 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων..... | 23 |
| 1.7 Ιστορική αναδρομή της προστασίας του γήρατος..... | 24 |

Κεφάλαιο 2^ο - Ποιότητα ζωής και Τρίτη Ηλικία

| | |
|--|----|
| 2.1 Η έννοια «ποιότητα ζωής»..... | 27 |
| 2.2 Προσαρμογή και ποιότητα ζωής κατά το γήρας..... | 31 |
| 2.3 Υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής στα γηρατειά..... | 32 |
| 2.4 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής..... | 35 |

Κεφάλαιο 3^ο - Κοινωνική στήριξη στην Τρίτη Ηλικία

| | |
|---|----|
| 3.1 Ορισμός- είδη κοινωνικής στήριξης | 37 |
| 3.2 Δίκτυα κοινωνικής στήριξης: διαχρονική εξέλιξη, χαρακτηριστικά..... | 39 |

Κεφάλαιο 4^ο – Δίκτυα φροντίδας ηλικιωμένων

| | |
|--|----|
| 4.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας..... | 45 |
| 4.1.1 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του Δημόσιου τομέα..... | 46 |
| 4.1.1.1 Υπηρεσίες και προγράμματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας..... | 46 |

| | |
|---|----|
| 4.1.1.2 Υπηρεσίες και προγράμματα του Δημόσιου Συστήματος Κοινωνικής Φροντίδας..... | 48 |
| 4.1.2 Επίσημα δίκτυα φροντίδας του Ιδιωτικού μη-κερδοσκοπικού τομέα..... | 50 |
| 4.2 Ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας..... | 51 |
| 4.2.1 Δίκτυα άτυπης φροντίδας..... | 51 |
| 4.2.2 Φροντίδα των ηλικιωμένων από τα άτυπα δίκτυα και ιδιαίτερα από την οικογένεια..... | 53 |

Β΄ ΜΕΡΟΣ- ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

Κεφάλαιο 5^ο - Μεθοδολογία Έρευνας

| | |
|--|----|
| 5.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας..... | 58 |
| 5.2 Ερευνητικά ερωτήματα/ υποθέσεις εργασίας..... | 58 |
| 5.3 Το δείγμα..... | 59 |
| 5.4 Το ερευνητικό εργαλείο..... | 59 |
| 5.5 Διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων..... | 61 |
| 5.6 Στατιστική ανάλυση..... | 62 |

Κεφάλαιο 6^ο - Αποτελέσματα

| | |
|--|----|
| 6.1 Περιγραφικά στοιχεία του δείγματος | |
| 6.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά..... | 63 |
| 6.1.2 Κατάσταση υγείας..... | 64 |
| 6.1.3 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας..... | 64 |
| 6.1.4 Λειτουργικότητα..... | 65 |
| 6.1.5 Αντικειμενικοί δείκτες Κοινωνικής Στήριξης..... | 66 |
| 6.1.6 Υποκειμενικοί δείκτες Κοινωνικής Στήριξης..... | 67 |
| 6.1.7 Ικανοποίηση από τη Ζωή..... | 68 |
| 6.2 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής και παράγοντες που τις επηρεάζουν | |
| 6.2.1 Ανάγκες υγείας και υποκειμενική αντίληψη για την υγεία..... | 70 |
| 6.2.2 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και υγεία..... | 71 |
| 6.2.3 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και λειτουργικότητα..... | 72 |
| 6.2.4 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και ικανοποίηση από τη ζωή..... | 73 |
| 6.3 Κοινωνική στήριξη και ποιότητα ζωής | |
| 6.3.1 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και δείκτες κοινωνικής στήριξης..... | 74 |

| | |
|--|----|
| 6.3.2 Κοινωνική στήριξη και υγεία / λειτουργικότητα..... | 75 |
| 6.3.3 Κοινωνική στήριξη και ικανοποίηση από τη ζωή..... | 79 |

Κεφάλαιο 7^ο - Συζήτηση

| | |
|---------------|----|
| Συζήτηση..... | 82 |
|---------------|----|

| | |
|-------------------|----|
| Συμπεράσματα..... | 89 |
|-------------------|----|

| | |
|--------------------------|-----------|
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | 92 |
|--------------------------|-----------|

| | |
|-----------------------|-----------|
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ..... | 96 |
|-----------------------|-----------|

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΩΝ

| | Σελίδα |
|---|---------------|
| Πίνακας 1 Φύλο..... | 97 |
| Πίνακας 2 Ηλικία..... | 97 |
| Πίνακας 3 Οικογενειακή κατάσταση..... | 97 |
| Πίνακας 4 Εκπαίδευση..... | 97 |
| Πίνακας 5 Εργασία..... | 98 |
| Πίνακας 5.α. Επάγγελμα εκείνων που εργάζονται τώρα..... | 98 |
| Πίνακας 5.β. Τελευταίο επάγγελμα πριν τη σύνταξη..... | 98 |
| Πίνακας 6 Κατοικία..... | 98 |
| Πίνακας 7 Ύπαρξη παιδιών..... | 98 |
| Πίνακας 7.α. Αριθμός παιδιών..... | 99 |
| Πίνακας 7.β. Μένει τουλάχιστον ένα από τα παιδιά στο Ηράκλειο..... | 99 |
| Πίνακας 8 Υποκειμενική αντίληψη για της κατάστασης της υγείας..... | 99 |
| Πίνακας 9 Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας..... | 99 |
| Πίνακας 9.α. Χρόνιες Ασθένειες..... | 100 |
| Πίνακας 10 Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 100 |
| Πίνακας 10.α. Αριθμός επισκέψεων σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 100 |
| Πίνακας 11 Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 100 |
| Πίνακας 11.α. Φορές νοσηλείας σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 101 |
| Πίνακας 11.β. Αιτία νοσηλείας..... | 101 |
| Πίνακας 12 Λήψη φαρμάκων τις τελευταίες 2 εβδομάδες..... | 101 |
| Πίνακας 12.α. Συστηματική χρήση φαρμάκων..... | 101 |
| Πίνακας 12.β. Αριθμός διαφορετικών φαρμάκων ημερησίως..... | 102 |
| Πίνακας 13 Λειτουργικότητα..... | 65 |
| Πίνακας 14 Άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη..... | 102 |
| Πίνακας 15 Μορφές συμβίωσης..... | 102 |
| Πίνακας 16 Αριθμός οικογενειών στην γειτονιά με τις οποίες ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια..... | 102 |
| Πίνακας 17 Συχνότητα συναντήσεων με τα παιδιά, τους συγγενείς και τους φίλους τους..... | 66 |
| Πίνακας 18 Συχνότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας με συγγενείς και φίλους τον τελευταίο μήνα..... | 103 |
| Πίνακας 19 Αριθμός συλλόγων που είναι μέλη (εκτός του ΚΑΠΗ)..... | 103 |
| Πίνακας 20 Συχνότητα συμμετοχής στους συλλόγους που είναι μέλη..... | 103 |

| | | |
|---------------|--|-----|
| Πίνακας 21.α. | Αριθμός στενών φίλων..... | 103 |
| Πίνακας 21.β. | Αριθμός στενών συγγενών..... | 104 |
| Πίνακας 22 | Συχνότητα μορφών στήριξης που θα ήταν διαθέσιμη..... | 104 |
| Πίνακας 23 | Κλίμακα μέτρησης της Ικανοποίησης από την ζωή..... | 69 |

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

| | | |
|------------|---|-----|
| Πίνακας 24 | Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Χρόνια ασθένεια..... | 70 |
| Πίνακας 25 | Ανάγκη για βοήθεια & Υποκειμενική αντίληψη υγείας..... | 71 |
| Πίνακας 26 | Εργασία & Υποκειμενική αντίληψη υγείας..... | 105 |
| Πίνακας 27 | Εκπαίδευση & Υποκειμενική αντίληψη υγείας..... | 71 |
| Πίνακας 28 | Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Φύλο..... | 105 |
| Πίνακας 29 | Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Οικογενειακή κατάσταση..... | 106 |
| Πίνακας 30 | Ανάγκη για βοήθεια & Φύλο..... | 72 |
| Πίνακας 31 | Ανάγκη για βοήθεια & Ηλικία..... | 73 |
| Πίνακας 32 | Ικανοποίηση από την ζωή & Ηλικία..... | 73 |
| Πίνακας 33 | Ικανοποίηση από την ζωή & Φύλο..... | 106 |
| Πίνακας 34 | Ικανοποίηση από την ζωή & Εκπαίδευση..... | 106 |
| Πίνακας 35 | Ηλικία & Υποκειμενική στήριξη..... | 74 |
| Πίνακας 36 | Φύλο & Υποκειμενική στήριξη..... | 74 |
| Πίνακας 37 | Ύπαρξη παιδιών & Υποκειμενική στήριξη..... | 74 |
| Πίνακας 38 | Εκπαίδευση & Συμμετοχή σε συλλόγους..... | 75 |
| Πίνακας 39 | Εργασία & Συμμετοχή σε συλλόγους..... | 107 |
| Πίνακας 40 | Υποκειμενική στήριξη & Άτομο που να βοηθά στην καθημερινότητα..... | 76 |
| Πίνακας 41 | Ανάγκη για βοήθεια & χρόνια ασθένεια..... | 76 |
| Πίνακας 42 | Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Συμμετοχή σε συλλόγους..... | 77 |
| Πίνακας 43 | Άτομο που να βοηθά στις καθημερινές λειτουργίες & Χρόνια ασθένεια..... | 107 |
| Πίνακας 44 | Άτομο που να βοηθά στις καθημερινές λειτουργίες & Υποκειμενική αντίληψη υγείας..... | 78 |
| Πίνακας 45 | Άτομο που να βοηθά στις καθημερινές λειτουργίες & Μορφές συμβίωσης..... | 78 |
| Πίνακας 46 | Χρόνια ασθένεια & Υποκειμενική στήριξη..... | 107 |
| Πίνακας 47 | Κλίμακα Υποκειμενικής Στήριξης & Έχετε νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο τα 3 τελευταία χρόνια..... | 108 |
| Πίνακας 48 | Κλίμακα Υποκειμενικής στήριξης & έχετε επισκεφθεί κάποιο γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 108 |

| | | |
|------------|---|-----|
| Πίνακας 49 | Συμμετοχή σε συλλόγους & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα... | 108 |
| Πίνακας 50 | Με πόσες οικογένειες στη γειτονιά ανταλλάσσουν επισκέψεις & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 108 |
| Πίνακας 51 | Άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 109 |
| Πίνακας 52 | Μορφές συμβίωσης & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 109 |
| Πίνακας 53 | Στενοί φίλοι & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 109 |
| Πίνακας 54 | Στενοί συγγενείς & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα..... | 110 |
| Πίνακας 55 | Συμμετοχή σε συλλόγους & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 110 |
| Πίνακας 56 | Άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 110 |
| Πίνακας 57 | Με πόσες οικογένειες στη γειτονιά ανταλλάσσουν επισκέψεις & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 111 |
| Πίνακας 58 | Μορφές συμβίωσης & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 111 |
| Πίνακας 59 | Αριθμός στενών φίλων & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 111 |
| Πίνακας 60 | Αριθμός στενών συγγενών & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια..... | 112 |
| Πίνακας 61 | Ικανοποίηση από την ζωή & Οικογενειακή κατάσταση..... | 79 |
| Πίνακας 62 | Ικανοποίηση από την ζωή & Υποκειμενική αντίληψη υγείας..... | 80 |
| Πίνακας 63 | Ικανοποίηση από την ζωή & Άτομα που να βοηθά στην καθημερινότητα..... | 80 |
| Πίνακας 64 | Ικανοποίηση από την ζωή & Αριθμός στενών φίλων..... | 81 |
| Πίνακας 65 | Ικανοποίηση από την ζωή & Χρόνια ασθένεια..... | 112 |
| Πίνακας 66 | Ικανοποίηση από την ζωή & Αριθμός οικογενειών στην γειτονιά..... | 112 |
| Πίνακας 67 | Ικανοποίηση από την ζωή & Αριθμός στενών συγγενών..... | 112 |

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όλα τα άτομα άνω των 65 ετών ανήκουν τυπικά στην πληθυσμιακή ομάδα των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Ο πληθυσμός αυτός όμως δεν είναι ομοιογενής, αποτελείται από ένα πολυσύνθετο άθροισμα ανόμοιων ανθρώπων, των οποίων η πνευματική, μορφωτική και κοινωνική κατάσταση διαφοροποιείται, όπως και οι ανάγκες τους.

Οι ηλικιωμένοι, αποτελούν μια πληθυσμιακή ομάδα με ποικίλα προβλήματα και αυξημένες ανάγκες. Οι ανάγκες αυτές καλύπτονται από τα άτυπα δίκτυα (οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον, γειτονιά), τον ιδιωτικό κερδοσκοπικό και τον μη κερδοσκοπικό τομέα και από την κρατική πρόνοια.

Η «ποιότητα ζωής» στην τρίτη ηλικία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του συνήθειες δραστηριότητες, ώστε να έχει μια ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή και στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα. Η κοινωνική στήριξη είναι μια βασική έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία της σχέσης της με την υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων του ηλικιωμένου, ο βαθμός στον οποίο αλληλεπιδρά με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, και το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευημερία, και την ποιότητα της ζωής του.

Τα παραπάνω μας έδωσαν το κίνητρο να μελετήσουμε τα δίκτυα κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων – κυρίως τα άτυπα δίκτυα -, διερευνώντας κατ' αρχήν τη δομή τους (αντικειμενική κοινωνική στήριξη), αλλά και πώς οι ίδιοι οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται την ουσιαστική παρουσία ή απουσία αυτών των δικτύων (υποκειμενική κοινωνική στήριξη). Επίσης, σε ποιο βαθμό η κοινωνική στήριξη επηρεάζει τις άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής τους, αλλά και τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή τους, όπως οι ίδιοι την αξιολογούν.

Η παρούσα πτυχιακή εργασία, αποτελείται από δύο μέρη, το θεωρητικό και το ερευνητικό.

Στο πρώτο κεφάλαιο παρατίθεται ο ορισμός της τρίτης ηλικίας, καθώς επίσης και τα χαρακτηριστικά του γήρατος και οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου. Στο ίδιο κεφάλαιο αναλύονται οι ανάγκες, τα προβλήματα και τα

δικαιώματα των ηλικιωμένων, όπως επίσης και μια ιστορική αναδρομή της προστασίας του γήρατος.

Το δεύτερο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της «ποιότητας ζωής». Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται στην προσαρμογή και την ποιότητα ζωής κατά το γήρας, την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής στα γηρατειά, ενώ γίνεται μια προσπάθεια καταγραφής των διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

Η κοινωνική στήριξη είναι το θέμα το οποίο αναλύεται στο τρίτο κατά σειρά κεφάλαιο, το οποίο ανοίγει με την παράθεση του ορισμού και των ειδών της κοινωνικής στήριξης. Τα κοινωνικά δίκτυα παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κοινωνική στήριξη, και γι' αυτό το λόγο στη συνέχεια του κεφαλαίου δίνεται ο ορισμός τους, η διαχρονική τους εξέλιξη και τα χαρακτηριστικά τους.

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται τα δίκτυα φροντίδας των ηλικιωμένων, τα οποία διαχωρίζονται σε επίσημα και ανεπίσημα. Στο κομμάτι των επίσημων δικτύων γίνεται και μια αναφορά σε υπηρεσίες και προγράμματα. Ενώ στο κομμάτι των ανεπίσημων δικτύων αναλύεται η φροντίδα των ηλικιωμένων από τα άτυπα δίκτυα και ιδιαίτερα από την οικογένεια.

Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής, το οποίο αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πέμπτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν, την παρουσίαση του δείγματος, το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την διεξαγωγή της έρευνας, την διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων και, τέλος, την στατιστική ανάλυση.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας. Πιο αναλυτικά, αρχικά γίνεται παράθεση των περιγραφικών στοιχείων του δείγματος, στη συνέχεια παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν και, τέλος, παρουσιάζονται τα στοιχεία που προέκυψαν από συσχετίσεις μεταβλητών που αφορούν την κοινωνική στήριξη και την ποιότητα ζωής.

Τέλος, το έβδομο κεφάλαιο περιλαμβάνει την συζήτηση των αποτελεσμάτων της έρευνας καθώς και τα βασικά συμπεράσματα που προέκυψαν από αυτή.

Α' ΜΕΡΟΣ
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

Κεφάλαιο 1^ο : ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Το γήρας είναι μία έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατικά καθορισμένη και διαφορετική στις διάφορες εποχές.

Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0- 20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20- 40 ετών, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40- 60 ετών και τα γηρατειά ή χειμώνας από 60- 80 ετών, ενώ ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49 (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Ο Λάσλετ (Laslet, 1989 στο Πουλοπούλου-Έμκε, 1999) ορίζει τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, κοινωνικοποίησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης. Η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών. Η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης. Η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.

Το γήρας ως φυσική- βιολογική ακολουθία συνδύαζε πάντα ένα μείγμα αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων. Το μυστήριο αλλά και κακό συνάμα της φυσικής και πνευματικής παρακμής συνυπήρχε πάντα με το σεβάσμιο, σοφό και αγαθό, αλλά και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που προκαλούσε η τελευταία ηλικιακή φάση της ζωής (Λοΐζου, 1993 στο Μωυσίδης και συν, 2002). Από την άλλη πλευρά, η κοινωνική πρόσληψη της έννοιας της γήρανσης υπερβαίνει τη βιολογική διάσταση και συσχετίζεται άμεσα με την κοινωνική θέση αλλά και το φύλο του καθενός. Εξαρτάται, επίσης, και από την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων (Μωυσίδης, 1998). Οι παραδόσεις και οι κρατούσες αξίες, οι κανόνες δικαίου και οι εκάστοτε ηλικιακές χρονικές οριοθετήσεις, καθώς και οι κοινωνικές/ ταξικές διαφοροποιήσεις, προσδίδουν κάθε φορά και ένα καινούριο περιεχόμενο στην έννοια του γήρατος, διαμορφώνοντας ταυτόχρονα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων (Mitterauer et al., 1977 στο Μωυσίδης και συν, 2002).

Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley et al., 1996 στο Δαρδαβέσης, 1999). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της

γήρανσης ποικίλει 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.

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για τη καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντίθετα, διάφοροι επιστήμονες έχουν εκλάβει ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ ορισμένοι προτιμούν τον διαχωρισμό του συνόλου των υπερηλίκων σε υποσύνολα ηλικιών με το επιχείρημα ότι τα διάφορα προβλήματα που προκύπτουν διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982 στο Δαρδαβέσης, 1999). 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 στο Δαρδαβέσης, 1999).

Αναγνωρίζοντας ότι οι διάφορες ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές διαφοροποιήσεις που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία αποτελούν μια ατέρμονη διαδικασία, ο όρος γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής.

Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης σύμφωνα με τον Hayflick είναι οι εξής:

- Η κληρονομικότητα
- Το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον
- Η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά
- Η ψυχοσύνθεση του ατόμου
- Η υγιεινή διαβίωση

Οι περισσότεροι επιστήμονες, που ασχολούνται με την φυσιολογία και την βιολογία της γήρανσης, συμφωνούν ότι, κατά πάσα πιθανότητα, δεν υφίσταται μία και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Rubinstein, 1990 στο Δαρδαβέσης, 1999).

1.2 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μεγάλη πλαστικότητα και πολυμορφία που παρουσιάζει. Μπορούμε να προσεγγίσουμε και από βιολογική και κοινωνικο- ιστορική, όπως και από οικολογική και ψυχολογική άποψη (Birren et al., 1977; Finch et al., 1977 στο Τσιώλη, 1996). Παρόλα αυτά κάθε ηλικιωμένο άτομο πρέπει να κατανοηθεί ως μία «βιοψυχοκοινωνική ενότητα» (Riegel, 1975 στο Τσιώλη, 1996). Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη βιολογική θεωρία του γήρατος, όλες όμως συμπίπτουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Παρόλο τον καθορισμένο ρόλο που παίζουν τα βιολογικά φαινόμενα στο γήρας υπάρχει μια μεγάλη ποικιλία και πλαστικότητα μεταξύ ατόμων (Filipp, 1987 στο Τσιώλη, 1996). Ένα άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η υποκειμενικότητά του. Οι βιολογικές διαδικασίες βιώνονται από τα άτομα αλλά και από ολόκληρες πολιτισμικές ομάδες διαφορετικά. Ανάλογα μπορεί να είναι ο τρόπος που βιώνεται η σωματικότητα σε κάθε πολιτισμική ομάδα διαφορετικός.

Η σωματικότητα συνδέει τη βιολογική ταυτότητα διαχρονικά και εκδηλώνεται ανάλογα με τη δυνατότητα που έχει. Η δυνατότητα αυτή δεν βασίζεται μόνο στις στενά βιολογικές λειτουργίες αλλά εκφράζεται στη βιολογική αυτονόηση του ανθρώπου, στη βιολογική του ταυτότητα (Τσιώλη, 1996).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η ελάττωση της ζωτικότητας και της αποδοτικότητας των κυττάρων στα διάφορα όργανα, που δε γίνεται σύγχρονα και παράλληλα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ενώ των άλλων οργάνων η ικανότητα διατηρείται πολύ καλά και άλλοτε πρώτα η καρδιά ή τα πόδια, ή οι σφιγκτήρες, ή άλλη λειτουργία (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Είναι γεγονός, ότι οι βιολογικές μεταβολές είναι αναπόδραστες, ισχύουν για όλους τους ανθρώπους και είναι μη αναστρέψιμες. Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα παρακάτω (Lemme, 1995 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α):

- α) Είναι μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- β) Έχει αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
- γ) Συνίσταται σε αλλαγές που μειώνουν τη λειτουργικότητα του ατόμου.

- δ) Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- ε) Οφείλεται σε εσωτερικές αιτίες.
- στ) Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ζ) Είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
- η) Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί αν ανασταλεί η πορεία του.
- θ) Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- ι) Καταλήγει στο θάνατο.

Οι βλαπτικές επιδράσεις του γήρατος διαφαίνονται, πρώτον στην μικρότερη ευελιξία/ αντοχή του ατόμου στην αντιμετώπιση των εξωτερικών πιέσεων και, δεύτερον, στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου.

Από την άλλη, παρά τον υποχρεωτικό και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, δεν μπορούμε να πούμε ότι αυτές αρχίζουν σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή ότι παίρνουν μια συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το πότε θα εμφανισθούν και με ποια μορφή είναι συνάρτηση και περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

1.3 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΔΟ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο άνθρωπος με την πάροδο του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά στα όργανα που αποτελούν τον οργανισμό του, που αφορά τη σύσταση, τη μορφολογία των κυττάρων, ιστών κ.λπ. Οι φυσιολογικές μεταβολές πρέπει να διαχωρίζονται από τις νοσηρές καταστάσεις. Ωστόσο οι πιθανότητες να προσβληθεί από κάποια ασθένεια ή ασθένειες ο ηλικιωμένος είναι πολύ μεγαλύτερες από ότι στο νέο. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργικότητα των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος. Καθώς εξαφανίζονται τα κύτταρα, οι ιστοί και οι μύες γίνονται λεπτότεροι, η δύναμη και η αντοχή λιγοστεύουν και ελαττώνεται η ικανότητα για εργασία (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Από την άλλη η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία έχει να κάνει περισσότερο με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθενειών, που εξασθενούν το άτομο, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία (Tucker, 1997). Παρακάτω ακολουθούν οι σημαντικότερες μεταβολές που επέρχονται στο άτομο με το πέρασμα του χρόνου:

1. Σωματικές μεταβολές που επέρχονται με το πέρασμα του χρόνου και τη μεγάλη ηλικία, παρουσιάζονται στα εξής:

α) *Στην εμφάνιση.* Χαρακτηριστικό είναι τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η δομή του σώματος- όπως η μείωση του ύψους και του βάρους και η κατανομή του λίπους με αύξησή του γύρω από τη μέση.

β) *Στην κινητικότητα.* Εδώ αναφέρονται τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα και τις αρθρώσεις. Γενικώς, αυτού του είδους τα προβλήματα επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και μπορεί να δυσκολέψουν το άτομο στην εκτέλεση λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να επιβραδύνουν το ρυθμό βαδίσματος του ατόμου, να δυσκολεύσουν το ανέβασμα σε σκάλες ή το κάθισμα σε καρέκλα. Τέλος, τα προβλήματα με το μυοσκελετικό σύστημα κάνουν το άτομο πιο επιρρεπές στη πτώση και στα κατάγματα.

γ) *Στο καρδιαγγειακό σύστημα.* Οι συνδεόμενες με την ηλικία μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποσότητας αίματος που φθάνει στα κύτταρα. Μια άλλη συνέπεια της μειωμένης λειτουργίας της καρδιάς είναι ότι φθάνει λιγότερο οξυγόνο στους μύες. Επίσης, αυτές οι μεταβολές μπορούν να ερμηνεύσουν, μερικώς, την υψηλή πίεση του αίματος.

δ) *Στο αναπνευστικό σύστημα.* Η προχωρημένη ηλικία έχει ως συνέπεια την πτώση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα να φθάνει στο αίμα λιγότερο οξυγόνο από τον αέρα. Επίσης, μειώνεται η ποσότητα του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα έπειτα από προσπάθειες.

ε) *Στο εκκριτικό σύστημα.* Με την αύξηση της ηλικίας, η αποτελεσματικότητα της εκκριτικής λειτουργίας μειώνεται. Τα νεφρά, δεν μπορούν αν ανταποκριθούν όταν υπάρχουν μεγάλες διακυμάνσεις στα επίπεδα των υγρών του σώματος. Η μειωμένη λειτουργία των νεφρών έχει ως συνέπεια το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα. Μια άλλη σημαντική μεταβολή στο εκκριτικό σύστημα έχει ως συνέπεια την ακράτεια ούρων.

στ) *Στην τροφή και στην πέψη.* Οι επιπτώσεις της μεγάλης ηλικίας στο πεπτικό σύστημα δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Κάποιες εμφανίζονται στον οισοφάγο και επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι και άλλες αφορούν την έκκριση των γαστρικών

υγρών. Παρουσιάζονται, επίσης, και κάποιες μεταβολές στα έντερα, που έχουν επιπτώσεις στην απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.

ζ) Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ). Δύο από τις κύριες λειτουργίες του ΑΝΣ φαίνεται ότι επηρεάζονται με την αύξηση της ηλικίας. Αυτές είναι η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Τα άτομα άνω των 64 ετών παρουσιάζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές περιβαλλοντικές θερμοκρασίες. Σε σχέση με τον ύπνο οι ηλικιωμένοι μπορεί να εμφανίσουν αϋπνίες. Οι διαταραχές ύπνου στους ηλικιωμένους οφείλονται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.ά.

η) Στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ). Οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο ΚΝΣ είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας, διότι υπάρχουν και σε ασθένειες όπως η νόσος Alzheimer, ή η νόσος του Parkinson. Γενικά φαίνεται ότι με την ηλικία επηρεάζονται με διαφορετικό τρόπο οι διάφορες περιοχές του εγκεφάλου.

θ) Στο αναπαραγωγικό σύστημα. Το αναπαραγωγικό σύστημα και η σεξουαλικότητα είναι ένας άλλος σημαντικός τομέας που παρουσιάζει αλλαγές με την αύξηση της ηλικίας. Στις γυναίκες, η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών. Υπάρχουν και στους άντρες μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία, που έχουν σχέση με τη λειτουργία του προστάτη.

ι) Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Όσον αφορά στην όραση, ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού τόσο σε μέγεθος όσο και στην ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός. Οι ηλικιωμένοι έχουν επίσης πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Δε μπορούν να δουν καλά σε απόσταση ούτε να δουν λεπτομέρειες. Με την ηλικία εμφανίζεται και η πρεσβυωπία, ενώ μειώνεται η χρωματική όραση.

Όσον αφορά την ακοή, τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτή είναι αρκετά διαδεδομένα, αν και συνήθως είναι μικρά σε ένταση. Ένα από τα χαρακτηριστικά της ακοής των ηλικιωμένων είναι η πρεσβυακοή, δηλαδή μία ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας. Ένα άλλο πρόβλημα ακοής των ηλικιωμένων είναι η μειωμένη ικανότητα να διαφοροποιούν τον περιβαλλοντικό θόρυβο από τον κοντινό.

Η γέυση από την άλλη, εμφανίζει σημαντική βλάβη στην προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει βλάβη μετά τα 50 χρόνια.

Αναφορικά με την *αφή*, φαίνεται να υπάρχει σχετική μείωση της απτικής διάκρισης με την ηλικία, αλλά δεν είναι γνωστές οι επιπτώσεις από τη μείωση αυτή.

Οι διαταραχές στην *ισορροπία* έχουν επιπτώσεις στην κινητικότητα των ηλικιωμένων και επιβαρύνουν τα προβλήματα που αναφέρθηκαν.

ια) Επιδράσεις του φύλου. Οι πιο βασική διαφορά ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες αφορά την θνησιμότητα. Οι αιτίες για την διαφορά φύλου στην μακροβιότητα δεν είναι γνωστές αλλά σχετίζονται τόσο με βιολογικούς παράγοντες όσο και κοινωνικοοικονομικούς και τρόπο ζωής. Παρά τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής στις γυναίκες η ποιότητα ζωής τους είναι χειρότερη, διότι οι γυναίκες πάσχουν από περισσότερες χρόνιες ασθένειες. Οι άνδρες φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από οξείες καταστάσεις ενώ οι γυναίκες από χρόνιες.

2. Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες:

α) Επεξεργασία πληροφοριών. Μια βασική φυσιολογική αλλαγή που παρατηρείται στο γνωστικό σύστημα των ηλικιωμένων (Lemme, 1995. Salthouse, 1991b. Whitbourne, 1996 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α) είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, πράγμα που οδηγεί σε αύξηση του χρόνου που απαιτείται για να εκτελέσουν κάτι, να σκεφθούν ή να πάρουν μια απόφαση.

β) Μνήμη. Ένα από τα πιο γνωστά συμπτώματα του γήρατος είναι η απώλεια της μνήμης. Υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ επιστημόνων (Whitbourne, 1996 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α) ότι το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, η μνήμη δηλαδή που ενεργοποιείται όταν το άτομο διατηρεί στη μνήμη του ενεργά πληροφορίες που του χρειάζονται προκειμένου να λύσει ένα πρόβλημα ή να κατανοήσει μια κατάσταση.

γ) Νοημοσύνη. Η νοημοσύνη είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει πολλές επιμέρους ικανότητες. Υπάρχουν μεγάλες ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες μειώνονται και ποιες όχι. Επίσης, σημασία έχει ο βαθμός εκπαίδευσης που έχει δεχθεί το άτομο. Γενικά, η νοητική απόδοση του ατόμου είναι συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η μόρφωση και οι ιστορικές- πολιτισμικές συνθήκες στις οποίες έζησε (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

1.4 ΟΙ ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Είναι σαφές ότι μεταξύ των ηλικιωμένων υπάρχουν έντονες διαφορές κατά την οικονομική και κοινωνική τους θέση αλλά και τη φυσική (χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), δημογραφική (τρίτη και τέταρτη ηλικία) και οικογενειακή τους κατάσταση (χήροι-ες, ζευγάρια, συμβιώνοντες με παιδιά ή μη συμβιώνοντες κ.λπ.). Το ίδιο σημαντικές είναι και οι διαφορές μεταξύ των φύλων, αφού η θέση των γυναικών είναι δυσχερέστερη από οικονομικής άποψης. Ουσιώδεις διαφορές συνιστούν και τα γεωμορφολογικά (π.χ. ορεινές, πεδινές) και άρα και παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων. (Μουσιδης, 1998)

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γεροντική 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) αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς "φιλανθρωπία",

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 υπερηφάνειας 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 κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό 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.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Αυτό όμως 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. Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο 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. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

1.5 ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στα γηρατειά είναι συχνά συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην προηγούμενη ζωή τους, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον

τρόπο ζωής. Οι ενήλικες της τελευταίας δεκαετίας του 20ού αιώνα έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν πιο παραγωγικά και αυτόνομα τα γηρατεία τους. Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι:

α) η μοναξιά: η απώλεια στενών συγγενών και κυρίως του ή της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου,

β) οικονομικά προβλήματα. Τον ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό χαρακτηρίζει μεγάλη οικονομική ανισότητα. Υπάρχουν άτομα με υψηλά εισοδήματα, μεσαία, αλλά και πολλοί είναι στο επίπεδο της φτώχειας όταν η σύνταξη είναι η μόνη πηγή εισοδήματος (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α),

γ) Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες,

δ) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων,

ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας,

στ) Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος. Η διαμόρφωση των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Arling, 1987 στο Δαρδαβέσης, 1999).

ζ) Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια,

η) Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο.

θ) Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους: Η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος,

ι) Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων,

ια) Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου. (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999).

Στην πληθυσμιακή ομάδα των ηλικιωμένων υπάρχουν βεβαίως πολλοί που δεν αντιμετωπίζουν τα παραπάνω προβλήματα και χαίρονται τα πλεονεκτήματα της ηλικίας τους (Πανέρα, 1999).

1.6 ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις που αναφέρονται σε κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης και άλλων διεθνών οργανισμών, οργανώσεων ηλικιωμένων και στη νομοθεσία κάθε χώρας. Από όλα τα κείμενα προκύπτει ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα τους και τις ελευθερίες τους ως πολίτες. Τα περισσότερα κείμενα περιέχουν αμέσως ή εμμέσως την αρχή της μη διάκρισης λόγω ηλικίας και της κοινωνικής συμμετοχής όλων, περιλαμβανομένων και των ηλικιωμένων. Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα: το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική τους δραστηριότητα. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μία κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις την κατοικία, τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση, τα Μ.Μ.Ε., την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Στις παραγράφους 24 και 25 αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που να του/ της επιτρέπει ένα λογικό βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογο με τις ανάγκες του. Το Ευρωπαϊκό Κοινοβούλιο υιοθέτησε κείμενο για την αρχή της ίσης αμοιβής άσχετα από τη φυλή, το φύλο, την ηλικία, την αναπηρία ή τη θρησκεία. Σύσταση του Συμβουλίου της ΕΕ αναφέρεται σε "επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπής ανθρώπινη διαβίωση". Κύριο αίτημα είναι να καθιερωθεί σε όλα τα κράτη μέλη ένα ελάχιστο εγγυημένο εισόδημα και να προχωρήσει μια πολυδιάστατη στρατηγική καταπολέμησης του κοινωνικού αποκλεισμού. Η αρνητική αντιμετώπιση των ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας και οι δυσκολίες που έχουν στην εξεύρεση εργασίας είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζει η Ευρώπη σήμερα. Το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας έχει αναλάβει τη διεξαγωγή μελέτης με

σκοπό την εξεύρεση θετικών ενεργειών από τους εργοδότες ώστε να βοηθήσουν τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παραμείνουν ενεργοί και δραστήριοι στις θέσεις εργασίας τους αν το επιθυμούν.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International Federation of Ageing, 1992) αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ.

Όσον αφορά τις υποχρεώσεις- ευθύνες των ηλικιωμένων όσο το επιτρέπει η υγεία τους και η προσωπική τους κατάσταση είναι:

- α) να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι,
- β) Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- γ) Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση,
- δ) Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση,
- ε) Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητες τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης,
- στ) Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν,
- ζ) Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές,
- η) Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας,
- θ) Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα,
- ι) Να αποφασίζουν για την περίθαλψη τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

1.7 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΓΗΡΑΤΟΣ

Η μελέτη μεθόδων προστασίας του γήρατος στα προηγμένα κράτη άρχισε συστηματικά από τις αρχές του 20^{ου} αιώνα και η κοινωνική δράση για το γήρας περίπου στα μισά αυτού του αιώνα. Το 1980 αξιόλογες μελέτες προβλημάτων του γήρατος έγιναν στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Το έτος αυτό διεθνείς οργανώσεις όπως ο Ο.Η.Ε., το

συμβούλιο της Ευρώπης, και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εντάσσουν στα προγράμματά τους θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους. Το 1982 ψηφίσθηκε στη Βιέννη από τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, ότι δηλαδή είναι ευθύνη κάθε κράτους μέσα στα πλαίσια των παραδόσεων, δομών, και πολιτιστικών αλλαγών, να εφαρμόσει και να διαμορφώσει πολιτική για τα ηλικιωμένα άτομα σε ό,τι αφορά α) την ασφάλεια, β) την ευημερία και γ) την προαγωγή δραστηριοτήτων.

Πριν απ' αυτό η φροντίδα του ηλικιωμένου γινόταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης (εισαγωγή σε γηροκομείο) και πρόνοιας με τη μορφή της φιλανθρωπίας και λιγότερο της κρατικής μέριμνας. Είναι γενικά παραδεκτό πως για χρόνια οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν ότι δεν έχουν ανάγκη, είτε το χειρότερο ότι δεν αξίζουν να έχουν υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργιών, ιδίως στις Η.Π.Α., όπου η Κοινωνική Εργασία είχε αναπτυχθεί σε σχέση με παιδιά ή άλλες κοινωνικές ομάδες. Το επιχείρημα ήταν ότι οι διάφορες υπηρεσίες είναι δύσκολο ή αδύνατο να επιφέρουν αλλαγή στην στάση και τη συμπεριφορά των ηλικιωμένων, επομένως, Κοινωνική Εργασία με αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι απώλεια χρόνου. (Πανέρα, 1999)

Στην Ελλάδα, πριν την δημιουργία του νεότερου Ελληνικού κράτους, η μικρή κλειστή κοινότητα, που αποτελούσε παράδοση αιώνων, έπαιζε ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοοικονομική, πολιτική και πολιτιστική ζωή του τόπου και φυσικά στην φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς αποτελούσε μια προέκταση της ευρείας οικογένειας, και ανάμεσα στα μέλη της υπήρχε αλληλοϋποστήριξη, συναισθηματική και συχνά οικονομική. (Συμεωνίδου, 1996)

Δεδομένα, όμως, όπως:

α) η ανάπτυξη των δυνατοτήτων της ιατρικής και της φαρμακολογίας και τα επιστημονικά επιτεύγματα που συντελούν στην έγκαιρη επισήμανση ασθενειών και στην αντιμετώπισή τους και έχουν ως αποτέλεσμα την μακροζωία.

β) Οι δημογραφικές αλλαγές.

γ) Το γεγονός ότι τους επιστήμονες πλέον δεν τους απασχολεί μόνο η παράταση ζωής, αλλά η διατήρηση των ηλικιωμένων στην ενεργό ζωή. Ενισχύονται με τον τρόπο αυτό οι αντιλήψεις που έχει η σύγχρονη επιστήμη, η οποία αναθεωρεί σε μεγάλο βαθμό τις παλιές πεποιθήσεις σύμφωνα με τις οποίες το πέρασμα του χρόνου και τα γηρατειά

μειώνουν την πνευματικότητα του ατόμου. Η προκατάληψη ότι τα γηρατειά είναι μια αξιοθρήνητη κατάσταση ξεπεράστηκε.

δ) Υπάρχει ένας γεροντικός κόσμος που έχει ένα δυναμικό παρόν στη σύγχρονη κοινωνία, καθώς οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται πολύ καλύτερα από ότι οι νεότεροι στις σπουδαιότερες θέσεις της κρατικής μηχανής και στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Στην Ελλάδα μετά το 1950 οι Έλληνες πρωθυπουργοί ήταν πάνω από 60 ετών και ηλικιωμένοι υπάρχουν όχι μόνο στην πολιτική αλλά και στην οικονομική ζωή του κάθε τόπου.

Τα δεδομένα που αναφέρθηκαν συντελούν στο να υποχρεώσουν τις κυβερνήσεις να αναθεωρήσουν τα κοινωνικά τους προγράμματα και να επιδιώξουν νέα πολιτική τόσο στον τομέα της υγείας όσο και σε άλλους τομείς που αναφέρονται στην ψυχολογική σφαίρα, καθώς και στην οικονομική. (Πανέρα, 1999)

Κεφάλαιο 2^ο: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Η ΕΝΝΟΙΑ «ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ»

Ο όρος 'ποιότητα ζωής' έχει περάσει πολλές ιστορικές φάσεις και έχει λάβει πολλές ερμηνείες. Έχει απασχολήσει από αρχαιότατους χρόνους τους Έλληνες φιλοσόφους. Ο Αριστοτέλης, ο μεγαλύτερος στοχαστής της αρχαιότητας, φιλόσοφος, θεμελιωτής πολλών επιστημών και δημιουργός της Λογικής, με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε προφανώς ό,τι και ο όρος «ποιότητα ζωής». Στο σύγγραμμά του «Ηθικά Νικομάχεια» αναπτύσσεται από τον Αριστοτέλη η φιλοσοφική ανάλυση της λέξης ευδαιμονία και ορίζεται ως «ένα είδος (λογικής) ψυχικής ενέργειας στα μέτρα της τέλει αρετής». Δηλαδή, στην έννοια αυτή υπάρχει συγκερασμός της συναισθηματικής- ψυχικής κατάστασης του ατόμου και ενός είδους «λογικής ενέργειας» (Yfantopoulos, 2001a). Θεωρείται από τον φιλόσοφο η ευδαιμονία ως το «τέλειο και αυτάρκες αγαθό», που αποτελεί τον τελικό σκοπό των πράξεων του ανθρώπου. Ο φιλόσοφος υποστηρίζει ότι «οι περισσότεροι σχεδόν συμφωνούν, διότι και το πλήθος των απλών ανθρώπων όσο και οι μορφωμένοι παραδέχονται ότι το σπουδαιότερο αγαθό είναι η ευδαιμονία και θεωρούν πως η ποιότητα ζωής (ευ ζην) και η ευημερία (ευ πράττειν) είναι το ίδιο πράγμα με την ευδαιμονία» (Οικονόμου και συν, 2001).

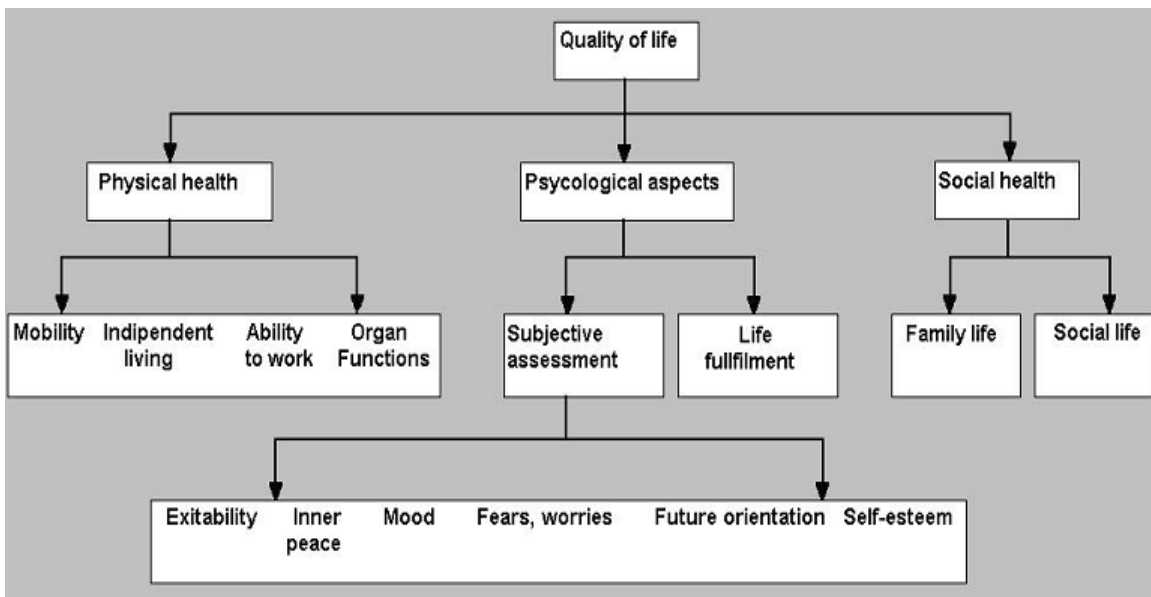
Ο όρος «ποιότητα της ζωής» αναδείχθηκε μέσα από τις έρευνες για τις συνθήκες ζωής που αναπτύχθηκαν προς τα τέλη του 19^{ου} και στις πρώτες δεκαετίες του 20^{ου} αιώνα στις προηγμένες χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική, αγκαλιάζοντας τελικά στη δεκαετία του '30 ένα φάσμα φαινομένων που οδήγησε στη χρησιμοποίηση του όρου. Με αυτή την έννοια η έρευνα για την ποιότητα της ζωής εμφανίστηκε αρχικά στις Η.Π.Α. Το 1929 ιδρύθηκε στις Η.Π.Α. η πρώτη προεδρική επιτροπή για την καταγραφή των συνθηκών της ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάσεων διαφοροποίησής τους. Ακολούθησαν κι άλλες μελέτες, κυρίως στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του '30 για να συνεχισθούν, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, στη δεκαετία του '50 και στις άλλες προηγμένες χώρες του κόσμου. Από το 1970 και πέρα έχουν γίνει πολλές επιστημονικές συζητήσεις και έχουν γραφεί αρκετές μελέτες με θέμα την ποιότητα της ζωής. Από τις έρευνες αυτές διαπιστώθηκε ότι η ποιότητα της ζωής είναι μια ιστορική

κατηγορία, δηλαδή μία έννοια που το περιεχόμενό της αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, τις κυρίαρχες αξίες της ζωής και το δυναμισμό των κοινωνικών δυνάμεων, που βλέπουν μπροστά και αγωνίζονται για έναν ανώτερο τρόπο ζωής. Έχει, όμως, ο όρος ορισμένα σταθερά σημεία, που σχετίζονται με τη ‘φυσικότητα’ και την ‘κοινωνικότητα’ του ανθρώπου. (Βακαλιός, 1984)

Η ποιότητα ζωής είναι ένας όρος, που έχει χρησιμοποιηθεί εκτενώς από φιλοσόφους, ψυχολόγους, θεολόγους, ποιητές και πολιτικούς. Είναι εξαιρετικά δύσκολο να καθοριστεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της «ποιότητας ζωής». Στην λογοτεχνία για την μέτρηση της υγείας ο όρος της ποιότητας της ζωής εμφανίζεται κατά την διάρκεια της δεκαετίας του '80. Μετά το 1980 αυτός ο ορισμός ενέπνευσε του ερευνητές της ποιότητας ζωής στο να επινοήσουν τεχνικές και να εξελίξουν εργαλεία για να αξιολογήσουν και να μετρήσουν την υγεία σε επίπεδο φυσικό, διανοητικό και κοινωνικών διαστάσεων της ευημερίας. (Σχήμα 1) (Yfantopoulos ,2001b)

Σχήμα 1

Σημαντικότερα συστατικά της ποιότητας ζωής



Πηγή: Yfantopoulos J. (2001) Quality of life and QALYs in the measurement of health, archives of Hellenic medicine 18(2):114-130

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως στις Κοινωνικές Επιστήμες, εφαρμόστηκε όμως και σε άλλα επιστημονικά πεδία, όπως στην Ιατρική και στον χώρο

της υγείας γενικότερα ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα. Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, κοινωνικοί επιστήμονες, φιλόσοφοι και πολιτικοί άρχισαν να επιδεικνύουν ενδιαφέρον για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό εκδηλώθηκε στην προσπάθεια των ειδικών να αντιμετωπίσουν προβλήματα που προκαλούνται από τις ανισότητες κατανομής των πόρων και αφορούν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας, σε συσχέτισμό και με τις ανησυχίες που γεννά η προοδευτική αύξηση του πληθυσμού συγκρινόμενη με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών (Οικονόμου και συν, 2001).

Η ποιότητα ζωής είναι μια πλούσια σε περιεχόμενο έννοια και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Το πλούσιο περιεχόμενό της απαιτεί αφενός την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και αφετέρου την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις. Όταν επιχειρείται ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι δυνατή η εκτίμηση και μέτρησή της, τότε γίνεται αντιληπτό ότι ενέχει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διατάσεις, που δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησης. Είναι κοινώς αντιληπτό ότι η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια αποτελούμενη από διάφορες συνθήκες ή συστατικά.. Αρκετές μελέτες έχουν αναλύσει ποιες συνθήκες εμπλέκονται σε διάφορα σημεία της ζωής και σε διάφορες κουλτούρες και πληθυσμούς (Fernández-Ballesteros, 2002). Όπως με κάθε άλλη αφηρημένη ή πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να επιτευχθεί με πολλούς και διάφορους τρόπους (Υφαντόπουλος και συν, 2001).

Η ποιότητα ζωής έχει ερμηνευθεί από ορισμένους συγγραφείς ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και η ύπαρξη των παραμέτρων εκείνων που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Σε αυτή τη κατηγορία των συγγραφέων ανήκει ο MacCall (1975) που υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή» (MacCall, 1975 στο Οικονόμου και συν, 2001). Άλλοι συγγραφείς τονίζουν την υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου αναφορικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην (Baker et al, 1982 στο Οικονόμου και συν, 2001). Όπως είναι εμφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ένα διαχωρισμός μεταξύ των «αντικειμενικών» και «υποκειμενικών» παραμέτρων. Εντούτοις, οι Zautra και Goodhard (1979) τονίζουν την αναγκαιότητα του συνδυασμού των αυτών παραμέτρων. Υποστηρίζουν ότι η ποιότητα ζωής ορίζεται «ως το

να είναι η ζωή καλή» και αξιολογείται με κριτήρια υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών συνθηκών. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες προϋποθέσεις. (Zautra et al, 1979 στο Οικονόμου και συν, 2001).

Η έρευνα έχει δείξει ότι η καλή υγεία, η λειτουργική δυνατότητα, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας ή 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. Ο Cantly τα σύνδεσε και με την ψυχολογική ευημερία και με την ποιότητα της ζωής στα γηρατειά (Maddox, 1963 in Bowling et al., 2002; Lowenthal et al., 1968 in Bowling et al., 2002; Markides et al., 1979 in Bowling et al., 2002; Kushman et al., 1980 in Bowling et al., 2002; Usui et al., 1985 in Bowling et al., 2002; Vailant, 1990 in Bowling et al., 2002; Bowling et al., 1996 in Bowling et al., 2002; Bowling et al., 2001 in Bowling et al., 2002).

Η υποκειμενική αυτοαξιολόγηση της ευημερίας, και η υγεία έχουν αναφερθεί ότι είναι ισχυρότερες από τα αντικειμενικά οικονομικά ή κοινωνικοδημογραφικά κριτήρια στην εξήγηση της διαφοράς στις εκτιμήσεις της ποιότητας ζωής (Markides et al., 1979; Kushman et al., 1980; Usui et al., 1985; Bowling et al., 1996; Bowling et al., 2001 in Bowling et al., 2002). Οι πρόσθετοι κοινωνικοί παράγοντες, που έχουν αναφερθεί ότι είναι βασικά συστατικά της ποιότητας της ζωής, περιλαμβάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο και τη συνοχή (Kawachi et al., 2000; Cooper et al., 1999 in Bowling et al., 2002).

Διάφορες άλλες ψυχολογικές μεταβλητές έχουν υποτεθεί επίσης ως βασικοί προφητικοί παράγοντες της αντιληπτής ποιότητας ζωής, αυτοί περιλαμβάνουν το επίπεδο προσαρμογής, την αυτοκυριαρχία, το ηθικό και τον αυτοσεβασμό, την αντίληψη για τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής, των κοινωνικών συγκρίσεων και των προσδοκιών της ζωής, των προκαταλήψεων, των κοινωνικών αξιών αισιοδοξία-απαισιοδοξία, των πεποιθήσεων, των φιλοδοξιών και των κοινωνικών προτύπων σύγκρισης (Lawton, 1996; Baltes & Baltes, 1990; Day, 1991; Wenger, 1992 in Bowling et al., 2002). Είναι κατά ένα μεγάλο μέρος άγνωστο που μεσολαβούν αυτές οι κοινωνικές και ψυχολογικές μεταβλητές.

Ο Bowling (1995a, 1995b, 1996) χρησιμοποίησε ένα στερεότυπο για την εθνική καθολική στατιστική έρευνα για να μετρήσει ποια θεώρησαν οι ενήλικοι ότι είναι τα

σημαντικά πράγματα στη ζωή, και ποιες οι προτεραιότητές τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι αν και υπήρξαν κοινοί τομείς της ζωής που εκτιμήθηκαν από τους περισσότερους ανθρώπους, οι άνθρωποι είχαν τις διαφορετικές προτεραιότητες. Παραδείγματος χάριν, οι ηλικιωμένοι ήταν πιθανότερο να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία, ενώ οι νέοι ήταν πιθανότερο να δώσουν προτεραιότητα στην εργασία.

Οι τρέχουσες κλίμακες μέτρησης δεν είναι ευαίσθητες στις διάφορες αξίες των ανθρώπων, ή στον τρόπο που οι προτεραιότητες αλλάζουν με την αυξανόμενη ηλικία (Bowling et al, 2002).

2.2 ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΓΗΡΑΣ

Η καλή προσαρμογή του ατόμου της μεγάλης ηλικίας στις δυνατότητες και περιορισμού του γήρατος είναι αυτό που αναφέρεται ως «πετυχημένα ή καλά γηρατειά». Ο Γεροντολογικός Σύλλογος των Η.Π.Α. το 1995, εν όψει των μεγάλων προβλημάτων που εμφανίζονται στην τρίτη ηλικία διατύπωσε το απόφθεγμα: “*Add life to years, not just more years to life*” (να προσθέτουμε ζωή στα χρόνια, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή). Αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ενδιαφερόμαστε για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ή πώς να επιτύχουμε καλά γηρατειά. Κριτήρια επιτυχών γηρατειών κατά τη Lemme (1995), είναι τα εξής:

- α) Η διάρκεια ζωής.
- β) Η βιολογική υγεία.
- γ) Η ψυχική υγεία.
- δ) Η γνωστική αποτελεσματικότητα.
- ε) Η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα.
- στ) Η ικανότητα ελέγχου της ζωής μας .
- ζ) Η ικανοποίηση από τη ζωή.

Οι μετρήσεις για την αποτίμηση των παραπάνω κριτηρίων, ώστε να μπορούμε να αποφανθούμε για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων, είναι *αντικειμενικές* (π.χ. στατιστικές μετρήσεις, μετρήσεις με διαγνωστικά μέτρα, κανονιστικά κριτήρια) και *υποκειμενικές* (π.χ. η ικανοποίηση που φέρει το άτομο, η αυτοεικόνα, και η αυτοεκτίμησή του). Βρέθηκε, λοιπόν, ότι οι άνθρωποι συχνά αντισταθμίζουν στις υποκειμενικές εκτιμήσεις τη δυσμενή αντικειμενική πραγματικότητα, και έτσι μπορούμε

να έχουμε ίδια ικανοποίηση από άτομα που ζουν σε τελείως αντίθετες συνθήκες ζωής. Για παράδειγμα, παρά την κακή προσωπική του υγεία, το άτομο αισθάνεται ψυχικά ικανοποιημένο γιατί «θα μπορούσε να ήταν χειρότερα» ή γιατί «οι άλλοι υποφέρουν περισσότερο». Αυτό σημαίνει ότι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις δεν αρκούν για την αποτίμηση των πετυχημένων γηρατειών. Είναι αναγκαίες αλλά όχι επαρκείς συνθήκες για τον ορισμό των «επιτυχών γηρατειών». Για κάτι τέτοιο χρειάζονται αντικειμενικά κριτήρια. Τα αντικειμενικά κριτήρια μπορεί να είναι:

α) *κανονιστικά*, δηλαδή κριτήρια που ορίζουν ποια είναι η ιδανική κατάσταση (π.χ. βάσει των σταδίων του Erikson (1950) ιδανικά γηρατεία είναι αυτά της «προσφοράς και σοφίας»). Οι ιδανικές αυτές καταστάσεις, όμως, αντανακλούν κυρίως προτεραιότητες της μεσαίας και ανώτερης κοινωνικής τάξης. Δεν ισχύουν για όλους τους ανθρώπους.

β) Άλλα κριτήρια μπορεί να είναι *προσαρμοστικά* (δηλαδή, σε σχέση με την ευελιξία στη συμπεριφορά). Τα κριτήρια αυτά αφορούν την αποτελεσματικότητα του ατόμου στην αντιμετώπιση ποικίλων απαιτήσεων της ζωής. Η προσαρμοστικότητα φαίνεται π.χ. στην ποιότητα της μνήμης και του γνωστικού συστήματος στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Επομένως τέτοιου είδους υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις δίνουν δείκτες της ευπροσαρμοστίας και του δυναμικού του ατόμου (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

2.3 ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΖΩΗΣ ΣΤΑ ΓΗΡΑΤΕΙΑ

Στη δεκαετία του '80 και του '90 έγινε πολλή έρευνα και συζήτηση αναφορικά με την ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων, πώς αυτή μπορεί να οριστεί και να μετρηθεί, καθώς και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν (Arnold, 1991; Birren et al., 1991; Diener, 2000; Myers, 2000; Wood, 1996 in Efklides et al, 2003). Ο όρος «ποιότητα ζωής» αναφέρεται στην αξιολόγηση των συνθηκών της ζωής ενός ατόμου, μιας ομάδας, ή ενός πληθυσμού. Υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια ή πρότυπα τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής. Αυτά συνήθως περιλαμβάνουν την ποιότητα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τη σωματική και ψυχική υγεία και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά συστήματα (Birren et al., 1991 in Efklides et al, 2003). Η ποιότητα της ζωής είναι ένας συναισθηματικά ουδέτερος όρος και αναφέρεται στη

γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης της ζωής ενός ατόμου σύμφωνα με ορισμένα κριτήρια.

Εντούτοις, υπάρχουν επίσης *υποκειμενικά* κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να μετρήσουν την ποιότητα της ζωής, δηλαδή πόσο καλή θεωρεί τη ζωή του το ίδιο το άτομο (Arnold, 1991; Diener, 2000 in Efklides et al, 2003). Αυτά τα κριτήρια αποτελούνται από κρίσεις της ικανοποίησης ζωής, την αντίληψη του ατόμου για την σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και κοινωνική του λειτουργία, την υγεία του και την οικονομική του κατάσταση, την δυνατότητα του να ακολουθεί ενδιαφέροντα και ψυχαγωγικές δραστηριότητες, την ενέργεια και τη ζωτικότητα του κ.λπ. (Arnold, 1991 in Efklides et al, 2003). Εντούτοις, ο Lawton (1991) συμπεριλαμβάνει στα κριτήρια της υποκειμενικής ποιότητας ζωής όχι μόνο την ικανοποίηση για τη ζωή, αλλά και την υποκειμενική ευημερία και το ηθικό.

- Η ικανοποίηση από τη ζωή σύμφωνα με τον Calman (1984), αντικατοπτρίζει το βαθμό που ένα άτομο πιστεύει ότι η ζωή του ικανοποιεί τα δικά του κριτήρια για την ποιότητα ζωής. Είναι μια εκτίμηση του κατά πόσο συγκλίνουν οι στόχοι, οι προσπάθειες, και οι προσδοκίες ενός ατόμου στη ζωή. Ενέχει μια σύγκριση των επιτευγμάτων ενός ατόμου με τις προσδοκίες του (Campbell et al., 1976 in Efklides et al, 2003). Αυτό υπονοεί ότι οι κρίσεις για την ικανοποίηση από τη ζωή έχουν και ένα γνωστικό (αξιολόγηση) και ένα συναισθηματικό (ικανοποίηση) μέρος.
- Η υποκειμενική ευημερία σχετίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή αλλά επίσης διαφέρει, καθώς περιλαμβάνει την αίσθηση της ευτυχίας (Diener, 2000 in Efklides et al, 2003). Η ευτυχία ορίζεται ως μια παροδική κατάσταση διάθεσης με ενθουσιασμό και χαρά, η οποία αντικατοπτρίζει την κατάσταση του ατόμου σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση του (Campbell et al., 1976 in Efklides et al, 2003). Είναι μια συναισθηματική αντίδραση σε πρόσφατα ή σε ψυχολογικά τρέχοντα γεγονότα. Ο Bradburn (1969) ορίζει την ευτυχία σαν το βαθμό κατά τον οποίο η θετική κατάσταση επικρατεί έναντι της αρνητικής (Diener, 2000 in Efklides et al, 2003). Η ικανοποίηση απ' τη ζωή συνεισφέρει στην υποκειμενική ευημερία (Diener, 2000 in Efklides et al, 2003), αλλά η δεύτερη έχει ένα πιο συναισθηματικό χαρακτήρα (Andrews, 1980; Campbell et al, 1976; McKennell et al., 1980 in Efklides et al, 2003).
- Το ηθικό, από την άλλη, αντικατοπτρίζει το κουράγιο, την αυτοπειθαρχία, την αποτελεσματικότητα και τον ενθουσιασμό ενός ατόμου (George, 1979; Stock et al., 1986;

Stones et al., 1980 in Efklides et al, 2003). Απεικονίζει την τοποθέτηση ενός ατόμου απέναντι στο μέλλον, την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία του (McDowell et al., 1987 in Efklides et al, 2003). Επομένως, το ηθικό έχει ένα γνωστικό και ένα συναισθηματικό χαρακτήρα, αν και η έμφαση δίνεται στις προσδοκίες για το μέλλον, βασισμένες στην αίσθηση ελέγχου και ανεξαρτησίας του ατόμου.

Μαζί, αυτές οι τρεις ιδιότητες της υποκειμενικής ποιότητας της ζωής δεικνύουν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή είναι ουσιαστικά μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ατόμου, η υποκειμενική ευημερία αναφέρεται στο παρόν, ενώ το ηθικό αναφέρεται στο μέλλον (Stock et al, 1986 in Efklides et al, 2003). Από τα τρία στοιχεία της ποιότητας ζωής, η υποκειμενική ευημερία είναι η περισσότερο συναισθηματικά φορτισμένη έννοια σε όρους θετικών και αρνητικών συνεπειών ενώ η ικανοποίηση ζωής και το ηθικό λιγότερο. (Σχήμα 2) (Efklides et al, 2003).

Σχήμα 2

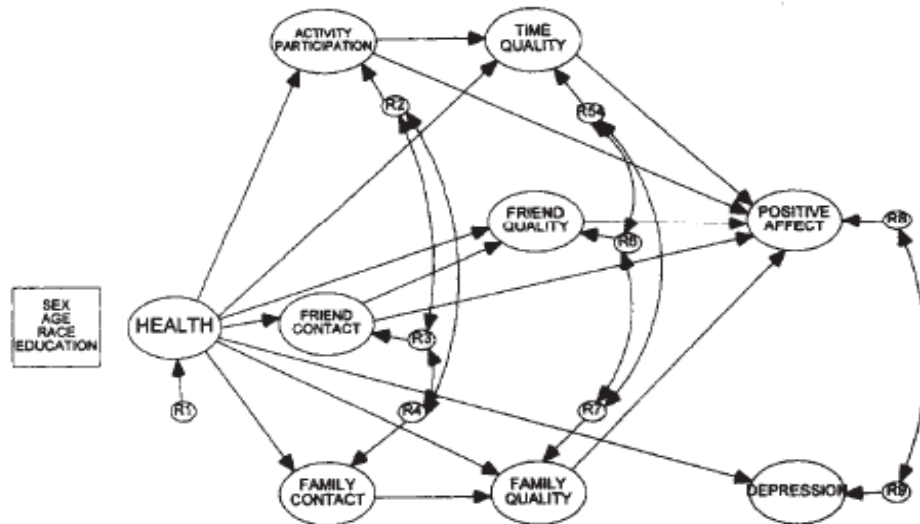


Figure 1. Exploratory model of objective and subjective quality of life and affect.

Πηγή: Powell Lawton, Laraine Winter, Morton h. Kleban, Katy Ruckdeschel, (1999), Affect and Quality of Life, journal of aging and health, 11 (2): 169-198.

2.4 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

Τα τελευταία είκοσι χρόνια έχουν γίνει πολλές ερευνητικές προσπάθειες, για να σχεδιασθούν και να σταθμισθούν πίνακες, κατάλογοι, ερωτηματολόγια, δείκτες, βαθμολογήσεις, που στοχεύουν στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης, αντίληψη του ατόμου για την υγεία του και την παροχή υπηρεσιών (Βαλάσση- Αδάμ, 2001).

Οι Fernández-Ballesteros, Zamarron, & Macia (1996), πραγματοποίησαν έρευνα μετρώντας μεταξύ άλλων την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ισπανία και σύμφωνα με το εργαλείο που χρησιμοποίησαν, αναφέρουν τις διαστάσεις της ποιότητας ζωής ως εξής: α) καλή υγεία, β) ανεξαρτησία, γ) ενεργητικότητα, δ) καλές κοινωνικές/ υγειονομικές υπηρεσίες, ε) καλές οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, στ) καλή σύνταξη/ εισόδημα, ζ) ικανοποίηση από τη ζωή, η) ποιότητα της κατοικίας, θ) ποιότητα περιβάλλοντος και ι) νέες ευκαιρίες μάθησης (Fernández-Ballesteros, 2002).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Bury Michael και Holme Anthea (1990), που πραγματοποιήθηκε στην Αγγλία, η μέτρηση της ποιότητας της ζωής, ειδικά μεταξύ των ηλικιωμένων εξαρτάται από έννοιες που είναι δύσκολο να προσδιορισθούν. Ένας διαφορετικός τρόπος ζωής μπορεί να είναι το αποτέλεσμα από περιστάσεις ή από επιλογή, ή από έναν συνδυασμό πολλών παραγόντων. Επομένως, ενδείκνυται να προσεγγισθεί ολόκληρο το θέμα με κάποια προσοχή. Οι δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι κοινοί με τις περισσότερες έρευνες σε αυτόν τον τομέα (George et al., 1980; Taylor et al. 1983 in Bury et al, 1990): κατάσταση της υγείας, ερωτήσεις για το ηθικό και την ευημερία, υλικές συνθήκες και συνθήκες διαβίωσης. Επίσης, θεμελιώδους σημασίας πρέπει να είναι η φύση και η σημαντικότητα, για το άτομο, των άτυπων και επίσημων δικτύων στήριξης, ο βαθμός και η ποιότητα της καθημερινής φροντίδας. Αλλά είναι, φυσικά, η αλληλεπίδραση αυτών των διαφορετικών επιρροών, που συνδέεται με την υποκειμενική απάντηση του ενδιαφερόμενου προσώπου, η οποία καθορίζει τελικά την ποιότητα της ζωής του ίδιου. (Bury et al, 1990)

Η «ποιότητα ζωής» στην τρίτη ηλικία εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητά του να επιτελεί τις καθημερινές του συνήθειες δραστηριότητες ώστε να έχει μια ανεξάρτητη διαβίωση, την

οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή και στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα. Η κοινωνική στήριξη είναι μια βασική έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ υπάρχουν εμπειρικά στοιχεία της σχέσης της με την υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων του ηλικιωμένου, ο βαθμός στον οποίο αλληλεπιδρά με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, και το πώς το άτομο αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευημερία, και την ποιότητα της ζωής του. (Fernández–Ballesteros, 2002)

Κεφάλαιο 3^ο: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 ΟΡΙΣΜΟΣ - ΕΙΔΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

Η κοινωνική στήριξη είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών δικτύων ενός ατόμου, καθώς επίσης και τη λειτουργική πλευρά των κοινωνικών σχέσεων μεταξύ των μελών της ομάδας. Οι δομικές συνθήκες μπορούν να κατανοηθούν σαν το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο συμβαίνουν οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, ενώ η παροχή «τρυφερότητας» και η ανταλλαγή υλικών πόρων, πληροφοριών, αγαθών ή υπηρεσιών σαν τη λειτουργική πλευρά ενός δεδομένου δικτύου.

Η κοινωνική στήριξη μπορεί να τοποθετηθεί μέσα σε ένα ευρύ εννοιολογικό δίκτυο που καλύπτει την κοινωνική ένταξη, τα κοινωνικά δίκτυα, τις κοινωνικές σχέσεις και άλλες σχετικές έννοιες που αναφέρονται τόσο και στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου (φανερή και συγκεκαλυμμένη) όσο και στην αλληλεπίδραση του με μια ομάδα, κοινότητα ή την κοινωνία (Pierce et al, 1990 in Fernández–Ballesteros, 2002). Δεν υπάρχει όμως ομοφωνία σχετικά με την έννοια της κοινωνικής στήριξης, από όλους τους επιστήμονες. (Antonucci, 1990 in Hye- Kyung et al, 2000)

Τις τελευταίες δεκαετίες, η κοινωνική στήριξη τυχαίνει τεράστιας προσοχής από την γεροντολογία. (καθώς και από άλλους κλάδους της ιατρικής όπως η ψυχολογία και η γενική ιατρική). Έρευνες σχετικές με την κοινωνική στήριξη διεξήχθησαν κατά τη διάρκεια των δεκαπέντε τελευταίων ετών σε διαφορετικά πλαίσια και κουλτούρες, και έδειξαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση με την υγεία και την ευημερία κατά τη διάρκεια της ζωής, αλλά ειδικότερα στα γηρατειά (Antonucci et al, 1996 in Fernández–Ballesteros, 2002). Εντούτοις, όπως είναι ευρέως αποδεκτό, ένα σημαντικό πρόβλημα στην έρευνα για την κοινωνική στήριξη είναι η έλλειψη ενός επαρκούς θεωρητικού πλαισίου για την κατανόηση του αντίκτυπου της κοινωνικής στήριξης στην υγεία (Schreurs et al, 2000 in Fernández–Ballesteros, 2002).

Σύμφωνα με τους Broese Van Groenou, et al (1997) γίνεται η παρακάτω διάκριση στους τύπους στήριξης. Η ανάγκη για πρακτική στήριξη συνδέεται έντονα με τις ικανότητες ενός προσώπου να εκτελέσει ορισμένες καθημερινές δραστηριότητες της

ζωής, όπως το να φροντίζει το σπίτι, το να κάνει ψώνια, ή το να φροντίζει για την προσωπική υγιεινή του. Η ανάγκη για τη συναισθηματική στήριξη προκύπτει ειδικά κατά τη διάρκεια σημαντικών μεταβάσεων ζωής, όπως η απώλεια ενός συζύγου ή η μετακόμιση σε έναν οίκο ευγηρίας. Κατά την διάρκεια του γήρατος, η ανάγκη και για τους δύο τύπους στήριξης αυξάνεται καθώς οι φυσικές ικανότητές κάποιου μειώνονται και αυξάνεται η πιθανότητά να χάσει κάποιες από τις αγαπημένες του συνήθειες. Η λειτουργία του δικτύου ως πηγή στήριξης, επομένως, αυξάνεται με την ηλικία. (Broese Van Groenou, et al, 1997)

Ο House (1981), κάνοντας επίσης διάκριση στους τύπους στήριξης, προσδιόρισε τέσσερις τύπους υποστηρικτικής συμπεριφοράς: (1) συναισθηματική υποστήριξη που περιλαμβάνει τη φροντίδα, την εμπιστοσύνη, και την ενσυναίσθηση, (2) έμπρακτη υποστήριξη που περιλαμβάνει βοήθεια με τις εργασίες τους, δανεισμό χρημάτων, και συνοδεία ατόμων με κινητικά προβλήματα, (3) πληροφοριακή υποστήριξη, η οποία αναφέρεται σε παροχή πληροφοριών ή εκμάθηση ικανοτήτων που μπορούν να δώσουν λύση σε κάποιο πρόβλημα, και (4) αξιολογητική υποστήριξη η οποία εμπεριέχει πληροφορίες που βοηθούν ένα άτομο να αξιολογήσει την προσωπική του απόδοση, για παράδειγμα όταν ένας προϊστάμενος λέει σε έναν υφιστάμενο ότι έκανε καλή δουλειά (Leavy, 1983 in Hye- Kyung et al, 2000). Εντούτοις, μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν την άποψη ότι η κοινωνική στήριξη μπορεί να καλυφθεί πραγματικά από μόνο δύο τύπους: την συναισθηματική και την έμπρακτη στήριξη (Ingersoll- Dayton et al., 1988; Lin 1986 in Hye- Kyung et al, 2000).

Η αύξηση της έρευνας για την κοινωνική στήριξη έχει αποδοθεί στην πιθανότητα ότι η «κοινωνική στήριξη παρέχει ένα φειδωλό εννοιολογικό πρότυπο για την ποικιλομορφία των ψυχοκοινωνικών συμπερασμάτων σχετικών με την υγεία» (Cohen et al., 1985, in Lewis J., 1997). Η κοινωνική στήριξη είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια που έχει μελετηθεί εκτενώς σε πολλές επιστήμες συμπεριλαμβανομένης της γεροντολογίας. Ενώ υπάρχει τώρα γενική αποδοχή της σπουδαιότητας της κοινωνικής στήριξης για την υγεία και την ευημερία, οι ποικίλες πτυχές αυτής της σχέσης απαιτούν εκτενέστερη μελέτη.

Συγκεκριμένα η έρευνα για την κοινωνική στήριξη και τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει θέματα όπως: 1) πηγές κοινωνικής στήριξης (Brody et al., 1978; Shanas, 1979; Treas, 1977, 1995 in Lewis 1997), 2) αντίκτυπος της οικογενειακής κατάστασης

και διαβίωσης στις πτυχές της κοινωνικής στήριξης (Kahana et al., 1980; Fengler et al., 1982; Kohen, 1983; Rubenstein, 1985; Goldberg et al., 1986 in Lewis 1997), 3) επίδραση της κοινωνικής στήριξης στις ανάγκες υγείας και τις κοινωνικές υπηρεσίες (O'Brien et al., 1980; Branch et al., 1983; Cafferta, 1987; Chappell, 1987; Ezell et al., 1989 in Lewis, 1997), 4) επίδραση των κοινωνικών δεσμών στην ευημερία, την ικανοποίηση για τη ζωή και την ικανότητα να ανταποκρίνονται επαρκώς στις ανάγκες της καθημερινής ζωής (Gallo, 1982; Goudy et al., 1981 in Lewis 1997), 5) κοινωνική στήριξη σχετικά με προγράμματα στέγασης και κοινοτικά προγράμματα (Pilisuk et al., 1980 in Lewis 1997; Sullivan, 1986 in Lewis 1997; Feingold et al., 1990 in Lewis 1997).

Οι Feingold, και Werby (1990) σε μια περίπτωση μελέτης ενός προγράμματος ανεξάρτητης διαβίωσης, υπογράμμισαν ότι τα προγράμματα αυτά έχουν ως κύριο στόχο την ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου και της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων. Οι ανάγκες για κοινωνική στήριξη δεν είναι κοινές για όλους, ούτε υπάρχουν κάποια προφανή πρότυπα για την κανονικότητα, αλλά μάλλον κάθε άτομο θα βρει μια μέση λύση σε κοινωνικές σχέσεις που ταιριάζουν στην προσωπικότητά του, απεικονίζουν τις αξίες και την προηγούμενη εμπειρία του, καθώς και την προσαρμογή του στις μεταβαλλόμενες συνθήκες της ζωής του (Fiske et al., 1977; Lewittes, 1989 in Lewis, 1997). Είναι πολύ σημαντικό να αναγνωριστεί η ποικιλομορφία των αναγκών για κοινωνική στήριξη μεταξύ των ηλικιωμένων σε σχέση με παράγοντες όπως η φυλή, το φύλο, το έθνος, ο σεξουαλικός προσανατολισμός, η τάξη, ακόμη και η ηλικία. (Lewis, 1997)

3.2 ΔΙΚΤΥΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ: ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ, ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η ύπαρξη κοινωνικών σχέσεων έχει σημασία για την ψυχολογική και σωματική ευεξία του ατόμου. Στους ηλικιωμένους οι κοινωνικές σχέσεις περιορίζονται. Οι Kahn και Antonucci (1980) υποστηρίζουν ότι κάθε άτομο εντάσσεται σε ένα κοινωνικό δίκτυο. Κοινωνικό δίκτυο είναι ένα σύνολο ατόμων που διαθέτουν μια χαλαρή σχέση δεσμού με ένα κεντρικό άτομο. Το κοινωνικό δίκτυο περιλαμβάνει τόσο τους συγγενείς όσο και τους φίλους και γείτονες (Troll, 1986 στο Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β).

Το κοινωνικό δίκτυο παρακολουθεί το άτομο στην πορεία της ζωής του (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β). Η δομή των κοινωνικών δικτύων αλλάζει σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου, όπως επίσης και εκείνες οι πηγές που προσφέρουν κοινωνική στήριξη. (Olsen et al, 1991)

Η Carstensen (1992), που παρακολούθησε διαχρονικά για 34 χρόνια την ανάπτυξη έξι τύπων σχέσεων στη ζωή 28 γυναικών και 22 ανδρών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό δίκτυο παρουσιάζει ανάπτυξη. Αλλάζει με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται κανείς. Στην ύστερη εφηβεία - νεότητα διευρύνεται το δίκτυο έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εύρεση συντρόφου και φίλων. Γύρω στα 30 έχει ήδη διαμορφωθεί το δίκτυο, και επικεντρώνεται στα άτομα που προσφέρουν ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την σχέση μαζί τους. Όσο όμως περνά η ηλικία οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί στις σχέσεις τους διατηρώντας εκείνες που προσφέρουν το μεγαλύτερο κοινωνικό και συναισθηματικό κέρδος.

Η κοινωνική αλληλεπίδραση μειώνεται στην προχωρημένη ηλικία (Carstensen 1991 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β), είτε γιατί οι ηλικιωμένοι αποσύρονται προοδευτικά από την κοινωνία είτε γιατί μειώνονται οι ευκαιρίες για κοινωνικές σχέσεις είτε γιατί οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί στις σχέσεις τους (επιλεκτικότητα και αντιστάθμιση κατά τους Baltes (1990)). Ωστόσο παρά τις μειωμένες επαφές οι ηλικιωμένοι αισθάνονται τη συναισθηματική εγγύτητα εξίσου με τους νέους. Γενικά, φαίνεται ότι με την αύξηση της ηλικίας οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί και περιορίζουν τον κύκλο του κοινωνικού δικτύου, αυξάνοντας τη σύνδεση με την οικογένεια και κρατώντας μόνο τους στενούς φίλους. Έτσι, παρά την ποσοτική μείωση του κοινωνικού δικτύου αυξάνει η ποιότητα. Σύμφωνα με την Κωσταρίδου- Ευκλείδη (1999β), αυτός είναι και ένας από τους λόγους που οι ηλικιωμένοι παρά το ότι μένουν συχνά μόνοι και δεν έχουν τόσες κοινωνικές σχέσεις όσες οι νεότεροι, δεν παραπονιούνται για μοναξιά.

Γενικά, οι ηλικιωμένοι δε δημιουργούν εύκολα νέες φιλίες και στενές σχέσεις όπως στη νεότητα. Οι νέες σχέσεις που δημιουργούν είναι πιο επιφανειακές. Οι φίλοι που έχουν είναι από τα προηγούμενα χρόνια, από την εφηβεία και μετά. Όσο περνάει ο καιρός, τόσο πιο δύσκολα βρίσκει κανείς άλλα άτομα με τα οποία να μοιράζεται κοινά ενδιαφέροντα, ιδέες, εμπειρίες, ιστορία.

Η σύνθεση του κοινωνικού δικτύου επηρεάζεται από τη συζυγική κατάσταση, την παρουσία/ απουσία παιδιών και την εγγύτητα (τοπική) στην οικογένεια. Όταν δεν υπάρχουν παιδιά, αυξάνεται στο δίκτυο ο αριθμός των φίλων και των αδελφών. Όταν υπάρχουν παιδιά, ο/ η σύζυγος και τα παιδιά είναι τα πιο σημαντικά μέλη του κοινωνικού δικτύου. Όταν η οικογένεια δε ζει κοντά, αυξάνεται ο αριθμός των φίλων. Οι γυναίκες έχουν πιο ευρύ κοινωνικό δίκτυο, που περιλαμβάνει περισσότερα μέλη της οικογένειας, ενώ οι άνδρες στηρίζονται περισσότερο στους φίλους (Lemme, 1995 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β). Η σύνθεση του δικτύου επηρεάζεται και από ιστορικούς και πολιτισμικούς παράγοντες, που άλλοτε ευνοούν τις οικογενειακές σχέσεις, και άλλοτε τις φιλικές. Όσο πιο παραδοσιακή και λιγότερο ατομοκεντρική είναι μία κοινωνική ομάδα, τόσο αυξάνει ο ρόλος της οικογένειας στο κοινωνικό δίκτυο.

Ως προς τη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων, έχει διατυπωθεί η θεωρία της ισότητας (Adams, 1965; Greenberg et al, 1982 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή μια σχέση διατηρείται εφόσον οι συμμετέχοντες προσφέρουν αμοιβαία. Σε μια άνιση σχέση το άτομο αισθάνεται άσχημα. Αυτός που δέχεται ευεργετήματα αισθάνεται ενοχή, ενώ αυτός που δε δέχεται ευεργετήματα, αισθάνεται θυμό και απέχθεια. Η ανισότητα στη σχέση μπορεί να οδηγήσει σε προσπάθειες αλλαγής της, ώστε να υπάρχει ισορροπία, ή σε διάρρηξη της σχέσης. Όσο πιο μακροχρόνια είναι μια στενή σχέση, τόσο πιο αμοιβαία γίνεται και τίθεται θέμα ισότητας. Αυτό που έχει σχέση είναι οι κοινοί στόχοι και το «εμείς». Επίσης τα δύο φύλα διαφέρουν στον προσανατολισμό που έχουν απέναντι στη σχέση. Οι γυναίκες είναι περισσότερο προσανατολισμένες προς την προσφορά προς αυτό που θεωρείται κοινό, δηλαδή τις ανάγκες και ευεξία του άλλου, ενώ οι άνδρες προς την αμοιβαιότητα και ισότητα στη σχέση (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β).

Σύμφωνα με τον Fernández-Ballesteros R. (2002), τα κοινωνικά δίκτυα αναφέρονται στα δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του δικτύου, της συχνότητας των επαφών και την ικανοποίηση του ατόμου από τις κοινωνικές επαφές του. Επίσης, συμπεριλαμβάνονται πτυχές σχετικές με το αίσθημα της μοναξιάς.

α) Δομικά χαρακτηριστικά του δικτύου. Που και με ποιους ζει ένα άτομο, είναι ένας σημαντικός παράγοντας όσον αφορά την κοινωνική στήριξη και τις κοινωνικές σχέσεις. Η διαβίωση στην κοινότητα ή σε ένα ίδρυμα, η μοναχική διαβίωση ή η διαβίωση με τα

μέλη της οικογένειας ή με άλλους ανθρώπους δίνουν στα άτομα τις διαφορικές ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές.

β) Συχνότητα κοινωνικών επαφών. Το πλήθος των μελών που απαρτίζουν μια οικογένεια είναι ένας μόνο δείκτης για να προσδιορίσει το κοινωνικό δίκτυο. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου είναι ένας σημαντικός συμπληρωματικός δείκτης.

γ) Ικανοποίηση από τις κοινωνικές επαφές. Ο βαθμός της ικανοποίησης από τις κοινωνικές σχέσεις είναι το τρίτο χαρακτηριστικό των κοινωνικών δικτύων. Η ικανοποίηση προέρχεται από τις σχέσεις με τα παιδιά, τα εγγόνια, τους φίλους, τους γείτονες και άλλους γνωστούς.

δ) Αίσθημα μοναξιάς. Εάν η ικανοποίηση είναι η θετική αντίδραση στην κοινωνική επαφή τότε η μοναξιά είναι η αρνητική. Αν και, προφανώς, το να είναι κανείς μόνος είναι ένα αντικειμενικό γεγονός, το να αισθάνεται μόνος είναι ένα υποκειμενικό γεγονός (Fernández-Ballesteros, 2002).

Τα τελευταία χρόνια τα κοινωνικά δίκτυα έχουν γίνει αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος και ειδικά σε σχέση με τον πιθανό τους ρόλο που αφορά στην προστασία της υγείας και της ευεξίας. Βέβαια, ένα μεγάλο μέρος της πρόσφατης έρευνας σε αυτόν τον τομέα, αποτελείται από δευτερεύουσα ανάλυση υπαρχόντων δεδομένων όπου ήταν γενικά διαθέσιμα μόνο χοντρικά μέτρα κοινωνικών δεσμών με τον/την σύζυγο, παιδιά, κοντινούς φίλους και συγγενείς. Ενώ τέτοιες μετρήσεις παρέχουν μια χοντρική αίσθηση του βαθμού των κοινωνικών δεσμών με άλλους ή της κοινωνικής ένταξης, μόνο έμμεσα εξετάζουν μια από τις βασικές υποθέσεις σχετικά με τους κοινωνικούς δεσμούς και την υγεία: ότι δηλαδή οι κοινωνικοί δεσμοί σχετίζονται με την καλύτερη έκβαση της υγείας, λόγω της στήριξης που παρέχουν. Ως επί το πλείστον, οι μελέτες που χρησιμοποιούν μετρήσεις του μεγέθους των δικτύων στηρίζονται στην υπόθεση ότι οι δεσμοί των κοινωνικών δικτύων, αντιπροσωπεύουν τις πηγές από όπου προέρχεται η στήριξη. Εντούτοις, η πρόσφατη έρευνα, σαφώς έχει προσδιορίσει ότι τέτοιοι κοινωνικοί δεσμοί μπορούν να είναι πηγές έντασης, σύγκρουσης και απαιτήσεων όπως και πηγές στήριξης. Αυτό μπορεί να είναι αληθές ειδικά για αυτούς τους ηλικιωμένους των οποίων τα άτομα των κοντινότερων κοινωνικών επαφών αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι αυξημένη ανικανότητα και ανάγκη για βοήθεια και υποστήριξη. (Seeman et al., 1988)

Σύμφωνα με τους Rennemark και Hagberg (1999), οι δομές και οι λειτουργίες των κοινωνικών δικτύων φάνηκαν να επηρεάζουν τις συμπεριφορές υγείας των

ηλικιωμένων, όπως την τάση να αναφέρουν τα συμπτώματα των ασθενειών τους, πώς τα συμπτώματα ερμηνεύονται και πόσο συχνά και ποιον συμβουλευεται το άτομο για τα προβλήματα υγείας του. Οι Rennemark και Hagberg (1998) διαπίστωσαν ότι οι δομές και οι λειτουργίες των κοινωνικών δικτύων γενικά σχετίζονταν με το αναφερόμενο σύμπτωμα και ότι όσο πιο ικανοποιημένοι ήταν οι ηλικιωμένοι από το κοινωνικό τους δίκτυο, τόσο λιγότερα συμπτώματα ανέφεραν.

Οι Olsen et al, (1991) αναφέρουν πως η πρόσφατη επιστημονική μελέτη έχει καθιερώσει και μια θεωρητική βάση και ισχυρά εμπειρικά στοιχεία για έναν αιτιώδη αντίκτυπο του κοινωνικού δικτύου στην υγεία. Αλλά η μέτρηση του ίδιου του κοινωνικού δικτύου δεν είναι κοινή μεταξύ των μελετών. Πολλές πτυχές του κοινωνικού δικτύου έχουν μελετηθεί στα προηγούμενα 10 έτη: η συχνότητα των επαφών, οι στενές σχέσεις του ατόμου, η διαθεσιμότητα, οι κοινωνικοί δεσμοί, η ενσωμάτωση, η συμμετοχή κλπ, και οι πηγές των διάφορων ειδών κοινωνικής στήριξης όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι συγγενείς και οι γείτονες. (Olsen et al, 1991)

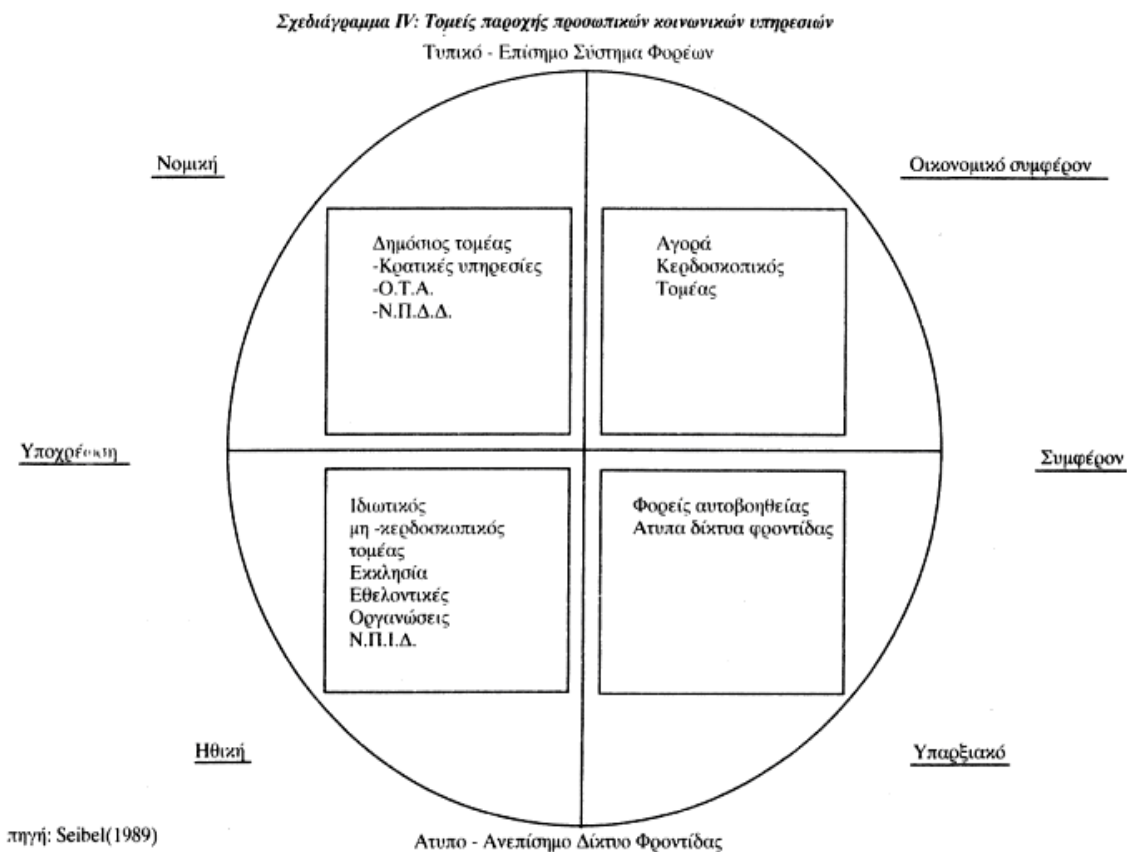
Ο Tihjuis (1994) βρήκε εκείνη την κοινωνική ολοκλήρωση, που καθορίζεται ως ο αριθμός των μελών μιας οικογένειας και ο αριθμός των φίλων, που σχετίζεται αρνητικά με τον αριθμό των αναφερόμενων συμπτωμάτων και θετικά με την υποκειμενική υγεία. Σε μια μελέτη από τον Auslander (1988), ο αριθμός των στενών φίλων, η ικανοποίηση από τους στενούς δεσμούς φιλίας, η συχνότητα επαφών και η συμμετοχή στην εκκλησία σχετίζονταν θετικά με την αναφερόμενη κατάσταση της υγείας.

Η σχέση μεταξύ του κοινωνικού δικτύου και των σχετικών με την υγεία συμπεριφορών φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των φύλων με δύο τρόπους. Αρχικά, οι γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντικότερες ως υποστηρικτές και σύμβουλοι και για τα δύο φύλα και, δεύτερον η κοινωνική στήριξη είναι πιο σημαντική για τις γυναίκες απ' ότι για τους άνδρες. Παραδείγματος χάριν οι Antonucci και Akiyama (1987) έχουν σημειώσει ότι η κοινωνική στήριξη ασκεί μεγαλύτερη επίδραση στην ευημερία των γυναικών έναντι των ανδρών και οι Flaherty και Richman (1989) εξέθεσαν έναν ισχυρότερο συσχετισμό για τις γυναίκες απ' ότι για τους άνδρες μεταξύ της κοινωνικής στήριξης και των συμπτωμάτων του άγχους και της κατάθλιψης. (Rennemark et al, 1999)

Κεφάλαιο 4^ο : ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Ο Seibel (1989) έχει κατατάξει τους φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών σε τέσσερις τομείς, τον καθένα με τα δικά του χαρακτηριστικά (σχήμα 3). Αυτοί είναι ο Δημόσιος τομέας, ο Εθελοντικός μη-κερδοσκοπικός, ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας. Οι φορείς του Δημόσιου τομέα, του εθελοντικού μη κερδοσκοπικού και του ιδιωτικού κερδοσκοπικού αναφέρονται και ως επίσημα δίκτυα φροντίδας. Είναι αυτονόητο ότι η ταξινόμηση αυτή γίνεται για αναλυτικούς λόγους, γιατί στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική είναι γνωστό ότι υπάρχει επικάλυψη των φορέων στην παροχή υπηρεσιών.

Σχήμα 3



Πηγή: Σταθόπουλος Π., (1999), Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση, Αθήνα: Έλλην

4.1 ΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στα επίσημα δίκτυα φροντίδας ανήκουν φορείς που εντάσσονται στο Δημόσιο τομέα, στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό και στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό. Στους φορείς που στο Δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται οι κρατικές υπηρεσίες, ιδίως εκείνες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Ακόμη, στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι κοινωνικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου και φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης. Χαρακτηριστικό γνώρισμα των προνοιακών φορέων του δημοσίου τομέα είναι ότι αποτελούν θεσμοθετημένα όργανα με νομική υπόσταση. Έχουν νομική υποχρέωση να παρέχουν τις προβλεπόμενες κατά περίπτωση προνοιακές υπηρεσίες στους πολίτες κατά κανόνα δωρεάν. Επίσης εξασφαλίζουν ένα επίπεδο οικονομικής διαβίωσης με τα επιδόματα και άλλες μορφές προστασίας σε άτομα και οικογένειες που στερούνται των αναγκαίων πόρων.

Στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό τομέα ανήκουν φορείς μη κυβερνητικοί όπως είναι η Εκκλησία, οι Εθελοντικές Οργανώσεις και τα Φιλανθρωπικά σωματεία. Πρόκειται, κατά κανόνα, για Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα τα οποία λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και το Υπουργείο Οικονομικών.

Οι βασικοί ρόλοι του εθελοντικού τομέα είναι οι εξής (πίνακας 1):

1. Ο δημιουργικός ρόλος. Ο εθελοντικός τομέας είναι από το φύση του ελεύθερος να καινοτομεί, να αναλαμβάνει προγράμματα και δραστηριότητες που αποσκοπούν στην πλήρη ανάπτυξη των ατόμων και των οικογενειών.
2. Στο δεύτερο ρόλο παροχής υπηρεσιών, ο εθελοντικός τομέας λειτουργεί: α) συμπληρωματικά προς το δημόσιο τομέα, β) υποβοηθητικά προς το δημόσιο. Το ίδιο ισχύει και για το ρόλο του εθελοντικού τομέα όσον αφορά τις οικονομικές παροχές, σε σχέση με το δημόσιο τομέα.

Πίνακας 1

Ρόλοι του Εθελοντικού τομέα υπηρεσιών

| Κύριοι ρόλοι | Επί μέρους ρόλοι | Δραστηριότητες - στόχοι |
|-----------------------------|-------------------------------------|---|
| Δημιουργικός | Αναπτυξιακός ρόλος | Ανάπτυξη ατόμου Ανάπτυξη κοινότητας Ανάπτυξη |
| | Καινοτομικός | Πρωτοποριακά προγράμματα |
| | Διαμεσολαβητικός | Ρόλος συνηγόρου – διαμεσολαβητού για μη προνομιούχες ομάδες |
| Παροχή υπηρεσιών | Συμπληρωματικός του δημόσιου τομέα, | Κάλυψη αναγκών: - για υπηρεσίες - για επιδόματα σε είδος |
| | Υποβοηθητικός του δημόσιου τομέα | |
| Παροχή οικονομικής βοήθειας | Βοήθεια σε χρήμα | |
| | Βοήθεια σε είδος | |

Πηγή: Downes, *Doctrine and Life*: 226 από Σταθόπουλος Π., (1999), Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση, Αθήνα: Έλλην

Στον ιδιωτικό τομέα εντάσσονται οι ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχει την ευθύνη για την έκδοση άδειας λειτουργίας και την εποπτεία τέτοιων οργανισμών. Οι δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών καλύπτονται άμεσα ή έμμεσα από τους εξυπηρετούμενους ή τις οικογένειες τους. Ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, επειδή λειτουργεί έξω από το δεσμευτικό πλαίσιο των δημοσίων υπηρεσιών, κινείται με πιο γρήγορους ρυθμούς από το Δημόσιο.

4.1.1 ΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΔΗΜΟΣΙΟΥ ΤΟΜΕΑ

Τα επίσημα δίκτυα φροντίδας που αναφέρονται σε αυτή την ενότητα απευθύνονται και στον γενικό πληθυσμό, αλλά και στους ηλικιωμένους.

4.1.1.1 Υπηρεσίες και προγράμματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας

Πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας

Η πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας και οι εξωϊδρυματικές ιατρικές υπηρεσίες βοηθούν τον ηλικιωμένο να παρατείνει την κοινωνική λειτουργία του και να αποφύγει την εισαγωγή του σε ίδρυμα. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη υγείας παρέχεται κυρίως από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) που περιλαμβάνει κέντρα υγείας στις αγροτικές περιοχές και τα εξωτερικά ιατρεία των δημόσιων νοσοκομείων στις αστικές περιοχές, υπηρεσίες

που παρέχονται από διάφορους ασφαλιστικούς φορείς, από την Τοπική Αυτοδιοίκηση και από τον ιδιωτικό τομέα.

Οι γιατροί που παρέχουν πρωτοβάθμια περίθαλψη μπορεί να εργάζονται: α) σε νοσοκομείο, β) σε πολυϊατρεία ασφαλιστικών φορέων, γ) να έχουν δικό τους ιατρείο και να είναι συμβεβλημένοι με ένα ή περισσότερα ταμεία, ή δ) να είναι γιατροί που για διάφορους λόγους δεν θέλουν να συμβληθούν με ταμεία υγείας, το κόστος των υπηρεσιών των οποίων καλύπτεται εξ ολοκλήρου από τους ασθενείς.

Τα Κέντρα Υγείας είναι βασική μονάδα της πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Ιδρύθηκαν το 1983 με στόχο την παροχή υπηρεσιών υγείας στον αγροτικό πληθυσμό. Παρέχουν πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη, νοσηλεία και παρακολούθηση των ασθενών, μεταφέρουν ασθενείς στο Κέντρο Υγείας ή σε νοσοκομεία, ασκούν προληπτική ιατρική, παρέχουν φάρμακα, και υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας.

Πρωτοβάθμια περίθαλψη προσφέρεται και στα εξωτερικά ιατρεία των μεγάλων νοσοκομείων όπου όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες γιατρών διαφόρων ειδικοτήτων. Με το Ν. 2519/1997 προβλεπόταν να λειτουργούν τα νοσοκομεία το απόγευμα και οι γιατροί των νοσοκομείων να επισκέπτονται τους ασθενείς στα σπίτια.

Επίσης πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται και από τα νοσοκομεία ημέρας. Στα νοσοκομεία ημέρας προσφέρεται εκτός από την απαραίτητη νοσηλεία, φυσικοθεραπεία, διατροφή, ασφάλεια, ψυχαγωγία. Είναι στελεχωμένα με γιατρούς, νοσηλευτές, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, κοινωνικούς λειτουργούς και εθελοντές. Για παράδειγμα στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών λειτουργεί Νοσοκομείο Ημέρας, όπως και τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής διαθέτουν Μονάδες ημερήσιας περίθαλψης. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

Δευτεροβάθμια περίθαλψη

Τα νοσοκομεία παρέχουν δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια περίθαλψη ανάλογα με την κατηγορία στην οποία ανήκουν και σε ηλικιωμένους ασθενείς. Παράλληλα από το 1992 θεσμοθετήθηκε η κατ'οίκον νοσηλεία και στην Ελλάδα. Αρκετά νοσοκομεία της χώρας παρέχουν και κατ'οίκον νοσηλεία. Η υπηρεσία της «κατ'οίκον νοσηλεία» παίζει σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και στην ενεργοποίηση της οικογένειας και του ασθενή στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας. Στελεχώνεται από ιατρονοσηλευτικό

προσωπικό, κοινωνικούς λειτουργούς, επισκέπτες υγείας και άλλο εξειδικευμένο προσωπικό με πλήρη ή μερική απασχόληση. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

4.1.1.2 Υπηρεσίες και προγράμματα του δημόσιου συστήματος κοινωνικής φροντίδας

Οικονομική ενίσχυση

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης διαθέτει προγράμματα οικονομικής ενίσχυσης για άτομα που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Οι Διευθύνσεις Κοινωνικής Πρόνοιας της κάθε Νομαρχίας παρέχουν οικονομική ενίσχυση σε ανασφάλιστα ηλικιωμένα άτομα άνω των 60 ετών με απόλυτη αναπηρία, όπως επίσης δίδεται έκτακτη οικονομική ενίσχυση σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης, ενώ παρέχεται και επιδότηση ενοικίου σε άτομα άνω των 65 που δεν έχουν ιδιόκτητη στέγη και βρίσκονται σε οικονομική αδυναμία.. Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας παρέχει βοήθεια σε φτωχούς ηλικιωμένους. (Σταθόπουλος 1999)

Ιδρυματική περίθαλψη

Τα θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων (ΘΧΠ) του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης έχουν σκοπό την περίθαλψη χρονίως πασχόντων, επομένως και ηλικιωμένων, καθώς και την ιατρική και κοινωνική τους αποκατάσταση. Μέσα σε κάθε ΘΧΠ λειτουργεί μονάδα αποκατάστασης στελεχωμένη με γιατρούς, κοινωνικούς λειτουργούς, φυσιοθεραπευτές, εργοθεραπευτές και άλλες ειδικότητες. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

Κοινοτικά προγράμματα

Το κεντρικό κράτος και η τοπική αυτοδιοίκηση παρέχουν επίσης υπηρεσίες που έχουν σαν στόχο την κοινοτική φροντίδα των ηλικιωμένων.

- **Τα Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)**

Τα Κ.Α.Π.Η. αποτελούν υπηρεσίες για ηλικιωμένους σε τοπικό επίπεδο, που παρέχουν ημερήσια φροντίδα, λειτουργία λέσχης, ψυχαγωγικά προγράμματα και διάφορες

ιατροκοινωνικές υπηρεσίες. Γίνονται δεκτά άτομα 60 ετών και άνω που είναι κάτοικοι του Δήμου στον οποίο λειτουργεί Κ.Α.Π.Η..

Το προσωπικό συνίσταται από ιατρό με μερική απασχόληση, κοινωνικό λειτουργό, επισκέπτρια αδελφή ή νοσοκόμα τριετούς φοίτησης, φυσικοθεραπευτή, εργοθεραπευτή, οικογενειακή βοηθό. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

Σύμφωνα με τον Οργανισμό των Κ.Α.Π.Η. σκοπός είναι: α) η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου, β) η διαφώτιση και συνεργασία του ευρύτερου κοινού και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων. (Αμηρά και συν, 1986)

- **Τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι»**

Πρόκειται για παροχή πρακτικών υπηρεσιών σε μέλη των ΚΑΠΗ στο σπίτι τους. Το πρόγραμμα προσφέρει ιατρική φροντίδα με επισκέψεις στα σπίτια, νοσηλευτικές υπηρεσίες και φυσικοθεραπεία, κοινωνική εργασία με άτομα, ομάδες και κοινότητα, κοινωνική εργασία με την οικογένεια. Σημαντικές επίσης παροχές για τον ηλικιωμένο είναι οι πρακτικές εξυπηρετήσεις όπως: εξόφληση λογαριασμών, ψώνια, μαγείρεμα, βασική καθαριότητα του σπιτιού. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

- **Οι Λέσχες φιλίας**

Οι Λέσχες Φιλίας του Δήμου Αθηναίων είναι θεσμός που εξυπηρετεί ανάγκες ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας που είναι δημότες και κάτοικοι της Αθήνας. Ιδρύθηκαν το 1985. Στόχο έχουν να προσφέρουν σε ηλικιωμένα άτομα φροντίδα και υποστήριξη, ψυχαγωγία και δημιουργική απασχόληση, κοινωνικές υπηρεσίες και προληπτική φροντίδα υγείας. (Σταθόπουλος, 1999)

- **Τα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ**

Στα Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας του ΕΟΠ επιδιώκεται η δημιουργία ενός μόνιμου χώρου όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντώνται και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους, αξιοποιώντας ομαδικά και δημιουργικά τον ελεύθερο χρόνο τους. Σε ορισμένα από αυτά από το 1991 είχε αρχίσει να εφαρμόζεται πειραματικά ένα πρόγραμμα βοήθειας στο σπίτι. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

Άλλα προγράμματα για ηλικιωμένους

Το Πρόγραμμα *Ageing Well Europe* αποτελεί ένα πανευρωπαϊκό πρόγραμμα υγείας για ηλικιωμένους που έχει στόχο την επιμήκυνση της ενεργού και μη εξαρτημένης διάρκειας ζωής των ηλικιωμένων, μέσω της προαγωγής της καλής υγείας. Το Ελληνικό πρόγραμμα προαγωγής της υγείας στην τρίτη ηλικία ξεκίνησε το 1996 από την Ελληνική Γeronτολογική και Γηριατρική Εταιρεία. Σκοπός είναι η δημιουργία εθνικού δικτύου προαγωγής υγείας για τους ηλικιωμένους. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

4.1.2 ΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΤΟΥ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΜΗ ΚΕΡΔΟΣΚΟΠΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ

Υπηρεσίες για τους ηλικιωμένους παρέχει και η εκκλησία, οι διάφορες μη κυβερνητικές οργανώσεις και η ιδιωτική-επιχειρηματική πρωτοβουλία.

Το έργο της Εκκλησίας.

Η Αρχιεπισκοπή Αθηνών και όλες οι Μητροπόλεις διαθέτουν Γενικά και Ενοριακά Φιλόπτωχα Ταμεία που βοηθούν άτομα που έχουν ανάγκη. Τα Κέντρα Ενοριακής Αγάπης (ΚΕΑ) παρέχουν τροφή, ειδική φροντίδα και στοργή σε υπερήλικες. Οι ηλικιωμένοι λαμβάνουν τροφή, ηθική ενίσχυση και παρηγοριά. Η Ιερά Αρχιεπισκοπή Αθηνών έχει συστήσει από το 1969 ειδική Κοινωνική Υπηρεσία για τη βοήθεια αναξιοπαθούντων ατόμων όλων των ηλικιών. (Πουλοπούλου- Έμκε 1999)

Η υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού (ΕΕΣ)

Ο ΕΕΣ ίδρυσε υπηρεσία νοσηλείας στο σπίτι που παρέχει νοσηλευτική φροντίδα σε άτομα όλων των ηλικιών που εξέρχονται από το νοσοκομείο, ιατρική εξέταση όλων των ατόμων που εντάσσονται στο πρόγραμμα, φυσιοθεραπεία- αποκατάσταση, βοήθεια για εξέταση από γιατρούς, εργαστηριακές εξετάσεις, εκπαίδευση των μελών της οικογένειας και των ασθενών και ενεργοποίηση τους στην αντιμετώπιση των αναγκών υγείας. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999)

Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού

Το πρόγραμμα τηλεσυναγερμού στο σπίτι εφαρμόζεται στην Αθήνα και πρόσφατα στην Θεσσαλονίκη από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό (ΕΕΣ) με την συνεργασία του

Υπουργείου Υγείας με σκοπό την παροχή άμεσης βοήθειας σε έκτακτες καταστάσεις μέσα από σύγχρονα τεχνολογικά μέσα σε ηλικιωμένα μοναχικά άτομα, άτομα με ειδικές ανάγκες και χρόνιες παθήσεις. (Πανέρα, 1999).

4.2 ΑΝΕΠΙΣΗΜΑ ΔΙΚΤΥΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

4.2.1 Δίκτυα Άτυπης Φροντίδας

Στον τέταρτο τομέα των δικτύων εντάσσονται οι φορείς αυτοβοήθειας και τα δίκτυα άτυπης φροντίδας. Κατά κανόνα δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο λειτουργίας, και όπου υπάρχει, συνήθως οι ομάδες αυτοβοήθειας λειτουργούν ως σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται από τον ανεπίσημο τρόπο οργάνωσης και λειτουργίας.

Ο όρος "ανεπίσημη φροντίδα" επίσης χρησιμοποιείται για να διακρίνεται από παρόμοιες μορφές φροντίδας η οποία όμως παρέχεται με αμοιβή από οικιακές βοηθούς, πρακτικές νοσοκόμες, φροντιστές ηλικιωμένων κ.ά. Η Στασινοπούλου (1992:113) δίνει τον εξής ορισμό και την περιγραφή των μορφών της άτυπης φροντίδας: Η ανεπίσημη φροντίδα είναι η βοήθεια και η στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα "άτυπα δίκτυα", δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας. Βασικός φορέας άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια, και ακολουθούν οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες. "Η οικογένεια θεωρείται το πιο σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, τόσο στη χώρα μας όσο και στις χώρες με διευρυμένα συστήματα κράτους πρόνοιας".

Στην Ελλάδα επικρατεί η αντίληψη ότι τα άτυπα δίκτυα, ιδιαίτερα τα οικογενειακά και ευρύτερα συγγενικά δίκτυα, παρέχουν ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας, καθημερινής αλλά και εντατικής, καθώς υποκαθιστούν ή συμπληρώνουν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών. Άλλωστε δεν έχουν επιλογή, εφόσον απουσιάζουν οι απαραίτητες υπηρεσίες που θα κάλυπταν αυτές τις ανάγκες.

Το βασικό κίνητρο στη λειτουργία των άτυπων δικτύων είναι η αυτοβοήθεια, και το ενδιαφέρον για εξυπηρέτηση ατόμων με παρόμοιες ανάγκες και προβλήματα. Όπως επισημαίνει ο Johnson (1987:103), οι ομάδες αυτοβοήθειας σχηματίζονται από ανθρώπους οι οποίοι αντιμετωπίζουν ένα κοινό πρόβλημα.

Οι ομάδες αυτές είναι πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες για τους εξής λόγους: α) υπάρχει αδυναμία του κράτους να καλύψει όλες τις ανάγκες για κοινωνική προστασία, β) επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να αυτενεργούν και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, παρά να περιμένουν λύσεις στα προβλήματα τους από τις κρατικές υπηρεσίες, γ) υπάρχει η πεποίθηση ότι, αν οργανωθούν οι πολίτες σε ομάδες αυτοβοήθειας, θα επιτύχουν πολύ περισσότερα οφέλη παρά αν δράσουν ατομικά. Με τη συλλογική δράση οι πολίτες νοιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο των πράξεων τους και δεν εξαρτώνται από τη διάθεση και το ενδιαφέρον των κρατικών λειτουργών.

Οι σχέσεις μεταξύ του επίσημου τομέα παροχής κοινωνικής φροντίδας και του ανεπίσημου τομέα δεν είναι εύκολο να ερευνηθούν εμπειρικά επειδή υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες και μεθοδολογικές δυσκολίες. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι σχέσεις είναι συμπληρωματικές. Άλλοι πιστεύουν ότι οι δυνατότητες διαπλοκής και συντονισμού είναι περιορισμένες ή και ανύπαρκτες. Ακόμη δεν είναι σαφές πως αλληλοεπηρεάζονται οι δύο τομείς.

Συχνά στις συζητήσεις για την έκταση και τη μορφή της ανεπίσημης φροντίδας γίνεται αναφορά στην έμφαση που δίνεται τελευταία στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα. Η τάση αυτή ξεκίνησε με την πολιτική αποασυλοποίησης και συρρίκνωσης των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης για χρονίως πάσχοντες από σωματικές αναπηρίες και ψυχολογικές διαταραχές. Με την αποασυλοποίηση επιδιώκεται η ενσωμάτωση του ατόμου στο οικογενειακό και κοινοτικό του περιβάλλον. Η έμφαση είναι στη φροντίδα μέσα στην κοινότητα και από την ίδια την τοπική κοινότητα.

Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, όπως επισημαίνει η Στασινοπούλου (1992:114), αναφέρεται "στη δημιουργία εξωϊδρυματικών αλλά κυρίως επίσημων μορφών (φροντίδας) με ενδιαφέρον για την ενεργό συμμετοχή της τοπικής κοινότητας". Η φροντίδα από την κοινότητα "αφορά κατά κύριο λόγο τη λειτουργία άτυπων δικτύων" κυρίως από την οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους και, κυρίως, τις γυναίκες. Η τοπική κοινότητα, από τη σκοπιά της παροχής φροντίδας, ενδιαφέρει τόσο σαν πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν τα διάφορα άτομα και άλλα κοινωνικά δίκτυα, όσο και σαν φορέας παροχής φροντίδας.

Με την θεσμοθέτηση του δευτέρου βαθμού τοπικής αυτοδιοίκησης - της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης - στην Ελλάδα, έχει ήδη τεθεί το θέμα των αρμοδιοτήτων και του ρόλου της Κεντρικής Εξουσίας και Τοπικής Αυτοδιοίκησης (πρώτου και

δεύτερου βαθμού) στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Δεν είναι ακόμη σαφές πώς θα γίνει αυτός ο διαχωρισμός και ποιον τελικά ρόλο θα κληθεί να παίξει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Η Κεντρική διοίκηση έχει την επιτελική ευθύνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό του συνόλου των κοινωνικών υπηρεσιών, δηλαδή Υγεία/ Ψυχική υγεία, Κοινωνική Ασφάλεια/ Ασφάλιση, Κοινωνική Κατοικία, Εκπαίδευση, Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες. (Σταθόπουλος, 1999)

4.2.2 Φροντίδα των ηλικιωμένων από τα άτυπα δίκτυα και ιδιαίτερα από την οικογένεια

Τα άτυπα δίκτυα συγγενών, φίλων, γειτόνων και της γενικότερης κοινότητας έχουν παίξει μέχρι σήμερα σημαντικό ρόλο στην φροντίδα των ηλικιωμένων. Τα άτυπα δίκτυα προσφέρουν βοήθεια, όπως οικονομική ενίσχυση, στέγαση, σίτιση, βοήθεια για εξυπηρέτηση αναγκών, όπως μετακινήσεις, προσωπική καθαριότητα καθώς και ψυχολογική στήριξη και παρέα. Ο ρόλος, όμως, των άτυπων δικτύων στην φροντίδα των ηλικιωμένων, αν και ακόμα αρκετά εκτεταμένος, θεωρείται ότι έχει μειωθεί τις τελευταίες δεκαετίες. Τα τελευταία χρόνια η προώθηση της άτυπης φροντίδας των ηλικιωμένων έχει πάρει θέση προτεραιότητας στην κοινωνική πολιτική των χωρών της Κοινότητας.

Γίνεται προσπάθεια να μειωθεί η έκταση της κρατικής, και ιδίως της ιδρυματικής, περίθαλψης των ηλικιωμένων και να τονωθεί η παροχή άτυπης φροντίδας από συγγενείς, φίλους και γείτονες. Η στροφή αυτή των κρατών προς την άτυπη φροντίδα έχει να κάνει όχι μόνο με το σχετικό κόστος των δύο μορφών περίθαλψης, αλλά και με διαπιστώσεις για την ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τις διαφορετικές πηγές, και με τις προτιμήσεις των ίδιων των ηλικιωμένων. Οι προσπάθειες, όμως, για την ενίσχυση του ρόλου των άτυπων δικτύων στην παροχή φροντίδας εγκυμονούν ορισμένους κινδύνους. (Καβουνίδη, 1996)

Σε όλες τις χώρες της Κοινότητας, το βάρος της άτυπης φροντίδας πέφτει στις γυναίκες. Όπως έχει παρατηρηθεί σχετικά με τον ευρύτατα διαδεδομένο αυτή τη στιγμή στόχο της «φροντίδας στην οικογένεια και την κοινότητα», οι λέξεις «οικογένεια» και «κοινότητα» αποτελούν ευφημισμό για γυναίκες συγγενείς (Συμεωνίδου, 1996). Έχει επίσης επισημανθεί ότι, με τις προσπάθειες του κράτους αν αναλάβουν η οικογένεια και

η κοινότητα μεγαλύτερο ρόλο στην παροχή άτυπης φροντίδας, τίθενται θέματα της ελευθερίας και της επιλογής του ατόμου, και από τη μεριά αυτών από τους οποίους ζητείται η βοήθεια και από την μεριά αυτών που παροτρύνονται να καταφύγουν στην οικογένεια ή σε άλλα πρόσωπα για βοήθεια. Όπως έχει παρατηρηθεί, δε πρέπει η οικογένεια και το κράτος να θεωρούνται εναλλακτικές λύσεις φροντίδας, αλλά συμπληρωματικές μορφές που οι δεσμοί ανάμεσα τους και οι αλληλεπιδράσεις τους πρέπει να ερευνηθούν (Kaufmann, 1991 στο Καβουνίδη1996).

Οι αρχές και οι αξίες που διέπουν την κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών στα άτυπα δίκτυα διαφέρουν από εκείνες που διέπουν την κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών στην αγορά. Οι τρόποι και η συχνότητα ανταλλαγής βοήθειας από τα άτυπα δίκτυα εξαρτώνται από τις ανάγκες των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, τις δυνατότητές τους να καλύψουν τις ανάγκες αυτές, τις εναλλακτικές επιλογές ή λύσεις από το να ζητήσουν βοήθεια από τα δίκτυα αυτά και τις αντιλήψεις προς τα διάφορα άτομα ή οργανισμούς, από τους οποίους μπορεί να ζητηθεί βοήθεια.

Την τελευταία δεκαετία, διάφοροι παρατηρητές, κοινωνικοί επιστήμονες και μη, έχουν ισχυριστεί ότι αυτά τα δίκτυα έχουν αποδυναμωθεί σημαντικά και δεν προσφέρουν την ίδια βοήθεια όπως παλιότερα. Βέβαια, δεν υπάρχουν ουσιαστικά στοιχεία που να στηρίζουν αυτή την άποψη. Παραμένει μια υπόθεση. Δεν υπάρχουν κατάλληλες έρευνες για τις σχέσεις συγγενών και την ανταλλαγή βοήθειας ανάμεσα στους συγγενείς για τη σημερινή Ελλάδα, ούτε αντίστοιχες έρευνες για το παρελθόν, που θα επέτρεπαν να γίνει μία σύγκριση του χθες με το σήμερα.

Όπως έχει φανεί από πρόσφατες κριτικές παλαιότερων εργασιών για την οικογένεια στην Ευρώπη, υπάρχει μία τάση για εξιδανίκευση της οικογένειας του παρελθόντος. Η οικογένεια του παρελθόντος παρουσιάζεται με ρόδινα χαρακτηριστικά που συνήθως δεν ανταποκρίνονται στην τότε πραγματικότητα. Αυτή η ρόδινη εικόνα της οικογένειας του παρελθόντος επηρεάζει τις εικόνες που χτίζουμε για τη σημερινή οικογένεια. Αν και πρέπει να κρατώνται αποστάσεις από τις εξιδανικεύσεις της οικογένειας του παρελθόντος, πρέπει ταυτόχρονα να αναγνωρισθεί ότι σημαντικές οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές, που έχουν συσχετισθεί αλλού με σημαντικές αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας, τις έχει γνωρίσει και η Ελλάδα τις τελευταίες δεκαετίες και πιθανότατα είχαν σημαντικές επιπτώσεις στην οικογένεια και εδώ. Ανάμεσα σ' αυτές τις οικονομικές και κοινωνικές αλλαγές είναι η μετανάστευση, η

εκβιομηχάνιση και η αύξηση της συμμετοχής των γυναικών στην πληρωμένη εργασία έξω από το σπίτι. Η μορφή των επιπτώσεων αυτών των αλλαγών εξαρτάται από το πώς συνδυάζονται οι δομικές αλλαγές ή οι διαδικασίες αυτές με τις προϋπάρχουσες δομές της συγκεκριμένης κοινωνίας. (Καβουνίδη, 1996)

Η οικογένεια παίζει όλο και σημαντικότερο ρόλο στο κοινωνικό δίκτυο του ατόμου. Η συμβολή του/ της συζύγου είναι πρωταρχική. Ακολουθεί αυτή των παιδιών, των αδελφών και των άλλων συγγενών. Ειδικά το ηλικιωμένο άτομο εξαρτάται όλο και περισσότερο με την αύξηση της ηλικίας από την οικογένειά του και η εξάρτηση αυτή μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς της ζωής. Εξάρτηση σημαίνει ότι το άτομο ενεργητικά ή παθητικά ζητά ή αποδέχεται βοήθεια απ' όλους σε βαθμό μεγαλύτερο απ' αυτόν που απαιτείται για να αντιμετωπίσει τις σωματικές και ψυχολογικές του ανάγκες (Horgas, Wahl, & Baltes, 1996 στο Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β).

Η εξάρτηση είναι για παράδειγμα μια φυσιολογική κατάσταση για τα παιδιά, αλλά όσο μεγαλώνουν τόσο αυξάνει η τάση και η πίεση για ανεξαρτησία. Στους ηλικιωμένους η εξάρτηση επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες όπως η σωματική αδυναμία, η ψυχική υγεία, η χρήση φαρμάκων, το περιβάλλον και οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις. Το ίδιο το περιβάλλον του ηλικιωμένου μπορεί να γίνεται πιο προστατευτικό και να φέρει σε κατάσταση εξάρτησης τον ηλικιωμένο αν ανησυχεί για την κατάστασή του. Η εξαρτημένη απ' όλους συμπεριφορά μπορεί να εκδηλωθεί σε διάφορους τομείς, όπως ο νοητικός, ο σωματικός ή ο οικονομικός, και σε διάφορα επίπεδα όπως το συμπεριφορικό, το προσωπικό, περιστασιακό ή διαπροσωπικό. Αιτίες της εξάρτησης μπορεί να είναι κοινωνικο- πολιτισμικές, οικονομικές, περιβαλλοντικές, και προσωπικότητας. Πολλές φορές η εξάρτηση από τους άλλους δημιουργεί προβλήματα και στο άτομο και στους οικείους του, αλλά σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να βοηθήσει στη προσαρμογή κυρίως σε νέες καταστάσεις.

Γενικά, η σημασία της οικογένειας με τις σχέσεις αλληλεξάρτησης που έχει είναι μεγάλη για όλους, υγιείς και ασθενείς. Γίνεται, όμως, ακόμη πιο μεγάλη στην περίπτωση που το άτομο αρρωσταίνει. Το είδος της φροντίδας αλλάζει, επίσης, διότι οι ηλικιωμένοι πλέον δεν ασθενούν από οξείες καταστάσεις, αλλά από χρόνιες. Αυτό σημαίνει ότι η φροντίδα είναι για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και πιο δύσκολη.

Φροντίδα προς τους ηλικιωμένους προσφέρουν κυρίως οι σύζυγοι (περίπου 30%) και τα ενήλικα παιδιά (30%-40%), εκ των οποίων το 80% είναι γυναίκες. Η συνήθης

ηλικία των γυναικών είναι τα 40-50 οπότε και πιέζονται από τη μία από τις απαιτήσεις της δουλειάς και της δικής τους οικογένειας και από την άλλη από την ανάγκη φροντίδας των γονέων. Σε οικογένειες με περισσότερα του ενός παιδιά, τη φροντίδα του ηλικιωμένου αναλαμβάνει αυτός που είναι πιο πρόσφορος είτε γεωγραφικά, είτε συζυγικά, είτε εργασιακά, είτε από άποψη παιδιών. Αν και οι γυναίκες φροντίζουν περισσότερο την οικογένεια, οι άνδρες αισθάνονται εξίσου την υποχρέωση ή τη στοργή. Η προσφορά των ανδρών είναι περισσότερο οικονομική, στην συντήρηση του σπιτιού και στις επισκευές, ενώ των γυναικών στη φροντίδα υγείας. (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β)

Η Πουλοπούλου- Έμκε (1999) υποστηρίζει πως η οικογένεια παρέχει το μεγαλύτερο μέρος της φροντίδας σε ηλικιωμένους και στο τέλος του 20^{ου} αιώνα εξακολουθεί να παίζει σημαντικό ρόλο στη βοήθεια των ηλικιωμένων ατόμων σε όλες τις χώρες. Οι φροντιστές αποτελούν μια ανομοιογενή ομάδα που συνδέεται με την ηλικία, το φύλο, τη σχέση και την συγκατοίκηση με το εξαρτημένο άτομο.

Τα μέλη της οικογένειας εντός και εκτός νοικοκυριού βοηθούν το εξαρτημένο μέλος. Ακόμα και όταν οι ηλικιωμένοι ζουν σε άλλο σπίτι, η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο όταν δεν αυτοεξυπηρετούνται. Ο κύριος φροντιστής συνήθως μένει στο ίδιο κτίριο ή αλλού. Ένας σημαντικός παράγοντας είναι η απόσταση που χωρίζει τον φροντιστή από τον εξαρτημένο. Ο φροντιστής που βρίσκεται μακριά δεν μπορεί να παρέχει όλες τις μορφές φροντίδας, μπορεί όμως να συμμετέχει στην φροντίδα. (Έμκε-Πουλοπούλου, 1999).

Από την άλλη, υπάρχουν και κάποιες περιπτώσεις που ενήλικες δεν φροντίζουν τους ηλικιωμένους γονιούς, όχι γιατί αδιαφορούν, αλλά γιατί και οι ίδιοι αντιμετωπίζουν οικονομικά ή συναισθηματικά προβλήματα. (Πανέρα, 1999)

Β' ΜΕΡΟΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

Κεφάλαιο 5^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της έρευνας είναι η καταγραφή των δικτύων κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων με αυτόνομη διαβίωση ενός αστικού κέντρου, όπως το Ηράκλειο Κρήτης, καθώς και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής τους, κυρίως της καθημερινής λειτουργικότητας και των προβλημάτων υγείας. Επίσης στόχος είναι η διερεύνηση της σχέσης της αντικειμενικής και υποκειμενικής κοινωνικής στήριξης με τις άλλες διαστάσεις της ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου, αλλά και με την αντίληψή του για τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή του.

5.2 ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ/ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

- Ποια είναι τα άτυπα και επίσημα δίκτυα κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων του συγκεκριμένου δείγματος (αντικειμενική στήριξη);
- Πώς αντιλαμβάνονται οι ηλικιωμένοι την κοινωνική στήριξη που τους παρέχεται από το περιβάλλον τους (υποκειμενική στήριξη) ;
- Υπάρχει σχέση μεταξύ ορισμένων κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και των ειδών κοινωνικής στήριξης;
- Αντίστοιχα, πώς σχετίζονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του ερωτώμενου με τους δείκτες υγείας και λειτουργικότητας;
- Μεγαλύτερη αντικειμενική και υποκειμενική στήριξη σχετίζεται με λιγότερα προβλήματα υγείας και λειτουργικότητας;
- Μικρότερη κοινωνική στήριξη (αντικειμενική και υποκειμενική) συσχετίζεται με μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους;

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας δείκτης ποιότητας ζωής, καθώς άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία είναι καλά στην υγεία τους τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένοι από τη ζωή τους γενικότερα. Ως πιθανοί παράγοντες που επηρεάζουν την αντίληψη αυτή, εξετάστηκαν το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση και η ύπαρξη κάποιας χρόνιας νόσου.

5.3 ΤΟ ΔΕΙΓΜΑ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα επτά Κ.Α.Π.Η. του Δήμου Ηρακλείου, με συμπλήρωση ίσου, περίπου, αριθμού ερωτηματολογίων από το καθένα. Το δείγμα αποτέλεσαν άτομα τρίτης ηλικίας που είναι χρήστες των συγκεκριμένων Κ.Α.Π.Η., καθώς εκείνοι που τα επισκέπτονται είναι κυρίως αυτοεξυπηρετούμενα άτομα. Επίσης, το Κ.Α.Π.Η. αποτελεί μέρος συγκέντρωσης ατόμων τρίτης ηλικίας. Ο αριθμός των εγγεγραμμένων μελών την περίοδο της έρευνας ήταν περίπου 11.000 άτομα.

Ως βασικά κριτήρια εισαγωγής ορίσθηκαν τα παρακάτω:

- 1) Άτομα ηλικίας από 65 ετών και άνω.
- 2) Άνδρες και γυναίκες σε ίση περίπου αναλογία.
- 3) Άτομα με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και ανεξάρτητη διαβίωση.

5.4 ΤΟ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου. Οι ερωτήσεις αυτές μέτρησαν τα άτυπα και επίσημα δίκτυα κοινωνικής στήριξης του ηλικιωμένου, καθώς και την υποκειμενική αντίληψη για την κοινωνική στήριξη που του παρέχουν τα δίκτυα. Επίσης, η ποιότητα ζωής αξιολογήθηκε με την καταγραφή των προβλημάτων υγείας του, την μέτρηση της λειτουργικότητας του ηλικιωμένου στην καθημερινότητά του, καθώς και του βαθμού ικανοποίησής του από την ζωή του.

Οι θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου ήταν οι παρακάτω:

- Κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία
- Υγεία και λειτουργικότητα
- Αντικειμενικοί δείκτες κοινωνικής στήριξης
- Υποκειμενικοί δείκτες κοινωνικής στήριξης
- Ικανοποίηση από τη ζωή

Σκοπός της πρώτης ενότητας ήταν η συλλογή ατομικών πληροφοριών από τους ηλικιωμένους όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση, εργασία, κατοικία.

Στη δεύτερη ενότητα εξετάστηκαν παράμετροι που αφορούσαν την υγεία και την λειτουργικότητα του κάθε ατόμου, πιο συγκεκριμένα η υποκειμενική αντίληψη του ηλικιωμένου για την κατάσταση της υγείας του, η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, η χρήση υπηρεσιών υγείας, η χρήση φαρμάκων και στο κομμάτι που αφορούσε την λειτουργικότητα εξετάστηκε η ύπαρξη ή μη ανάγκης για βοήθεια σε καθημερινές λειτουργίες. Συγκεκριμένα, για την ποσοτικοποίηση της ανάγκης για βοήθεια (λειτουργικότητα) δημιουργήθηκε μία κλίμακα (scale) βασιζόμενη στην ερώτηση 13 του ερωτηματολογίου. Η κλίμακα αυτή αποτελείται από 10 επιμέρους ερωτήσεις (items) με πιθανές απαντήσεις 1=«καθόλου» έως 4=«δεν μπορώ να το κάνω μόνος». Η «ανάγκη για βοήθεια» λαμβάνει τιμές από 10 έως 40, όπου η μικρότερη τιμή δηλώνει λιγότερη ανάγκη για βοήθεια. Η αξιοπιστία της κλίμακας μετρήθηκε με τον έλεγχο εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's $\alpha=0,833$, η οποία κρίνεται πολύ ικανοποιητική ($\alpha>0,7$). Η μέση τιμή της κλίμακας ήταν $M=11,66$ ($TA=3,624$).

Η τρίτη ενότητα περιελάμβανε ερωτήσεις όπως: ποιο άτομο παρέχει βοήθεια στην καθημερινότητα, μορφές συμβίωσης, επικοινωνία με συγγενείς και φίλους και συμμετοχή σε συλλόγους και στόχος ήταν η μέτρηση της αντικειμενικής κοινωνικής στήριξης.

Στην τέταρτη ενότητα (ερώτηση 22) περιλαμβάνονται ερωτήσεις που ερευνούν την υποκειμενική αντίληψη του ερωτώμενου για την κοινωνική στήριξη που του παρέχεται. Για τη μέτρηση της υποκειμενικής στήριξης χρησιμοποιήθηκαν 9 ερωτήσεις της κλίμακας The MOS Social Support Survey. Sherbourne CD, Stewart AL (1991). Soc Sci Med, 32:705-714. Η αρχική κλίμακα αποτελείτο από 19 ερωτήσεις, εμείς όμως επιλέξαμε 9 διότι το ερωτηματολόγιο απευθυνόταν σε άτομα τρίτης ηλικίας και έπρεπε να προσαρμοστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε αφενός να μελετά αρκετά στοιχεία, αφετέρου όμως να μην αποτελεί μια κουραστική διαδικασία για τους συμμετέχοντες. Οι πιθανές απαντήσεις σε κάθε ερώτηση ήταν: 1=«καθόλου» έως 5=«πάντα». Η υπολογιζόμενη βαθμολογία παίρνει τιμές από 9 έως 45, όπου μεγαλύτερη βαθμολογία δηλώνει περισσότερη διαθέσιμη βοήθεια όταν αυτή χρειάζεται. Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας βρέθηκε πολύ ικανοποιητική (Cronbach's $\alpha=0,858$). Η μέση τιμή της διαθέσιμης βοήθειας ήταν $M=38,72$ ($TA=6,169$), η οποία υποδηλώνει αρκετή προσφερόμενη στήριξη.

Τέλος, η πέμπτη ενότητα μελετά την ικανοποίηση από την ζωή των ηλικιωμένων. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε αυτούσια η κλίμακα Neugarten BL, Havighurst RJ, Tobin SS. (1961). The measurement of life satisfaction, *J Gerontol*, 16:134-143, η οποία αποτελείται από 20 ερωτήσεις. Για τη δημιουργία της κλίμακας αυτής, κρίθηκε απαραίτητο να αλλάξει η κωδικοποίηση των 20 ερωτήσεων. Για τις ερωτήσεις που δηλώνουν θετική διάθεση/ προσδοκίες η κλίμακα ορίστηκε ως 1=«Συμφωνώ», 0=«Δεν είμαι σίγουρος», -1=«Διαφωνώ». Για τις ερωτήσεις που δηλώνουν αρνητική διάθεση/ προσδοκίες, η κωδικοποίηση ορίστηκε ως -1=«Συμφωνώ», 0=«Δεν είμαι σίγουρος», 1=«Διαφωνώ». Η «ικανοποίηση από τη ζωή» λαμβάνει τιμές από -20 έως 20, όπου μεγαλύτερη τιμή δηλώνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή. Η αξιοπιστία της κλίμακας, όπως μετρήθηκε με το δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's α , κρίνεται πολύ ικανοποιητική ($\alpha=0,809$). Η μέση τιμή της ικανοποίησης από τη ζωή του δείγματος ήταν $M=4,98$ ($TA=7,800$), η οποία δηλώνει θετική διάθεση και προσδοκίες των ηλικιωμένων.

Της τελικής έρευνας προηγήθηκε πιλοτική έρευνα σε μικρό αριθμό ατόμων για να δοκιμαστεί το ερωτηματολόγιο. Για τη συλλογή των στοιχείων και δεδομένης της δυσκολίας ορισμένων ηλικιωμένων να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια, πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις πρόσωπο με πρόσωπο με καταγραφή των απαντήσεων από το συνεντευκτή.

5.5 ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Όσον αφορά στην συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα και τη δυσκολία προσέγγισης του συγκεκριμένου δείγματος ανέκυψαν μικρές δυσκολίες στη διεξαγωγή της ερευνητικής διαδικασίας. Αυτές εντοπίστηκαν στην απροθυμία των ατόμων να συμμετάσχουν στην έρευνα κυρίως από δυσπιστία. Ένας άλλος παράγοντας ίσως ήταν και η μη γνώση γραφής και ανάγνωσης.

Οι ενέργειες που έγιναν για την αποφυγή των δυσκολιών αυτών ήταν : η σωστή χρήση των τεχνικών προσέγγισης από τους ερευνητές, η φιλική και οικεία στάση των ερευνητών απέναντι στους ηλικιωμένους και η υποβολή των ερωτήσεων και καταγραφή των απαντήσεων από τους ίδιους τους ερευνητές. Επίσης άτομα που είχαν ήδη

συμμετάσχει στην έρευνα, παρότρυναν άτομα για συμμετοχή, που αρχικά είχαν αρνηθεί και τις περισσότερες φορές εκείνοι τελικά ανταποκρίνονταν.

5.6 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Αρχικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι της περιγραφικής στατιστικής των συχνοτήτων, ενώ για την ανάλυση των δεδομένων με σκοπό την διερεύνηση πιθανών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκαν οι εξής διαδικασίες στατιστικών ελέγχων: Pearson's χ^2 -test, T-test για ανεξάρτητα δείγματα, ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA), Pearson's correlation coefficient, καθώς και ο δείκτης Cronbach's α για την αξιοπιστία των μετρήσεων. Η εισαγωγή των δεδομένων και η ανάλυση των στοιχείων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 13.0.

Κεφάλαιο 6^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

6.1.1 Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο συνολικός αριθμός του δείγματος είναι 160 άτομα εκ των οποίων το 51,9% είναι άνδρες και το 48,1% είναι γυναίκες (πιν. 1).

Στην πρώτη ηλικιακή ομάδα (65-74 έτη) ανήκει το 63,1%, στη δεύτερη (75-84 έτη) ανήκει το 26,3% ενώ το υπόλοιπο 10,6% ανήκει στην τρίτη ηλικιακή κατηγορία (85+) (πιν. 2).

Έγγαμοι είναι το 56,9%, άγαμοι το 1,9%, διαζευγμένοι το 3,1% και χήροι το 38,1% (πιν.3).

Αναφορικά με την εκπαίδευση το 3,1% του δείγματος είναι αναλφάβητοι, το 32,5% έχει παρακολουθήσει μερικές τάξεις του δημοτικού, το 48,1% είναι απόφοιτοι δημοτικού, το 7,5% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, το 2,5% είναι απόφοιτοι λυκείου και το 6,3% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ ή ΤΕΙ (πιν. 4).

Το 1,3% εργάζονται μέχρι και σήμερα, η πλειοψηφία (76,3%) είναι συνταξιούχοι ενώ το 22,5% δεν εργάστηκε ποτέ (πιν. 5). Σύμφωνα με την κλασσική κωδικοποίηση της ΕΣΥΕ, αυτοί που απάντησαν ότι εργάζονται τώρα ασχολούνται στην παροχή υπηρεσιών και στην γεωργία (πιν. 5.α.), ενώ εκείνοι που απάντησαν ότι είναι τώρα συνταξιούχοι το 6,6% δήλωσαν ότι το τελευταίο τους επάγγελμα ήταν επιστήμονες/ ελεύθεροι επαγγελματίες, το 12,3% υπάλληλοι γραφείου, το 13,1% έμποροι/ πωλητές το 11,5% απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών, το 23,8% γεωργοί, το 31,1% τεχνίτες και εργάτες και το 1,6% εργαζόταν στις ένοπλες δυνάμεις (πιν. 5.β.).

Το 81,9% των ερωτηθέντων κατοικούν σε ιδιόκτητο σπίτι, ενώ το 15% διαμένουν σε κατοικία την οποία μισθώνουν. Το 3,1% δεν επέλεξε κάποια απ' τις παραπάνω απαντήσεις (πιν. 6).

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος, με ποσοστό 95,6%, έχουν αποκτήσει παιδιά (πιν.7). Αναφορικά με τους 153 που απάντησαν ότι έχουν παιδιά, το μεγαλύτερο ποσοστό αντιστοιχεί σε εκείνους που δήλωσαν ότι έχουν δύο και είναι το 42,5%. Αμέσως μετά, με ποσοστό 26,1%, είναι εκείνοι που έχουν τρία παιδιά ενώ το 15,7% του

δείγματος απάντησε ότι έχει ένα παιδί (πιν. 7.α.). Επίσης το 93,5% αυτών που έχουν παιδιά απάντησαν ότι τουλάχιστον ένα απ' τα παιδιά τους κατοικεί στο Ηράκλειο, ενώ μόλις το 6,5% απάντησε ότι τα παιδιά τους μένουν σε άλλη πόλη (πιν. 7.β.).

6.1.2 Κατάσταση Υγείας

Οι περισσότεροι από τους 160 ερωτηθέντες σε ποσοστό 43,1% απάντησαν πως σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας τους θεωρούν ότι η υγεία τους είναι καλή. Το 42,5% απάντησε πως θεωρεί την υγεία του μέτρια, το 10,6% πως είναι κακή, ενώ μόλις το 3,8% δήλωσε 'πολύ καλή' υγεία (πιν. 8), (γράφημα 1).

Στη συντριπτική τους πλειοψηφία τα άτομα του δείγματος πάσχουν από κάποιο χρόνιο νόσημα (96,3%) (πιν. 9). Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση των χρόνιων ασθενειών και αναπηριών, από αυτούς που απάντησαν ότι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, αναφέροντας αυτές με την μεγαλύτερη συχνότητα, το μεγαλύτερο ποσοστό με 64,9% πάσχει από συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, ιατρογενείς καταστάσεις και νεογνικά. το 32,5% από ασθένειες ενδοκρινικές, μεταβολισμού, αίματος, το 25,3% πάσχει από καρδιολογικές ασθένειες, το 18,2% από μυοσκελετικές ασθένειες, το 9,7% από νεοπλασίες, τέλος, το 7,1% πάσχει από νόσους αγγείων (πιν. 9.α.).

6.1.3 Χρήση Υπηρεσιών Υγείας

Το 75,6% απάντησε ότι είχε επισκεφθεί κάποιο γιατρό – ανεξαρτήτως ειδικότητας -στη διάρκεια του τελευταίου μήνα (πιν. 10). Από αυτούς που απάντησαν ότι είχαν επισκεφθεί οποιασδήποτε ειδικότητας γιατρό στη διάρκεια του τελευταίου μήνα, το 83,5% απάντησε ότι είχε επισκεφθεί κάποιον γιατρό μία φορά, το 14% δύο φορές, ενώ το 2,4% ότι έχει επισκεφθεί κάποιον γιατρό από τρεις φορές και πάνω (πιν. 10.α.).

Το 30,6% ανέφερε πως έχει νοσηλευθεί σε κάποιο νοσοκομείο στη διάρκεια των τελευταίων τριών ετών (πιν. 11). Από αυτούς το 85,7% νοσηλεύθηκε μία φορά, το 4,1% δύο φορές, ενώ από τρεις φορές και πάνω νοσηλεύθηκε το 10,1% (πιν. 11.α.). Σύμφωνα με τη διεθνή ταξινόμηση των χρόνιων ασθενειών και αναπηριών, από αυτούς που απάντησαν ότι έχουν νοσηλευθεί στο νοσοκομείο, οι πιο συχνές αιτίες νοσηλείας ήταν:

το 16,3% για καρδιολογικές ασθένειες, 16,3% για ασθένειες των αισθητηρίων και ΩΡΛ, το 14,3% για συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, ιατρογενείς καταστάσεις και νεογνικά και, τέλος, το 12,2% για ασθένειες ενδοκρινικές, μεταβολισμού, αίματος (πιν. 11.β.).

Στο σύνολο των 160 ερωτηθέντων, το 96,9% απάντησε θετικά στην ερώτηση εάν έλαβε οποιοδήποτε φάρμακο στο διάστημα των τελευταίων δύο εβδομάδων πριν από την ημέρα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (πιν. 12). Από τους 155 που απάντησαν θετικά στην προηγούμενη ερώτηση, η συντριπτική πλειοψηφία (99,4%) κάνει συστηματική χρήση φαρμάκων(πιν. 12.α.). Από αυτούς το 21,4% λαμβάνει ένα φάρμακο ημερησίως, το 22,1% δύο, το 21,4% τρία, το 10,4% τέσσερα, το 7,1% πέντε, ενώ το 17,2% λαμβάνει από έξι και πλέον φάρμακα ημερησίως (πιν. 12.β.).

6.1.4 Λειτουργικότητα

Από το σύνολο των 160 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 5% χρειάζεται βοήθεια για να τηλεφωνήσει, το 6,2% για να λάβει την φαρμακευτική του αγωγή, το 3,1% απάντησε ότι χρειάζεται βοήθεια για να ντυθεί, το 10% για να τακτοποιήσει τους λογαριασμούς του, το 15,6% χρειάζεται βοήθεια για να ετοιμάσει το φαγητό του, το 10% απάντησε ότι χρειάζεται βοήθεια για να κάνει τα καθημερινά ψώνια, το 21,9% για να κάνει τις δουλειές του σπιτιού, το 1,2% για να κάνει μπάνιο, το 10,6% απάντησε ότι χρειάζεται βοήθεια όταν χρησιμοποιεί σκάλες, τέλος, το 5,6% απάντησε ότι χρειάζεται βοήθεια όταν μετακινείται εντός ή εκτός σπιτιού (πιν.13), (γράφημα 2).

Πίνακας 13 Λειτουργικότητα

| | N | Ποσοστό % |
|--|----|-----------|
| Χρειάζονται βοήθεια για να τηλεφωνήσουν | 8 | 5% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να πάρουν τα φάρμακά τους | 10 | 6,2% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να ντυθούν | 5 | 3,1% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να τακτοποιήσουν τους λογαριασμούς | 16 | 10% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να ετοιμάσουν φαγητό | 25 | 15,6% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν τα καθημερινά ψώνια | 16 | 10% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού | 35 | 21,9% |
| Χρειάζονται βοήθεια για να κάνουν μπάνιο | 2 | 1,2% |
| Χρειάζονται βοήθεια όταν χρησιμοποιούν σκάλες | 17 | 10,6% |
| Χρειάζονται βοήθεια όταν μετακινούνται στο σπίτι ή εκτός | 9 | 5,6% |

6.1.5 Αντικειμενικοί δείκτες Κοινωνικής Στήριξης

Στην ερώτηση εάν υπάρχει κάποιος άνθρωπος που θα τους βοηθούσε στις καθημερινές τους λειτουργίες, το 47,5% απάντησε πως αυτό θα ήταν ο/ η σύζυγος, το 41,3% απάντησε τα παιδιά, το 3,8% τους συγγενείς, το 5,6% κάποιον αμειβόμενο πρόσωπο ενώ το 1,9% επέλεξε κάποιον άλλο πρόσωπο από τις προτεινόμενες επιλογές (πιν.14), (γράφημα 3) .

Από το σύνολο των 160 ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα, το 30% απάντησε πως μένει μόνος/ η, το 52,5% πως μένει με τον/ την σύζυγο, το 11,3% πως μένει με τα παιδιά, το 1,3% πως μένει με άλλα συγγενικά πρόσωπα και το 5% αναφέρθηκε σε κάποιον άλλο πρόσωπο από τις προτεινόμενες επιλογές (πιν.15), (γράφημα 4).

Στην ερώτηση που αφορούσε στον αριθμό των οικογενειών που βρίσκονται στην γειτονιά και με τις οποίες γνωρίζονται τόσο καλά, ώστε να ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια, το 20% απάντησε ότι δεν υπάρχει καμία φιλική οικογένεια, το 8,1% ότι υπάρχει μία, το 19,4% δύο, το 20% τρεις, ενώ από τέσσερις οικογένειες και πάνω το 32,5% (πιν.16).

Στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, με τα παιδιά τους, το 75% συναντήθηκε καθημερινά, με τους συγγενείς τους το 35% 1-2 φορές το μήνα και με τους φίλους τους το 74,4% συναντήθηκε, καθημερινά. (πίν. 17)

Πίνακας 17 Συχνότητα συναντήσεων με τα παιδιά, τους συγγενείς και τους φίλους τους

| | Συχνότητα συναντήσεων με τα παιδιά | | Συχνότητα συναντήσεων με τους συγγενείς | | Συχνότητα συναντήσεων με τους φίλους | |
|----------------------|------------------------------------|-------------|---|-------------|--------------------------------------|-------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| Κάθε μέρα | 120 | 75,0 | 26 | 16,3 | 119 | 74,4 |
| 1-2 φορές τη βδομάδα | 22 | 13,8 | 40 | 25,0 | 29 | 18,1 |
| 1-2 φορές το μήνα | 5 | 3,1 | 56 | 35,0 | 3 | 1,9 |
| 1-2 φορές το εξάμηνο | 5 | 3,1 | 28 | 17,5 | 5 | 3,1 |
| Καθόλου | 8 | 5,0 | 10 | 6,3 | 4 | 2,5 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 | 160 | 100,0 | 160 | 100,0 |

Στην ερώτηση για το πόσο συχνά στη διάρκεια του τελευταίου μήνα επικοινωνήσαν τηλεφωνικά με συγγενείς το 38,8% επικοινωνήσε 1-2 φορές την εβδομάδα, ενώ με φίλους το 31,3% επικοινωνήσε 1-2 φορές την εβδομάδα (πιν.18).

Το 78,1% του συνολικού δείγματος απάντησε ότι εκτός από το ΚΑΠΗ δεν είναι μέλος σε κανένα άλλο σύλλογο, οργάνωση ή ομάδα. Το 16,3% είναι μέλος σε έναν σύλλογο, οργάνωση ή ομάδα, το 3,1% σε δύο, το 1,9% σε τρεις και το 0,6 σε πέντε(πιν.19). Από το σύνολο αυτών που απάντησαν ότι είναι μέλη σε κάποιον σύλλογο, οργάνωση ή ομάδα, το 62,9% πηγαίνει στις περισσότερες συνελεύσεις/ συναντήσεις, το 20% πηγαίνει συχνά, το 17,1% ανήκει αλλά δεν πηγαίνει σχεδόν ποτέ (πιν.20).

6.1.6 Υποκειμενικοί δείκτες Κοινωνικής Στήριξης

Στο συνολικό δείγμα των 160 ατόμων 9,4% απάντησε ότι δεν έχει κανέναν στενό φίλο με τον οποίο να αισθάνεται «κοντά». Το 12,5% ότι έχει έναν, το 21,9% ότι έχει δύο, το 21,9% ότι έχει τρεις, το 12,5% ότι έχει τέσσερις, το 6,9% ότι έχει πέντε, το 5,6% ότι έχει έξι, ενώ το 9,3% δήλωσε ότι έχει περισσότερους από 6 φίλους (πιν.21.α.).

Αναφορικά με τους συγγενείς με τους οποίους να αισθάνονται «κοντά» το 6,9% δήλωσε ότι δεν έχει κανέναν. Το 4,4% ότι έχει έναν, το 13,8% δύο, το 11,9% τρεις, το 16,9% τέσσερις, το 13,1% πέντε, το 10% έξι, ενώ το 23,1% απάντησε ότι έχει πάνω από έξι στενούς συγγενείς (πιν.21.β.).

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε μια κλίμακα η οποία μέτρησε τη συχνότητα μορφών στήριξης που θα ήταν διαθέσιμη. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν δείχνουν ότι περισσότερο συχνά δηλώνουν ότι υπήρχε κάποιος να τους βοηθήσει σε πρακτικά ζητήματα παρά σε κάλυψη συναισθηματικών αναγκών. Πιο συγκεκριμένα, το 81,9% απάντησε ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος να τους βοηθήσει εάν ήταν άρρωστοι στο κρεβάτι, το 87,5% πως πάντα θα υπήρχε κάποιος να τους πάει στο γιατρό εάν υπήρχε ανάγκη, το 83,8% ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος που θα τους έφτιαχνε φαγητό, εάν εκείνοι δε μπορούσαν να το κάνουν για τον εαυτό τους και, τέλος, το 75% ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος να τους βοηθήσει στις καθημερινές δουλειές σε περίπτωση ασθένειας.

Στο κομμάτι των συναισθηματικών αναγκών τα πράγματα δείχνουν να είναι διαφορετικά μιας και το 51,3% δήλωσε ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος που θα τους άκουγε όταν θα είχαν ανάγκη να μιλήσουν σε κάποιον, το 45% πως πάντα θα υπήρχε κάποιος

που να περνούν καλά μαζί, το 45% ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος στον οποίο να εμπιστεύονται πράγματα για εκείνους ή να μιλούν για τον εαυτό τους και τα προβλήματά τους, το 45,6% ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος με τον οποίο να μοιράζονται τις ανησυχίες και τους φόβους τους και, τέλος, το 48,1% ότι πάντα θα υπήρχε κάποιος που θα τους αγαπά και θα τους έκανε να αισθάνονται ότι τους επιθυμούν (πιν.22).

6.1.7 Ικανοποίηση από τη Ζωή

Για την μέτρηση της ικανοποίησης από τη ζωή, χρησιμοποιήθηκε μια κλίμακα με 20 διατυπώσεις και κλήθηκαν οι συμμετέχοντες να δηλώσουν αν συμφωνούν, διαφωνούν ή δεν είναι σίγουροι.

Οι διατυπώσεις που το μεγαλύτερο ποσοστό συμφώνησε είναι οι εξής: όσο μεγαλώνουν, τα πράγματα δείχνουν να είναι καλύτερα απ' όσο πίστευαν ότι θα είναι σ' αυτή την ηλικία (44,4%), εάν είχαν περισσότερες καλές περιόδους στη ζωή τους από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζουν (69,4%), εάν είναι εξίσου χαρούμενοι σε αυτή την ηλικία όσο όταν ήταν νεότεροι (44,4%), εάν η ζωή τους θα μπορούσε να είναι πιο χαρούμενη απ' όσο είναι τώρα (58,8%), εάν περιμένουν να τους συμβούν ευχάριστα και ενδιαφέροντα πράγματα στο μέλλον (81,9%), εάν τα πράγματα που κάνουν τώρα είναι τόσο ενδιαφέροντα όσο ήταν πάντα (40%), εάν αισθάνονται το βάρος της ηλικίας τους αλλά δεν τους ενοχλεί καθόλου (68,1%), εάν νιώθουν αρκετά ικανοποιημένοι καθώς αναπολούν τη ζωή τους (83,1%), εάν σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας τους η εξωτερική τους εμφάνιση είναι καλή (81,9%), εάν πήραν περίπου όσα περίμεναν από τη ζωή τους (62,5%) και, τέλος, εάν η μοίρα του κοινού ανθρώπου όσο πάει και γίνεται χειρότερη και όχι καλύτερη (56,3%).

Οι διατυπώσεις που το μεγαλύτερο ποσοστό διαφώνησε είναι οι εξής: εάν αυτή η περίοδος είναι η πιο ανιαρή της ζωής τους (61,3%), εάν αυτά είναι τα καλύτερα χρόνια της ζωής τους (47,5%), εάν τα περισσότερα απ' αυτά με τα οποία ασχολούνται είναι βαρετά και μονότονα (65%), εάν αισθάνονται πολύ μεγάλοι και κάπως κουρασμένοι (57,5%), ότι ακόμα και να μπορούσαν δεν θα άλλαζαν τη μέχρι τώρα ζωή τους (46,9%), εάν σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας τους έχουν πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις στη ζωή τους (65%), εάν έχουν κάνει σχέδια για πράγματα που θα κάνουν σε ένα μήνα ή σε ένα χρόνο (50%), εάν όταν σκέφτονται τη ζωή τους μέχρι σήμερα δεν

κατάφεραν τα περισσότερα από τα πιο σημαντικά πράγματα που θα ήθελαν (60%), και, τέλος, εάν συγκριτικά με άλλους ανθρώπους είναι πιο συχνά στις μαύρες τους (69,4%). (πίν.23)

Πίνακας 23 Κλίμακα μέτρησης της Ικανοποίησης από την ζωή

| | Συμφωνώ % | Διαφωνώ % | Δεν είμαι σίγουρος % |
|--|-----------|-----------|----------------------|
| Όσο μεγαλώνω, τα πράγματα δείχνουν να είναι καλύτερα από όσο πίστευα πως θα είναι σ' αυτή την ηλικία | 44,4 | 46,3 | 9,4 |
| Είχα περισσότερες καλές περιόδους στην ζωή μου, από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζω | 69,4 | 18,1 | 12,5 |
| Αυτή η περίοδος είναι η πιο ανιαρή της ζωής μου | 31,9 | 61,3 | 6,9 |
| Είμαι εξίσου χαρούμενος σε αυτή την ηλικία, όσο όταν ήμουν νεότερος | 44,4 | 42,5 | 13,1 |
| Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο χαρούμενη από όσο είναι τώρα | 58,8 | 24,4 | 16,9 |
| Αυτά είναι τα καλύτερα χρόνια της ζωής μου | 26,3 | 47,5 | 26,3 |
| Τα περισσότερα από αυτά με τα οποία ασχολούμαι είναι βαρετά και μονότονα | 27,5 | 65 | 7,5 |
| Περιμένω να μου συμβούν ευχάριστα και ενδιαφέροντα πράγματα στο μέλλον | 81,9 | 11,9 | 6,3 |
| Τα πράγματα που κάνω τώρα είναι τόσο ενδιαφέροντα, όσο ήταν πάντα | 40 | 33,1 | 26,9 |
| Αισθάνομαι πολύ μεγάλος και κάπως κουρασμένος | 27,5 | 57,5 | 15 |
| Αισθάνομαι το βάρος της ηλικίας μου, αλλά αυτό δεν με ενοχλεί καθόλου | 60,1 | 23,8 | 8,1 |
| Νοιώθω αρκετά ικανοποιημένος καθώς αναπολώ τη ζωή μου | 83,1 | 7,5 | 9,4 |
| Ακόμα και να μπορούσα δεν θα άλλαζα την μέχρι τώρα ζωή μου | 42,5 | 46,9 | 10,6 |
| Σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις στη ζωή μου | 13,1 | 65 | 21,9 |
| Σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου, η εξωτερική μου εμφάνιση είναι καλή | 81,9 | 8,1 | 10 |
| Έχω κάνει σχέδια για πράγματα που θα κάνω σε ένα μήνα ή σε ένα χρόνο από τώρα | 49,4 | 50 | 0,6 |
| Όταν σκέφτομαι την ζωή μου μέχρι σήμερα, δεν κατάφερα τα περισσότερα από τα πιο σημαντικά πράγματα που ήθελα | 32,5 | 60 | 7,5 |
| Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους, είμαι πιο συχνά στις μαύρες μου | 16,3 | 69,4 | 14,4 |
| Πήρα περίπου όσα περίμενα από την ζωή μου | 62,5 | 23,1 | 14,4 |
| Η μοίρα του κοινού ανθρώπου όσο πάει και γίνεται χειρότερη, όχι καλύτερη | 56,3 | 23,8 | 20 |

6.2 ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΙΣ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

6.2.1 Ανάγκες υγείας και υποκειμενική αντίληψη για την υγεία

Η ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας σαφώς επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας των ηλικιωμένων ($P=0,038$). Όπως αναφέρεται στην ενότητα της περιγραφικής στατιστικής, το 96% των ηλικιωμένων που ανταποκρίθηκαν στην έρευνα δήλωσαν ότι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια. Από τους ηλικιωμένους που δήλωσαν μέτρια ή κακή υγεία, όλοι (100%) πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, ενώ τα ποσοστά αυτών που δήλωσαν καλή ή πολύ καλή υγεία, είναι 93% και 83%, αντίστοιχα. (πίν.24)

Πίνακας 24 Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Χρόνια ασθένεια*

| | | | Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; | | Σύνολο |
|--|------------|------------|-------------------------------------|--------|--------|
| | | | Ναι | Όχι | |
| Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | Πολύ Καλή | Count | 5 | 1 | 6 |
| | | % within 8 | 83,3% | 16,7% | 100,0% |
| | Καλή | Count | 64 | 5 | 69 |
| | | % within 8 | 92,8% | 7,2% | 100,0% |
| | Μέτρια | Count | 68 | 0 | 68 |
| | | % within 8 | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| | Κακή | Count | 17 | 0 | 17 |
| | | % within 8 | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Σύνολο | Count | 154 | 6 | 160 | |
| | % within 8 | 96,3% | 3,8% | 100,0% | |

* p value : 0,038
 $\chi^2=8,422$
D.f.= 3

Ακόμη ελέγχθηκε η σχέση ανάμεσα στη λειτουργικότητα και στην υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων ($P=0,000$). Πιο συγκεκριμένα, η ανάγκη για βοήθεια αυξάνεται για τους ηλικιωμένους που δηλώνουν χειρότερη υγεία (πολύ καλή: $M=10,17$ ($TA=0,408$), καλή: ήταν $M=10,55$ ($TA=1,843$), μέτρια: $M=12,18$ ($TA=4,186$) και κακή $M=14,65$ ($TA=5,086$)). (πίν. 25)

Πίνακας 25 Ανάγκη για βοήθεια & Υποκειμενική αντίληψη υγείας*

| Ανάγκη για βοήθεια | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------------------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Πολύ Καλή | 6 | 10,17 | ,408 | ,167 | 9,74 | 10,60 | 10 | 11 |
| Καλή | 69 | 10,55 | 1,843 | ,222 | 10,11 | 10,99 | 10 | 18 |
| Μέτρια | 68 | 12,18 | 4,186 | ,508 | 11,16 | 13,19 | 10 | 32 |
| Κακή | 17 | 14,65 | 5,086 | 1,234 | 12,03 | 17,26 | 10 | 26 |
| Σύνολο | 160 | 11,66 | 3,624 | ,286 | 11,10 | 12,23 | 10 | 32 |

* p value : 0,000
F=7,662

6.2.2 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και υγεία

Αρχικά, θελήσαμε να εξετάσουμε εάν η επαγγελματική κατάσταση των ηλικιωμένων (εργάζεται τώρα, συνταξιούχος ή δεν εργάστηκε ποτέ) μπορεί να επηρεάσει την υποκειμενική αντίληψη της κατάστασης της υγείας τους. Ο έλεγχος χ^2 δεν έδειξε τέτοια πιθανή συσχέτιση (πιν. 26).

Σε αντίθεση, το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων βρέθηκε να επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας ($P=0,040$). Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα με μεγαλύτερο εκπαιδευτικό επίπεδο, αξιολογούν καλύτερα την υγεία τους σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας τους. (πίν. 27)

Πίνακας 27 Εκπαίδευση & Υποκειμενική αντίληψη υγείας*

| | | | Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | | | | Σύνολο |
|------------|--------------------------|---------------------|--|-------|--------|-------|--------|
| | | | Πολύ Καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή | |
| Εκπαίδευση | Αναλόγητος | Count | 0 | 2 | 1 | 2 | 5 |
| | | % within Εκπαίδευση | ,0% | 40,0% | 20,0% | 40,0% | 100,0% |
| | Μερικές τάξεις Δημοτικού | Count | 3 | 20 | 26 | 3 | 52 |
| | | % within Εκπαίδευση | 5,8% | 38,5% | 50,0% | 5,8% | 100,0% |
| | Απόφοιτος Δημοτικού | Count | 0 | 39 | 27 | 11 | 77 |
| | | % within Εκπαίδευση | ,0% | 50,6% | 35,1% | 14,3% | 100,0% |
| | Απόφοιτος Γυμνασίου | Count | 1 | 5 | 6 | 0 | 12 |
| | | % within Εκπαίδευση | 8,3% | 41,7% | 50,0% | ,0% | 100,0% |
| | Απόφοιτος Λυκείου | Count | 0 | 1 | 3 | 0 | 4 |
| | | % within Εκπαίδευση | ,0% | 25,0% | 75,0% | ,0% | 100,0% |
| | Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | Count | 2 | 2 | 5 | 1 | 10 |
| | | % within Εκπαίδευση | 20,0% | 20,0% | 50,0% | 10,0% | 100,0% |
| Σύνολο | | Count | 6 | 69 | 68 | 17 | 160 |
| | | % within Εκπαίδευση | 3,8% | 43,1% | 42,5% | 10,6% | 100,0% |

* p value : 0,040
 $\chi^2 = 25,800$
D.f.= 15

Επιπλέον, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, όσον αφορά στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους (πιν. 28). Ομοίως, για την οικογενειακή κατάσταση δεν βρέθηκαν αρκετά στατιστικά δεδομένα για τη συσχέτιση αυτή (πιν. 29).

6.2.3 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και λειτουργικότητα

Η ανάγκη για βοήθεια βρέθηκε να διαφέρει για τα δύο φύλα ($P=0,011$), όπου η ανάγκη είναι μεγαλύτερη για τους άνδρες ($M=12,36$, $TA=4,327$) από ότι στις γυναίκες ($M=10,91$, $TA=2,482$). (πιν. 30)

Πίνακας 30 Ανάγκη για βοήθεια & Φύλο*

| | Φύλο | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--------------------|---------|----|-------|----------------|-----------------|
| Ανάγκη για βοήθεια | Άνδρας | 83 | 12,36 | 4,327 | ,475 |
| | Γυναίκα | 77 | 10,91 | 2,482 | ,283 |

* p value : **0,011**

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει την ανάγκη για βοήθεια είναι η ηλικία ($P=0,000$). Ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ήταν 0,399, όπου το πρόσημο υποδηλώνει θετική σχέση, δηλαδή, καθώς αυξάνει η ηλικία αυξάνει και η ανάγκη για βοήθεια. (πίν. 31)

Πίνακας 31 Ανάγκη για βοήθεια & Ηλικία*

| | | | Statistic | Std. Error |
|----------------------------------|----------------------------------|-------------|-----------|------------|
| 2. Ηλικία | Mean | | 73,44 | ,538 |
| | 95% Confidence Interval for Mean | Lower Bound | 72,37 | |
| | | Upper Bound | 74,50 | |
| | 5% Trimmed Mean | | 73,02 | |
| | Median | | 71,00 | |
| | Variance | | 46,323 | |
| | Std. Deviation | | 6,806 | |
| | Minimum | | 65 | |
| | Maximum | | 91 | |
| | Range | | 26 | |
| | Interquartile Range | | 9 | |
| | Skewness | | ,833 | ,192 |
| | Kurtosis | | -,105 | ,381 |
| | Ανάγκη για βοήθεια | Mean | | 11,66 |
| 95% Confidence Interval for Mean | | Lower Bound | 11,10 | |
| | | Upper Bound | 12,23 | |
| 5% Trimmed Mean | | | 11,07 | |
| Median | | | 10,00 | |
| Variance | | | 13,131 | |
| Std. Deviation | | | 3,624 | |
| Minimum | | | 10 | |
| Maximum | | | 32 | |
| Range | | | 22 | |
| Interquartile Range | | | 1 | |
| Skewness | | | 2,850 | ,192 |
| Kurtosis | | | 9,116 | ,381 |

* p value : 0,000

6.2.4 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και ικανοποίηση από τη ζωή

Η ηλικία επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση από την ζωή, ($r=-0,170$), δηλαδή, άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν μικρότερη ικανοποίηση (πιν. 32).

Πίνακας 32 Ικανοποίηση από την ζωή & Ηλικία*

| | Ηλικία |
|--|--------|
| Διάθεση/ Προσδοκίες PearsonCorrelation | -,170* |
| Sig. (2-tailed) | 0,32 |
| N | 160 |

* p value : 0,032

Ενώ δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά για τις μεταβλητές φύλο (πιν. 33) και εκπαίδευση (πιν. 34).

6.3 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΤΗΡΙΞΗ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

6.3.1 Κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές και δείκτες κοινωνικής στήριξης

Δύο παράγοντες που βρέθηκαν ότι επηρεάζουν την υποκειμενική στήριξη είναι η ηλικία ($P=0,035$) και το φύλο ($P=0,000$). Αναλυτικότερα, η προσφερόμενη στήριξη αυξάνεται με την ηλικία του ατόμου ($r=0,143$), (πίν. 35) ενώ οι άντρες ηλικιωμένοι λαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη ($M=40,39$, $TA=5,242$) από ότι οι γυναίκες ($M=36,92$, $TA=6,607$), (πίν. 36).

Πίνακας 35 Ηλικία & Υποκειμενική στήριξη*

| | | Ηλικία | Διαθέσιμη βοήθεια |
|-------------------|---------------------|---------|-------------------|
| Ηλικία | Pearson Correlation | 1 | ,143(*) |
| | Sig. (1-tailed) | | ,035 |
| | N | 160 | 160 |
| Διαθέσιμη βοήθεια | Pearson Correlation | ,143(*) | 1 |
| | Sig. (1-tailed) | ,035 | |
| | N | 160 | 160 |

* p value : 0,035

Πίνακας 36 Φύλο & Υποκειμενική στήριξη*

| 1. Φύλο | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-------------------|---------|----|-------|----------------|-----------------|
| Διαθέσιμη βοήθεια | Ανδρας | 83 | 40,39 | 5,242 | ,575 |
| | Γυναίκα | 77 | 36,92 | 6,607 | ,753 |

* p value : 0,000

Η υποκειμενική στήριξη βρέθηκε να διαφέρει μεταξύ εκείνων που έχουν παιδιά και εκείνων που δεν έχουν ($P=0,016$). Πιο συγκεκριμένα, εκείνοι που έχουν παιδιά λαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη ($M=38,99$, $TA=6,079$) από εκείνους που δεν έχουν ($M=33,63$, $TA=5,999$), (πίν. 37).

Πίνακας 37 Ύπαρξη παιδιών & Υποκειμενική στήριξη*

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Ναι | 152 | 38,99 | 6,079 | ,493 | 38,01 | 39,96 | 17 | 45 |
| Όχι | 8 | 33,63 | 5,999 | 2,121 | 28,61 | 38,64 | 22 | 40 |
| Σύνολο | 160 | 38,72 | 6,169 | ,488 | 37,76 | 39,68 | 17 | 45 |

* p value : 0,016

Το εκπαιδευτικό επίπεδο των ηλικιωμένων βρέθηκε να επηρεάζει τη συμμετοχή σε συλλόγους (P=0,001). Οι ηλικιωμένοι που είναι απόφοιτοι Λυκείου ή ΑΕΙ/ΤΕΙ συμμετέχουν περισσότερο σε συλλόγους ή οργανώσεις εκτός του ΚΑΠΗ. (πίν. 38)

Πίνακας 38 Εκπαίδευση & Συμμετοχή σε συλλόγους*

| | | | Συμμετοχή σε συλλόγους | | Σύνολο |
|------------|--------------------------|---------------------|------------------------|--------|--------|
| | | | Όχι | Ναι | |
| Εκπαίδευση | Αναλφάβητος | Count | 5 | 0 | 5 |
| | | % within Εκπαίδευση | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| | Μερικές τάξεις Δημοτικού | Count | 44 | 8 | 52 |
| | | % within Εκπαίδευση | 84,6% | 15,4% | 100,0% |
| | Απόφοιτος Δημοτικού | Count | 64 | 13 | 77 |
| | | % within Εκπαίδευση | 83,1% | 16,9% | 100,0% |
| | Απόφοιτος Γυμνασίου | Count | 7 | 5 | 12 |
| | % within Εκπαίδευση | 58,3% | 41,7% | 100,0% | |
| | Απόφοιτος Λυκείου | Count | 1 | 3 | 4 |
| | | % within Εκπαίδευση | 25,0% | 75,0% | 100,0% |
| | Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | Count | 4 | 6 | 10 |
| | | % within Εκπαίδευση | 40,0% | 60,0% | 100,0% |
| Σύνολο | | Count | 125 | 35 | 160 |
| | | % within Εκπαίδευση | 78,1% | 21,9% | 100,0% |

* p value : 0,001

$\chi^2 = 21,666$

D.f.= 5

Έπειτα, ελέγξαμε την υπόθεση ότι οι ηλικιωμένοι που είναι στη σύνταξη, συμμετέχουν περισσότερο σε συλλόγους. Αν και συγκεντρώνουν το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής (26%, έναντι 8% και 0%, δεν εργάστηκαν ποτέ και εργάζονται τώρα, αντίστοιχα), η συσχέτιση δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική (πιν. 39).

6.3.2 Κοινωνική στήριξη και υγεία / λειτουργικότητα/ χρήση υπηρεσιών υγείας

Αρχικά, ελέγχθηκε η προσφερόμενη φροντίδα σε σχέση με το πρόσωπο από το οποίο προέρχεται (P=0,000). Η διαθέσιμη βοήθεια είναι μεγαλύτερη όταν προέρχεται από τον/ την σύντροφο (M=41,55, ΤΑ=4,666), έπειτα από τα παιδιά (M=36,89, ΤΑ=5,815) ή άλλους συγγενείς (M=36,17, ΤΑ=4,997), ενώ αρκετά μικρότερη είναι η διαθέσιμη φροντίδα από κάποιο αμειβόμενο πρόσωπο (M=29,78, ΤΑ=7,085). (πίν. 40)

Πίνακας 40 Υποκειμενική στήριξη & Άτομο που να βοηθά στην καθημερινότητα*

| Διαθέσιμη βοήθεια | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------------------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Σύζυγος | 76 | 41,55 | 4,666 | ,535 | 40,49 | 42,62 | 29 | 45 |
| Παιδιά | 66 | 36,89 | 5,815 | ,716 | 35,46 | 38,32 | 20 | 45 |
| Συγγενείς | 6 | 36,17 | 4,997 | 2,040 | 30,92 | 41,41 | 28 | 43 |
| Αμειβόμενο πρόσωπο | 9 | 29,78 | 7,085 | 2,362 | 24,33 | 35,22 | 17 | 42 |
| Άλλο | 3 | 39,00 | 7,211 | 4,163 | 21,09 | 56,91 | 31 | 45 |
| Σύνολο | 160 | 38,72 | 6,169 | ,488 | 37,76 | 39,68 | 17 | 45 |

* p value : 0,000
F= 13,801

Οι μεταβλητές λειτουργικότητα και χρόνια ασθένεια βρέθηκαν να σχετίζονται, πιο συγκεκριμένα δήλωσαν χειρότερη λειτουργικότητα όσοι ηλικιωμένοι πάσχουν από χρόνια ασθένεια mean 11,72 έναντι 10,17. (πίν. 41)

Πίνακας 41 Ανάγκη για βοήθεια & χρόνια ασθένεια*

| 9. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--|-----|-----|-------|----------------|-----------------|
| Ανάγκη για βοήθεια | Ναι | 154 | 11,72 | 3,681 | ,297 |
| | Όχι | 6 | 10,17 | ,408 | ,167 |

* p value : 0,049

Μία ακόμα υπόθεση που έγινε ήταν ότι οι ηλικιωμένοι που έχουν καλύτερη υγεία, νοιώθουν καλύτερα για την ζωή, άρα έχουν και μεγαλύτερη πιθανότητα να συμμετέχουν σε συλλόγους ή οργανώσεις. Η υπόθεση αυτή επαληθεύεται (P=0,008), καθώς το 50% αυτών που δηλώνουν πολύ καλή υγεία συμμετέχουν σε συλλόγους, το 30% αυτών που δηλώνουν καλή και 16% και 0% για αυτούς που δήλωσαν μέτρια ή κακή αντίστοιχα (πιν. 42).

Πίνακας 42 Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Συμμετοχή σε συλλόγους*

| | | | Συμμετοχή σε συλλόγους | | Σύνολο |
|---|-----------|-------------|------------------------|-------|--------|
| | | | Όχι | Ναι | |
| 8. Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | Πολύ Καλή | Count | 3 | 3 | 6 |
| | | % within 8. | 50,0% | 50,0% | 100,0% |
| | Καλή | Count | 48 | 21 | 69 |
| | | % within 8. | 69,6% | 30,4% | 100,0% |
| | Μέτρια | Count | 57 | 11 | 68 |
| | | % within 8. | 83,8% | 16,2% | 100,0% |
| | Κακή | Count | 17 | 0 | 17 |
| | | % within 8. | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Σύνολο | | Count | 125 | 35 | 160 |
| | | % within 8. | 78,1% | 21,9% | 100,0% |

* p value : 0,008
 $\chi^2=11,788$
D.f.= 3

Μία άλλη παράμετρος που εξετάστηκε ήταν η στήριξη που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι από την οικογένεια και το περιβάλλον γύρω τους. Αναφορικά με την ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στην φροντίδα που λαμβάνουν από το/τη σύζυγο, τα παιδιά ή άλλους συγγενείς και φίλους (πιν. 43).

Αντιθέτως, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε μεταξύ της λαμβάνουσας φροντίδας και της υποκειμενικής αντίληψης για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων ($P=0,037$). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που λαμβάνουν τη φροντίδα του/της συζύγου δηλώνουν καλύτερη υγεία σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας τους (56,5% «καλή» ή «πολύ καλή»), έπειτα αυτοί που λαμβάνουν φροντίδα από τα παιδιά τους (39,4% αντίστοιχα), ενώ μόλις το 16,7% αυτών που λαμβάνουν φροντίδα από άλλους συγγενείς. Αποτελεσματική φαίνεται να είναι και η φροντίδα από αμειβόμενα πρόσωπα, καθώς το 44,4% δήλωσαν επίσης «καλή» ή «πολύ καλή» υγεία. (πίν. 44)

Πίνακας 44 Άτομο που να βοηθά στις καθημερινές λειτουργίες & Υποκειμενική αντίληψη υγείας*

| | | | Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | | | | Σύνολο |
|--|--------------------|--------------|--|-------|--------|--------|--------|
| | | | Πολύ Καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή | |
| Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, | Σύζυγος | Count | 2 | 41 | 24 | 9 | 76 |
| | | % within 14. | 2,6% | 53,9% | 31,6% | 11,8% | 100,0% |
| | Παιδιά | Count | 2 | 24 | 32 | 8 | 66 |
| | | % within 14. | 3,0% | 36,4% | 48,5% | 12,1% | 100,0% |
| | Συγγενείς | Count | 0 | 1 | 5 | 0 | 6 |
| | | % within 14. | ,0% | 16,7% | 83,3% | ,0% | 100,0% |
| | Αμειβόμενο πρόσωπο | Count | 1 | 3 | 5 | 0 | 9 |
| | | % within 14. | 11,1% | 33,3% | 55,6% | ,0% | 100,0% |
| | Άλλο | Count | 1 | 0 | 2 | 0 | 3 |
| | | % within 14. | 33,3% | ,0% | 66,7% | ,0% | 100,0% |
| Σύνολο | Count | 6 | 69 | 68 | 17 | 160 | |
| | % within 14. | 3,8% | 43,1% | 42,5% | 10,6% | 100,0% | |

* p value : 0,037
 $\chi^2=22,077$
D.f.= 12

Οι μεταβλητές άτομο που να βοηθά στην καθημερινότητα και μορφές συμβίωσης βρέθηκαν να συσχετίζονται με $p=0,000$. (πίν. 45) Ενώ δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ της χρόνιας ασθένειας και της υποκειμενικής στήριξης (πίν. 46).

Πίνακας 45 Άτομο που να βοηθά στις καθημερινές λειτουργίες & Μορφές συμβίωσης*

| | | | 15. Ζείτε: | | | | | Σύνολο |
|--|--------------------|--------------|------------|---------------------|--------------|---------------------------|--------|--------|
| | | | Μόνος/η | Με τον/την σύντροφο | Με τα παιδιά | Με άλλα συγγενικά πρόσωπα | Άλλο | |
| 14. Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, | Σύζυγος | Count | 2 | 68 | 0 | 0 | 6 | 76 |
| | | % within 14. | 2,6% | 89,5% | ,0% | ,0% | 7,9% | 100,0% |
| | Παιδιά | Count | 35 | 13 | 1 | 2 | 66 | |
| | | % within 14. | 53,0% | 19,7% | 22,7% | 1,5% | 3,0% | 100,0% |
| | Συγγενείς | Count | 5 | 0 | 0 | 1 | 6 | |
| | | % within 14. | 83,3% | ,0% | ,0% | 16,7% | ,0% | 100,0% |
| | Αμειβόμενο πρόσωπο | Count | 6 | 1 | 2 | 0 | 9 | |
| | | % within 14. | 66,7% | 11,1% | 22,2% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| | Άλλο | Count | 0 | 2 | 1 | 0 | 3 | |
| | | % within 14. | ,0% | 66,7% | 33,3% | ,0% | ,0% | 100,0% |
| Σύνολο | Count | 48 | 84 | 18 | 2 | 160 | | |
| | % within 14. | 30,0% | 52,5% | 11,3% | 1,3% | 5,0% | 100,0% | |

* p value : 0,000
 $\chi^2=115,233$
D.f.= 16

Τέλος θέλαμε να ερευνήσουμε πιθανή σχέση υποκειμενικής και αντικειμενικής στήριξης με την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Συσχετίσαμε τους παράγοντες εάν έχουν επισκεφθεί κάποιο γιατρό στην διάρκεια του τελευταίου μήνα και εάν έχουν νοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα τελευταία τρία χρόνια, με τις μεταβλητές υποκειμενική στήριξη, συμμετοχή σε συλλόγους, με πόσες οικογένειες στη γειτονιά τους γνωρίζονται τόσο καλά, ώστε να ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια, ποιο άτομο θα τους βοηθούσε στις καθημερινές τους λειτουργίες όταν υπάρχει ανάγκη, μορφές συμβίωσης, πόσους περίπου στενούς φίλους και συγγενείς έχουν, χωρίς όμως να βρεθεί στατιστικά σημαντική διαφορά για καμία από τις μεταβλητές (πιν. 46- 60).

6.3.3 Κοινωνική στήριξη και ικανοποίηση από τη ζωή

Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι έχουν την υψηλότερη βαθμολογία στην ικανοποίηση από τη ζωή (M=7,73, TA=7,245), χαμηλότερη έχουν οι άγαμοι και όσοι είναι σε κατάσταση χηρείας (M=1,67, TA=7,234 και M=1,51, TA=7,037, αντίστοιχα), ενώ δυσαρεστημένοι από τη ζωή δηλώνουν οι διαζευγμένοι (M=-0,80, TA=7,950). (πίν. 61)

Πίνακας 61 Ικανοποίηση από την ζωή & Οικογενειακή κατάσταση*

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|----------------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Έγγαμος/η | 91 | 7,73 | 7,245 | ,759 | 6,22 | 9,23 | -8 | 19 |
| Άγαμος/η | 3 | 1,67 | 7,234 | 4,177 | -16,30 | 19,64 | -3 | 10 |
| Διαζευγμένος/η | 5 | -,80 | 7,950 | 3,555 | -10,67 | 9,07 | -11 | 9 |
| Χήρος/α | 61 | 1,51 | 7,037 | ,901 | -,29 | 3,31 | -13 | 16 |
| Σύνολο | 160 | 4,98 | 7,800 | ,617 | 3,76 | 6,19 | -13 | 19 |

* p value : 0,000
F= 10,468

Αναφορικά με την υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας τους, τα άτομα με καλύτερη υγεία έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή («πολύ καλή»: M=10,50, TA=6,025, «καλή»: M=7,68, TA:7,257, «μέτρια»: M=3,31, TA:6,844, «κακή»:M=-1,29, TA=8,759). (πίν. 62)

Πίνακας 62 Ικανοποίηση από την ζωή & Υποκειμενική αντίληψη υγείας*

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|-----------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Πολύ Καλή | 6 | 10,50 | 6,025 | 2,460 | 4,18 | 16,82 | 5 | 16 |
| Καλή | 69 | 7,68 | 7,257 | ,874 | 5,94 | 9,42 | -8 | 19 |
| Μέτρια | 68 | 3,31 | 6,844 | ,830 | 1,65 | 4,97 | -11 | 16 |
| Κακή | 17 | -1,29 | 8,759 | 2,124 | -5,80 | 3,21 | -13 | 12 |
| Σύνολο | 160 | 4,98 | 7,800 | ,617 | 3,76 | 6,19 | -13 | 19 |

* p value : 0,000

F= 9,886

Βρέθηκε πως οι ηλικιωμένοι που τους βοηθά ο/η σύζυγος έχουν μέση τιμή ικανοποίησης M=7,79 (TA=7,349), ακολουθούν τα άτομα που τους βοηθούν τα παιδιά τους (M=2,98, TA=7,439) ή κάποιος άλλος συγγενής (M=2,33, TA=5,125), ενώ οι ηλικιωμένοι που λαμβάνουν φροντίδα από αμειβόμενο πρόσωπο φαίνεται ότι ήταν δυσαρεστημένοι από τη ζωή, καθώς η μέση τιμή έχει αρνητικό πρόσημο (M=-3,22, TA=5,563). (πίν. 63)

Πίνακας 63 Ικανοποίηση από την ζωή & Άτομα που να βοηθά στην καθημερινότητα*

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------------------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Σύζυγος | 76 | 7,79 | 7,349 | ,843 | 6,11 | 9,47 | -8 | 19 |
| Παιδιά | 66 | 2,98 | 7,439 | ,916 | 1,16 | 4,81 | -13 | 16 |
| Συγγενείς | 6 | 2,33 | 5,125 | 2,092 | -3,05 | 7,71 | -3 | 10 |
| Αμειβόμενο πρόσωπο | 9 | -3,22 | 5,563 | 1,854 | -7,50 | 1,05 | -8 | 7 |
| Άλλο | 3 | 7,33 | 7,767 | 4,485 | -11,96 | 26,63 | 1 | 16 |
| Σύνολο | 160 | 4,98 | 7,800 | ,617 | 3,76 | 6,19 | -13 | 19 |

* p value : 0,000

F= 7,262

Το πλήθος των φίλων φαίνεται να αυξάνει την ικανοποίηση ($r=0,173$), δηλαδή, όσο περισσότερους φίλους έχουν οι ηλικιωμένοι, τόσο καλύτερη είναι η διάθεσή τους (πίν. 64).

Πίνακας 64 Ικανοποίηση από την ζωή & Αριθμός στενών φίλων*

| | |
|--|---|
| | Πόσους περίπου στενούς φίλους έχετε με του οποίους να αισθάνεστε «κοντά»; |
| Διάθεση/ Προσδοκίες PearsonCorrelation | ,173 |
| | ,028 |
| | 160 |

* p value : 0,028

Επίσης ελέγχθηκαν ως πιθανοί παράγοντες, η ύπαρξη κάποιας χρόνιας ασθένειας (πιν.65) και το πλήθος των γειτόνων (πιν. 66) και των συγγενών με τους οποίους νοιώθουν «κοντά» (πιν. 67), χωρίς όμως να βρεθούν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην ικανοποίηση των ηλικιωμένων από τη ζωή.

Κεφάλαιο 7^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Δημογραφικά

Η αναλογία του δείγματος είναι σχεδόν ίση για τα δυο φύλα, με μια μικρή διαφορά (83 άνδρες, έναντι 77 γυναικών) και η πλειοψηφία ανήκει στην πρώτη ηλικιακή ομάδα (65-74 έτη).

Στο σύνολο του δείγματος, πάνω από τους μισούς (56,9%) είναι παντρεμένοι. Σύμφωνα με στοιχεία της απογραφής του 2001, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων (65+) στο Δήμο Ηρακλείου είναι έγγαμοι, σε ποσοστό 76,5% (ΕΣΥΕ).

Τα στοιχεία της έρευνας για το μορφωτικό επίπεδο συμπίπτουν με τα στοιχεία της απογραφής του 2001, με πλειοψηφία εκείνων που είναι απόφοιτοι Δημοτικού για τα άτομα 65+ που κατοικούν στο Ηράκλειο Κρήτης (ΕΣΥΕ). Όπως ήταν αναμενόμενο, οι περισσότεροι είναι συνταξιούχοι με μεγαλύτερη συχνότητα αυτών που το επάγγελμα που ασκούσαν ανήκει στην κατηγορία των τεχνιτών και εργατών, ενώ ακολουθεί η κατηγορία των γεωργών.

Τα σπίτια που κατοικούν είναι κατά κύριο λόγο ιδιόκτητα, κάτι που δείχνει πως είναι βασικό στοιχείο η εξασφάλιση ιδιόκτητης στέγης και πως επίσης για αυτές τις γενιές υπήρχε ακόμη η δυνατότητα απόκτησης ιδιόκτητης στέγης, χωρίς το στοιχείο αυτό να αποδεικνύει απόλυτα την ύπαρξη ή μη οικονομικής επιφάνειας.

Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος έχει αποκτήσει παιδιά στοιχείο που εμφανίζει υψηλά ποσοστά και σε αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού (Wenger, 1993), με συχνότερο πλήθος τα δύο παιδιά, ενώ, σχεδόν σε όλους τους ερωτηθέντες με παιδιά, έστω ένα παιδί τους κατοικεί στο Ηράκλειο.

A) ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ

-Υγεία

Η υγεία και μάλιστα το πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την υγεία του, αποτελεί μια σημαντική διάσταση της ποιότητας ζωής του. Το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας του θεωρεί πως η υγεία του είναι 'καλή' (43,1), γεγονός που παρουσιάζεται και στην βιβλιογραφία σε αντίστοιχες έρευνες,

όμως εκεί το ποσοστό είναι αρκετά αυξημένο (86%) (Lindergren et al., 1994 in Rennemark et al., 1999).

Όσον αφορά την ύπαρξη χρόνιας ασθένειας οι απαντήσεις των ερωτώμενων ήταν κατά συντριπτική πλειοψηφία θετικές, ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό (3,8%) δήλωσε πως δεν πάσχει από καμία χρόνια ασθένεια, το αντίστοιχο ποσοστό σε ανάλογη έρευνα, και μάλιστα σε δείγμα υπερηλίκων άνω των 90 ετών, ήταν 7% (Bury et al., 1990).

Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η αναλογία των ηλικιωμένων σε ένα πληθυσμό χρησιμοποιείται συχνά σαν δείκτης της αντιληπτής ανάγκης για υπηρεσίες υγείας και της χρησιμοποίησής τους (Vallgarda, 1999). Έτσι, όπως ήταν αναμενόμενο λαμβάνοντας σαν δεδομένο τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι, η πλειοψηφία ανέφερε πως έχει επισκεφθεί μια φορά οποιασδήποτε ειδικότητας γιατρό, στην διάρκεια του τελευταίου μήνα. Ενώ το ένα τρίτο περίπου του συνολικού δείγματος ανέφερε πως έχει νοσηλευθεί σε νοσοκομείο στη διάρκεια των τριών τελευταίων ετών, με μεγαλύτερο ποσοστό αυτούς που νοσηλεύθηκαν μία φορά. Η συστηματική λήψη φαρμάκων είναι το σύνηθες, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό λαμβάνει δυο διαφορετικά φάρμακα ημερησίως.

-Λειτουργικότητα

Η σημαντικότητα της λειτουργικότητας έγκειται στο ότι δίνει στο άτομο ανεξαρτησία μέσα στην καθημερινότητα και δεν τον περιορίζει στην κοινωνική και προσωπική του ζωή (Υφαντόπουλος και συν, 2001). Αν και είναι αναμενόμενο, εάν λάβουμε σαν δεδομένο πως η έρευνα έγινε στον χώρο του ΚΑΠΗ, η έρευνα έδειξε καλό βαθμό λειτουργικότητας των συμμετεχόντων με μικρά μόνο ποσοστά ανάγκης για βοήθεια. Τα μεγαλύτερα ποσοστά εντοπίστηκαν στην ανάγκη βοήθειας στις δουλειές του σπιτιού και στην προετοιμασία του φαγητού. Στη δεύτερη κατηγορία πιθανότατα ανήκουν άντρες, που είτε για λόγους «πεποιθήσεων», είτε επειδή δεν ασχολήθηκαν ποτέ με αυτό το θέμα, ανεβάζουν το ποσοστό, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ουσιαστική έλλειψη λειτουργικότητας. Σε αντίστοιχη έρευνα σημαντικό ποσοστό (33,3%) δήλωσε προβλήματα μετακίνησης εκτός του σπιτιού, ενώ 20% δήλωσε πως έχει προβλήματα κινητικότητας μέσα στο σπίτι, σε αντίθεση με το 5,6% που εμφανίζεται στην παρούσα έρευνα. (Rennemark et al., 1999).

-Αντικειμενική Στήριξη

Όσον αφορά στις μορφές συμβίωσης τα αποτελέσματα της έρευνας συμπίπτουν με αυτά που εντοπίστηκαν στη βιβλιογραφία, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων διαμένει με τον/ την σύζυγο και το αμέσως μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι διαμένουν μόνοι (Fernandez-Ballesteros, 2002).

Αναφορικά με το ποιο άτομο θα τους βοηθούσε εάν υπήρχε ανάγκη, διαπιστώνονται κάποιες διαφοροποιήσεις μεταξύ των ερευνών. Στην δική μας και σε μια ακόμα αντίστοιχη έρευνα, το πρώτο πρόσωπο σαν επιλογή από τους συμμετέχοντες είναι ο/η σύζυγος και ακολουθούν με μικρή διαφορά τα παιδιά (Kim et al., 2000), σε δυο βιβλιογραφικές αναφορές τα αποτελέσματα διαφέρουν καθώς, ως πρώτο πρόσωπο, αναφέρονται τα παιδιά και ακολουθεί ο/η σύζυγος (Fernandez-Ballesteros, 2002, Bury et al., 1990).

Το μέγεθος του δικτύου είναι ένα ευρύς τρόπος μέτρησης για τον προσδιορισμό του κοινωνικού δικτύου, όπως επίσης η συχνότητα των κοινωνικών επαφών είναι ένας συμπληρωματικός, αλλά σημαντικό στοιχείο για τη μέτρηση της αντικειμενικής στήριξης (Fernandez-Ballesteros, 2002). Σύμφωνα με τα παραπάνω είναι σημαντικό πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων του δείγματος απάντησαν ότι έχουν από τέσσερις και πάνω φιλικές οικογένειες με τις οποίες ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια, ενώ αξιοσημείωτο είναι το ποσοστό που αντιστοιχεί σε εκείνους που δήλωσαν πως δεν έχουν καμία φιλική οικογένεια (20%). Στο κομμάτι της συχνότητας των κοινωνικών επαφών ανήκουν οι συναντήσεις με παιδιά, συγγενείς και φίλους και οι τηλεφωνικές επικοινωνίες με συγγενείς και φίλους. Η πλειοψηφία συναντά καθημερινά τα παιδιά και τους φίλους, ενώ 1-2 φορές τον μήνα τους συγγενείς, αντίστροφα όμως ισχύει για την τηλεφωνική επικοινωνία, πιο συχνά μιλούν με συγγενείς, παρά με φίλους (τους οποίους όμως συναντούν πιο συχνά). Μια άλλη παράμετρος είναι η ύπαρξη ενδιαφερόντων, όμως η πλειοψηφία δεν είναι μέλη σε κάποιον άλλο σύλλογο εκτός από το Κ.Α.Π.Η.. Εκείνοι όμως που είναι μέλη άλλου συλλόγου, συμμετέχουν ενεργά πηγαίνοντας στις περισσότερες συνελεύσεις/ συναντήσεις.

-Υποκειμενική Στήριξη

Σε αντίθεση με αποτελέσματα της βιβλιογραφίας που αναφέρουν σε πλειοψηφία την μη ύπαρξη φίλων (Bury et al., 1990), στην έρευνά μας διαπιστώθηκε πως οι περισσότεροι έχουν 2-3 φίλους, ενώ ένα μικρό ποσοστό δεν έχει κανέναν στενό φίλο (9,4%), ενώ επίσης, οι περισσότεροι έχουν από έξι και πάνω στενούς συγγενείς.

Τα αποτελέσματα της κλίμακας, που δημιουργήθηκε με σκοπό να μετρήσει την συχνότητα των μορφών στήριξης που θα ήταν διαθέσιμες, δείχνουν ότι περισσότερο συχνά θα υπήρχε κάποιος να τους βοηθήσει σε πρακτικά ζητήματα, όπως ασθένεια, καθημερινές δουλειές, επίσκεψη σε γιατρό, κ.α. παρά σε κάλυψη συναισθηματικών αναγκών, όπως το να υπάρχει κάποιος να τους ακούσει, να μπορούν να μοιραστούν μαζί του τους φόβους και τις ανησυχίες τους, κάποιον με τον οποίο να περνούν καλά κ.α..

-Ικανοποίηση από την ζωή

Η ικανοποίηση ζωής αντικατοπτρίζει το βαθμό που ένα άτομο πιστεύει ότι η ζωή του ικανοποιεί τα δικά του κριτήρια για την ποιότητα ζωής. (Calman,1984 in Efklides,2003). Η ικανοποίηση ζωής είναι στην ουσία μια κρίση βασισμένη στο παρελθόν του ατόμου, (Stock et al., 1986 in Efklides, 2003) χωρίς όμως αυτό να σημαίνει πως ερωτήσεις που αφορούν στο μέλλον δεν δείχνουν μια τάση διάθεσης και προσδοκιών.

Η κλίμακα που δημιουργήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης από την ζωή έδειξε υψηλό βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία θεωρεί πως είχε περισσότερες καλές περιόδους στην ζωή από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζουν, πως περιμένουν να τους συμβούν ευχάριστα και ενδιαφέροντα πράγματα στο μέλλον, πως είναι ικανοποιημένοι καθώς αναπολούν την ζωή τους, πως πήραν περίπου όσα περίμεναν από τη ζωή τους, ενώ δεν πιστεύουν πως αυτή είναι η πιο ανιαρή περίοδος της ζωής τους ή ότι τα περισσότερα από αυτά με τα οποία ασχολούνται είναι βαρετά και μονότονα. Από την άλλη, δεν έχουν σχεδιάσει πράγματα που θα κάνουν σε έναν μήνα ή σε έναν χρόνο από τώρα, η ζωή τους πιστεύουν πως θα μπορούσε να είναι πιο χαρούμενη από όσο είναι τώρα και τέλος, αν και η πλειοψηφία θεωρεί πως τα πράγματα που κάνουν τώρα είναι τόσο ενδιαφέροντα όσο ήταν πάντα, το ποσοστό αυτό δεν είναι υψηλό.

-Διαφοροποιήσεις ως προς τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά

Στη βιβλιογραφία τονίζεται η σχέση μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης για την υγεία και αντικειμενικών δεικτών υγείας,(Rennemark et al., 1999), γεγονός το οποίο επιβεβαιώνεται και από την έρευνα, καθώς όλοι όσοι δήλωσαν μέτρια ή κακή υγεία πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια, ενώ όσοι δήλωσαν καλή ή πολύ καλή υγεία δεν πάσχουν στην πλειοψηφία τους από κάποια χρόνια ασθένεια. Επίσης η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της λειτουργικότητας και της υποκειμενικής αντίληψης για την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων, έδειξε όπως ήταν αναμενόμενο , πως όσο χειρότερη υγεία δηλώνουν, τόσο περισσότερη ανάγκη για βοήθεια έχουν στις καθημερινές τους λειτουργίες.

Το εκπαιδευτικό επίπεδο, σε αντίθεση με την επαγγελματική κατάσταση, επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας, συγκεκριμένα τα άτομα με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, έχουν θετικότερη υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους σε σχέση με άλλα άτομα.

Αν και οι γυναίκες συνηθίζουν να παραπονιούνται συχνότερα για προβλήματα υγείας (Rennemark et al., 1999), δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων, όσον αφορά στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους.

Από την έρευνα διαπιστώθηκε πως η ανάγκη για βοήθεια σχετίζεται με το φύλο, συγκεκριμένα είναι μεγαλύτερη για τους άντρες από ότι στις γυναίκες. Ενώ όπως είναι λογικό, με την μείωση της λειτουργικότητας καθώς περνούν τα χρόνια, η ανάγκη για βοήθεια γίνεται μεγαλύτερη όσο αυξάνει η ηλικία.

Η ηλικία βρέθηκε ότι επηρεάζει την ικανοποίηση από τη ζωή, δηλαδή άτομα μεγαλύτερης ηλικίας δηλώνουν μικρότερη ικανοποίηση, ενώ δε βρέθηκε να την επηρεάζει το φύλο, σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία που αναφέρει πως οι άντρες δηλώνουν συνήθως μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή σε σχέση με τις γυναίκες (Bury et al., 1990).

Παράγοντες που επηρεάζουν την υποκειμενική στήριξη είναι η ηλικία και το φύλο, πιο συγκεκριμένα η υποκειμενική στήριξη αυξάνεται με την ηλικία . Το σημείο που η έρευνα έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία είναι πως ενώ στην έρευνα τα αποτελέσματα δείχνουν πως οι άντρες ηλικιωμένοι λαμβάνουν μεγαλύτερη υποκειμενική

στήριξη, στην βιβλιογραφία αναφέρεται το αντίστροφο, πως δηλαδή οι γυναίκες λαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη (Rennemark et al., 1999). Ένας άλλος παράγοντας που φάνηκε να επηρεάζει την υποκειμενική στήριξη είναι η ύπαρξη παιδιών, εκείνοι που έχουν παιδιά λαμβάνουν μεγαλύτερη στήριξη από εκείνους που δεν έχουν.

Η συμμετοχή σε συλλόγους επηρεάζεται από το μορφωτικό επίπεδο, οι ηλικιωμένοι που είναι απόφοιτοι Λυκείου ή ΑΕΙ/ΤΕΙ συμμετέχουν περισσότερο σε συλλόγους ή οργανώσεις εκτός του ΚΑΠΗ.

B) ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ/ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

Η προσφερόμενη φροντίδα σε σχέση με το πρόσωπο από το οποίο προέρχεται έχει γίνει αντικείμενο και άλλων ερευνών με τα ίδια αποτελέσματα, πως δηλαδή η διαθέσιμη βοήθεια είναι μεγαλύτερη όταν προέρχεται από την οικογένεια, παρά από άτομα έξω από αυτήν (Bury et al., 1990). Αντίθετα, δε βρέθηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ χρήσης υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής στήριξης.

Οι μεταβλητές λειτουργικότητα και χρόνια ασθένεια βρέθηκαν να σχετίζονται, πιο συγκεκριμένα δήλωσαν χειρότερη λειτουργικότητα όσοι πάσχουν από κάποια χρόνια ασθένεια.

Οι ηλικιωμένοι που έχουν καλύτερη υγεία, συμμετέχουν περισσότερο σε συλλόγους ή οργανώσεις, ίσως γιατί η καλή υγεία τους κάνει να νιώθουν καλύτερα και άρα να ασχολούνται με περισσότερα πράγματα.

Σημαντική είναι η συσχέτιση ανάμεσα στο άτομο που βοηθά όταν υπάρχει ανάγκη και στην υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, πιο συγκεκριμένα τα άτομα που λαμβάνουν τη φροντίδα του/ της συζύγου δηλώνουν καλύτερη υγεία σε σχέση με αυτούς που δέχονται φροντίδα από άλλα άτομα.

Όπως αναφέρεται και στη βιβλιογραφία, η στήριξη από τον/ την σύζυγο είναι από ελάχιστη έως ανύπαρκτη, όταν το άτομο διαμένει με τα παιδιά, ενώ η στήριξη από τα παιδιά είναι υψηλή, όταν ο ηλικιωμένος διαμένει μόνος (Kim et al., 2000).

Γ) ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ ΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ

Σημαντικός παράγοντας και στη βιβλιογραφία για την ικανοποίηση από την ζωή ενός ατόμου, αποτελεί η οικογενειακή του κατάσταση. Πιο συγκεκριμένα οι έγγαμοι ηλικιωμένοι σημειώνουν υψηλότερα σκορ στη βαθμολογία για την ικανοποίηση από την ζωή, ενώ την χαμηλότερη βαθμολόγηση έχουν οι διαζευγμένοι (Efklides et al, 2003).

Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας δείκτης ποιότητας ζωής, καθώς άτομα τρίτης ηλικίας, τα οποία είναι καλά στην υγεία τους τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένα από τη ζωή τους γενικότερα (Efklides et al, 2003).

Ενώ στην δική μας έρευνα εμφανίζονται οι ηλικιωμένοι που τους βοηθά ο/η σύζυγος να έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, κάτι τέτοιο δεν ισχύει για άλλες έρευνες που φαίνεται πως η φροντίδα που παρέχεται από τον/ την σύζυγο, δεν επηρεάζει καθόλου το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από την ζωή (Kim et al.,2000).

Στο κοινωνικό δίκτυο στήριξης περιλαμβάνεται, εκτός των άλλων που αναφέρθηκαν παραπάνω, και οι φίλοι. Σύμφωνα με την έρευνα φαίνεται πως το πλήθος των φίλων φαίνεται να αυξάνει την ικανοποίηση, δηλαδή, όσο περισσότερους φίλους έχουν οι ηλικιωμένοι, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίησή τους από την ζωή.

Αν και ελέγχθηκαν και άλλοι παράγοντες που πιθανώς να επηρέαζαν τον βαθμό ικανοποίησης του ατόμου από την ζωή, όπως η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας, το πλήθος των γειτόνων με τους οποίους ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια και των στενών συγγενών, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν η καταγραφή των δικτύων κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων με αυτόνομη διαβίωση ενός αστικού κέντρου, όπως το Ηράκλειο Κρήτης, καθώς και των διαστάσεων της ποιότητας ζωής τους. Η αντικειμενική κοινωνική στήριξη μετρήθηκε από τις μορφές συμβίωσης, από το ποιο άτομο θα τους βοηθούσε στις καθημερινές λειτουργίες αν υπήρχε ανάγκη, στον αριθμό των γειτόνων με τους οποίους ανταλλάσσουν επισκέψεις, από τη συχνότητα των επαφών με τα παιδιά, τους συγγενείς και τους φίλους, την τηλεφωνική επικοινωνία με συγγενείς και φίλους, όπως επίσης και με το εάν είναι μέλη σε κάποια άλλη ομάδα ή οργάνωση. Η υποκειμενική στήριξη μετρήθηκε με τον αριθμό φίλων και συγγενών, ενώ μετρήθηκε η συχνότητα των μορφών που θα ήταν διαθέσιμη με μια κλίμακα. Ως διαστάσεις της ποιότητας ζωής, μετρήθηκαν η υγεία, η λειτουργικότητα, η αντικειμενική στήριξη, η υποκειμενική στήριξη και η ικανοποίηση από την ζωή.

Σύμφωνα και με τα ερευνητικά ερωτήματα επαληθεύεται η σχέση μεταξύ ορισμένων κοινωνικο-δημογραφικών στοιχείων και της κοινωνικής στήριξης. Συγκεκριμένα, τα κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία που επηρεάζουν την υποκειμενική και αντικειμενική κοινωνική στήριξη είναι η ηλικία, το φύλο, η εκπαίδευση.

Επίσης, τα κοινωνικο- δημογραφικά στοιχεία που σχετίζονται με τους δείκτες υγείας και λειτουργικότητας είναι η εκπαίδευση, το φύλο, η ηλικία, ενώ δεν βρέθηκε σχέση με την οικογενειακή και την επαγγελματική κατάσταση.

Την υποκειμενική αντίληψη για την υγεία των ατόμων φάνηκε να επηρεάζουν παράγοντες όπως η χρόνια ασθένεια, ο βαθμός λειτουργικότητας (ανάγκη για βοήθεια), η εκπαίδευση, ενώ δεν βρέθηκε συσχέτιση με παράγοντες όπως η επαγγελματική κατάσταση, το φύλο και η οικογενειακή κατάσταση.

Αντίθετα, απορρίφθηκε το υποθετικό ερώτημα που είχαμε θέσει, για το εάν μικρότερη κοινωνική στήριξη (αντικειμενική και υποκειμενική) συσχετίζεται με μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών υγείας από τους ηλικιωμένους, καθώς δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των δυο αυτών μεταβλητών.

Την υποκειμενική στήριξη βρέθηκε να επηρεάζει η ηλικία, το φύλο, το άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα, ενώ δεν την επηρεάζει η ύπαρξη χρόνιας ασθένειας.

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ζωή είναι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η υποκειμενική αντίληψη για την υγεία, το άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη και ο αριθμός των στενών φίλων του ατόμου. Παράγοντες που εξετάστηκαν, αλλά δεν βρέθηκε συσχετίσή τους με την ικανοποίηση από την ζωή είναι το φύλο, η εκπαίδευση, η χρόνια ασθένεια, το πλήθος των γειτόνων όπως επίσης και οι κοντινοί συγγενείς.

Σύμφωνα με τα παραπάνω διαστάσεις της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων βρέθηκαν να επηρεάζονται από παράγοντες με τους οποίους μετρήθηκαν η υποκειμενική και η αντικειμενική στήριξη των ηλικιωμένων του δείγματος.

Σημαντικό στοιχείο για την γενική εικόνα του συγκεκριμένου δείγματος είναι πως μέσα από την κλίμακα για την μέτρηση της ικανοποίησης από την ζωή και τις απαντήσεις των ηλικιωμένων φάνηκε μια γενικότερα θετική διάθεση προς την ικανοποίηση των ατόμων από την ζωή τους, αλλά και προς τα σχέδια και τις προσδοκίες για το μέλλον. Δηλαδή πως τα άτομα του δείγματος φάνηκαν να είναι ικανοποιημένα από την μέχρι τώρα ζωή τους, αλλά και να έχουν θετική διάθεση για το μέλλον. Το ότι το δείγμα αποτελείται από ηλικιωμένους με ανεξάρτητη διαβίωση πιθανό να δικαιολογεί την γενικότερα καλή λειτουργικότητα, αλλά και την θετική αντίληψη των ατόμων για την υγεία τους. Όσον αφορά στην στήριξη που λαμβάνουν (υποκειμενική) οι ηλικιωμένοι την αντιλαμβάνονται περισσότερο ως βοήθεια σε πρακτικά ζητήματα, παρά σε ουσιαστική κάλυψη των συναισθηματικών τους αναγκών, όπως φάνηκε από την έρευνα. Επίσης πολύ σημαντικός για τους ηλικιωμένους φάνηκε να είναι ο ρόλος της οικογένειας και συγκεκριμένα του συζύγου και των παιδιών για την παροχή φροντίδας.

Η ευαισθητοποίηση του ευρύτερου κοινού με ενημερωτικές ομιλίες και επαφές, που αποσκοπούν στην κατανόηση των ειδικών προβλημάτων των υπερηλίκων, βοηθά μακροπρόθεσμα στην αλλαγή των κοινωνικών στάσεων προς τους ηλικιωμένους, τους πάσχοντες και το συγγενικό τους περίγυρο. Κατά συνέπεια, η φροντίδα των υπερηλίκων που έχουν ανάγκη είναι ένα καθήκον για την επίτευξη του οποίου θα πρέπει να αναπτυχθούν όλοι οι μηχανισμοί αλληλεγγύης μεταξύ των ατόμων τόσο στο μικροκοινωνικό όσο και στο μακροκοινωνικό επίπεδο. Σημαντική είναι η παρουσία του οικογενειακού περιβάλλοντος στην ζωή του ηλικιωμένου, όμως πέρα από την βοήθεια σε πρακτικά θέματα θα πρέπει να δοθεί περισσότερη έμφαση και στις συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων καθώς είναι μια έλλειψη που την εντοπίζουν οι ίδιοι.

Από την άλλη, για να σχεδιαστεί αποτελεσματική κοινωνική πολιτική για την φροντίδα των ηλικιωμένων, χρειάζονται γνώσεις για πολλά θέματα που αφορούν στα άτυπα δίκτυα βοήθειας, όπως το πώς λειτουργούν, ποια είναι τα αγαθά ή οι υπηρεσίες που παρέχουν ή δεν παρέχουν, ποιοι είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία τους και τα είδη που παρέχουν, ποιος είναι ο καταμερισμός της εργασίας- φροντίδας ανάμεσα στα μέλη του δικτύου, και τέλος και σημαντικότερο ποιες είναι οι επιπτώσεις της παροχής άτυπης φροντίδας σε αυτούς που παρέχεται η φροντίδα και σε αυτούς που παρέχουν την φροντίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμηνρά Α., Γεωργιάδη Ε., Τεπέρογλου Α., (1986), Ο θεσμός της Ανοικτής Προστασίας στην Ελλάδα, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
2. Βακαλιός Θ. (1984), Ποιότητα ζωής: Προβληματισμοί- Κατευθύνσεις, Αθήνα: ΚΕΠΕ.
3. Βαλάσση- Αδάμ Ε., (2001), Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3): 216-217.
4. Δαρδαβέσης Θ., (1999), Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
5. Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Αποτελέσματα απογραφής 2001, (www.statistics.gr).
6. Javeau C, (1996), Η Έρευνα με ερωτηματολόγιο, Αθήνα: Τυπωθήτω.
7. Καβουνίδη Τ. ,(1996), Ηλικιωμένοι και άτυπα δίκτυα βοήθειας: Η κυκλοφορία αγαθών και υπηρεσιών ανάμεσα στις γενιές στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.
8. Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999α), Γήρας και υγεία στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
9. Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999β), Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
10. Μωυσίδης Α.(1998) Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, επίμ. Κασσιμάτη Κούλα, Αθήνα: Gutenberg.
11. Μωυσίδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν., Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), (2002), Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού, Αθήνα: Gutenberg.
12. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 18 (3): 239-253.
13. Πανέρα Ε. (1999), Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
14. Πουλοπούλου- Έμκε Ή., (1999), Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.
15. Σταθόπουλος Π., (1999), Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση, Αθήνα: Έλλην.

16. Συμεωνίδου Χ. (1996), Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.
17. Τσιώλη Ζ., (1996), Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε. Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.
18. Tucker N., (1997), Εφηβεία, ωριμότητα και τρίτη ηλικία, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
19. Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001), Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, μεθοδολογία μέτρησης, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3): 218-229.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Bowling A., Banister D., Sutton S., Evans O., Windsor J., (2002), A multidimensional model of the quality of life in older age, *Aging & Mental Health*, 6(4): 355-371.
2. Broese Van Groenou M., Van Tilburg T. (1997), Changes in the support networks of older adults in the Netherlands, *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12:23-44.
3. Bury M, Holme A., (1990), Quality of life and social support, *Journal of aging studies* 4 (4): 345-357.
4. Efklides A., Kalaitzidou M., and Chankin G., (2003), Subjective Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging, *European Psychologist* 8 (3): 178-191.
5. Fernández-Ballesteros R., (2002), Social support and Quality of life Among Older People in Spain, *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
6. Kim H.-K., Hisata Mi., Kai I. & Lee S-K, (2000), Social support exchange and quality of life among the Korean elderly, *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 15: 331-347.
7. Lewis J., (1997), Housing and social support needs of elderly persons: a needs assessment in an independent living facility, *Evaluation and Program Planning* 20(3):269-277.
8. Olsen O., Iversen L., Sabroe S., (1991), Age and the operationalization of social support, *Social Science and Medicine* 32 (7): 767-771.
9. Rennemark M., Hagberg B., (1999), Gender specific associations between social networks and health behaviour in old age, *Aging and Mental Health* 3 (4): 320-327.
10. Seeman T. & Berkman L., (1988), Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support, *Social Science and Medicine* 26 (7): 737-749.

11. Vallgarda S., (1999), Is old age necessarily connected with high hospital admission rates?, *Scandinavian Journal of Public Health* 2: 137- 142.
12. Wenger C., (1993), The formation of social networks: Self Help, Mutual Aid, and Old people in Contemporary Britain, *Journal of aging studies* 7 (1): 25-40.
13. Yfantopoulos J., (2001a), The “social” quality of life, *Archives of Hellenic medicine*, 18 (2): 108-113.
14. Yfantopoulos J. ,(2001b), Quality of life and QALYs in the measurement of health, *Archives of Hellenic medicine* 18(2):114-130).

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Παράρτημα Ερευνητικού Μέρους

I. Πίνακες αποτελεσμάτων έρευνας

II. Γραφήματα έρευνας

III. Ερευνητικό εργαλείο

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥ ΜΕΡΟΥΣ

I. ΠΙΝΑΚΕΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Πίνακας 1 Φύλο

| | N | % |
|---------|-----|-------|
| Ανδρας | 83 | 51,9 |
| Γυναίκα | 77 | 48,1 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 2 Ηλικία

| | N | % |
|-----------|-----|-------|
| 1 (65-74) | 101 | 63,1 |
| 2 (75-84) | 42 | 26,3 |
| 3 (85+) | 17 | 10,6 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 3 Οικογενειακή κατάσταση

| | N | % |
|----------------|-----|-------|
| Έγγαμος/η | 91 | 56,9 |
| Άγαμος/η | 3 | 1,9 |
| Διαζευγμένος/η | 5 | 3,1 |
| Χήρος/α | 61 | 38,1 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 4 Εκπαίδευση

| | N | % |
|--------------------------|-----|-------|
| Αναλφάβητος | 5 | 3,1 |
| Μερικές τάξεις Δημοτικού | 52 | 32,5 |
| Απόφοιτος Δημοτικού | 77 | 48,1 |
| Απόφοιτος Γυμνασίου | 12 | 7,5 |
| Απόφοιτος Λυκείου | 4 | 2,5 |
| Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | 10 | 6,3 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 5 Εργασία

| | N | % |
|--------------------|-----|-------|
| Εργάζεται τώρα | 2 | 1,3 |
| Συνταξιούχος | 122 | 76,3 |
| Δεν εργάστηκε ποτέ | 36 | 22,5 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 5.α. Επάγγελμα εκείνων που εργάζονται τώρα

| | N | % |
|--------------------------------------|---|-------|
| Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών | 1 | 50,0 |
| Απασχολούμενοι στη γεωργία κλπ | 1 | 50,0 |
| Σύνολο | 2 | 100,0 |

Πίνακας 5.β. Τελευταίο επάγγελμα πριν τη σύνταξη

| | N | % |
|--------------------------------------|-----|-------|
| Επιστήμονες/ ελεύθεροι επαγγελματίες | 8 | 6,6 |
| Υπάλληλοι γραφείου | 15 | 12,3 |
| Έμποροι και πωλητές | 16 | 13,1 |
| Απασχολούμενοι στην παροχή υπηρεσιών | 14 | 11,5 |
| Απασχολούμενοι στη γεωργία κλπ | 29 | 23,8 |
| Τεχνίτες και εργάτες | 38 | 31,1 |
| Ένοπλες δυνάμεις | 2 | 1,6 |
| Σύνολο | 122 | 100,0 |

Πίνακας 6 Κατοικία

| | N | % |
|-----------------|-----|-------|
| Ιδιόκτητο σπίτι | 131 | 81,9 |
| Με ενοίκιο | 24 | 15,0 |
| Άλλο | 5 | 3,1 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 7 Ύπαρξη παιδιών

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 153 | 95,6 |
| Όχι | 7 | 4,4 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 7.α. Αριθμός παιδιών

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 1 | 24 | 15,7 |
| 2 | 65 | 42,5 |
| 3 | 40 | 26,1 |
| 4+ | 24 | 15,8 |
| Σύνολο | 153 | 100 |

Πίνακας 7.β. Μένει τουλάχιστον ένα από τα παιδιά στο Ηράκλειο

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 143 | 93,5 |
| Όχι | 10 | 6,5 |
| Σύνολο | 153 | 100,0 |
| Σύνολο | 160 | |

B. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ**Πίνακας 8 Υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση της υγείας**

| | N | % |
|-----------|-----|-------|
| Πολύ Καλή | 6 | 3,8 |
| Καλή | 69 | 43,1 |
| Μέτρια | 68 | 42,5 |
| Κακή | 17 | 10,6 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 9 Ύπαρξη χρόνιας ασθένειας

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 154 | 96,3 |
| Όχι | 6 | 3,8 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 9.α. Χρόνιες Ασθένειες

| | % |
|--|-------|
| Λοιμώδη νοσήματα | ,0% |
| Νεοπλασίες (καλοήθεις + κακοήθεις) | 9,7% |
| Ενδοκρινικά, μεταβολισμού, αίματος | 32,5% |
| Νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές | 5,8% |
| Αισθητήρια και ΩΡΛ | 3,9% |
| Καρδιολογικά | 25,3% |
| Νόσοι αγγείων | 7,1% |
| Νόσοι αναπνευστικού | 5,2% |
| Νόσοι πεπτικού | 1,3% |
| Νόσοι ουροποιητικού | 1,3% |
| Γυναικολογικά και μαιευτικά | ,6% |
| Μυοσκελετικό | 18,2% |
| Κατάγματα και ατυχήματα | 1,3% |
| Συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, ιατρογενείς καταστάσεις, νεογνικά | 64,9% |
| Σύνολο | 100,0 |

Πίνακας 10 Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 121 | 75,6 |
| Όχι | 39 | 24,4 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 10.α. Αριθμός επισκέψεων σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 1 | 101 | 83,5 |
| 2 | 17 | 14 |
| 3+ | 3 | 2,4 |
| Σύνολο | 121 | 100 |

Πίνακας 11 Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 49 | 30,6 |
| Όχι | 111 | 69,4 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 11.α. Φορές νοσηλείας σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | N | % |
|--------|----|------|
| 1 | 42 | 85,7 |
| 2 | 2 | 4,1 |
| 3+ | 5 | 10,1 |
| Σύνολο | 49 | 100 |

Πίνακας 11.β. Αιτία νοσηλείας

| | % |
|--|-------|
| Νεοπλασίες (καλοήθειες + κακοήθειες) | 8,2 |
| Ενδοκρινικά, μεταβολισμού, αίματος | 12,2 |
| Νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές | 8,2 |
| Αισθητήρια και ΩΡΛ | 16,3 |
| Καρδιολογικά | 16,3 |
| Νόσοι αγγείων | 4,1 |
| Νόσοι αναπνευστικού | 8,2 |
| Νόσοι πεπτικού | 2,0 |
| Νόσοι ουροποιητικού | 8,2 |
| Γυναικολογικά και μαιευτικά | 2,0 |
| Συμπτώματα, ασαφώς καθορισμένες καταστάσεις, ιατρογενείς καταστάσεις | 14,3 |
| Σύνολο | 100,0 |

Πίνακας 12 Λήψη φαρμάκων τις τελευταίες 2 εβδομάδες

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 155 | 96,9 |
| Όχι | 5 | 3,1 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 12.α. Συστηματική χρήση φαρμάκων

| | N | % |
|--------|-----|-------|
| Ναι | 154 | 99,4 |
| Όχι | 1 | ,6 |
| Σύνολο | 155 | 100,0 |

Πίνακας 12.β. Αριθμός διαφορετικών φαρμάκων ημερησίως

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 1 | 33 | 21,4 |
| 2-3 | 67 | 43,5 |
| 4-5 | 27 | 17,5 |
| 6+ | 27 | 17,2 |
| Σύνολο | 154 | 100 |

Γ. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ**Πίνακας 14 Άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη**

| | N | % |
|--------------------|-----|-------|
| Σύζυγος | 76 | 47,5 |
| Παιδιά | 66 | 41,3 |
| Συγγενείς | 6 | 3,8 |
| Αμειβόμενο πρόσωπο | 9 | 5,6 |
| Άλλο | 3 | 1,9 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 15 Μορφές συμβίωσης

| | N | % |
|---------------------------|-----|-------|
| Μόνος/η | 48 | 30,0 |
| Με τον/την σύντροφο | 84 | 52,5 |
| Με τα παιδιά | 18 | 11,3 |
| Με άλλα συγγενικά πρόσωπα | 2 | 1,3 |
| Άλλο | 8 | 5,0 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 |

Πίνακας 16 Αριθμός οικογενειών στην γειτονιά με τις οποίες ανταλλάσσουν επισκέψεις στα σπίτια

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 0 | 32 | 20 |
| 1-2 | 44 | 27,5 |
| 3-4 | 45 | 28,1 |
| 5+ | 39 | 24,4 |
| Σύνολο | 160 | 100 |

Πίνακας 18 Συχνότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας με συγγενείς και φίλους τον τελευταίο μήνα

| | Συγγενείς | | Φίλοι | |
|----------------------|-----------|-------|-------|-------|
| | N | % | N | % |
| Σχεδόν καθημερινά | 44 | 27,5 | 27 | 16,9 |
| 1-2 φορές τη βδομάδα | 62 | 38,8 | 50 | 31,3 |
| 1-2 φορές το μήνα | 35 | 21,9 | 35 | 21,9 |
| Καθόλου | 19 | 11,9 | 48 | 30 |
| Σύνολο | 160 | 100,0 | 160 | 100,0 |

Πίνακας 19 Αριθμός συλλόγων που είναι μέλη (εκτός του ΚΑΠΗ)

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 0 | 125 | 78,1 |
| 1 | 26 | 16,3 |
| 2+ | 9 | 5,6 |
| Σύνολο | 160 | 100 |

Πίνακας 20 Συχνότητα συμμετοχής στους συλλόγους που είναι μέλη

| | N | % |
|---|----|-------|
| Πηγαίνω στις περισσότερες συνελεύσεις/ συναντήσεις | 22 | 62,9 |
| Πηγαίνω συχνά | 7 | 20,0 |
| Ανήκω, αλλά δεν πηγαίνω σχεδόν ποτέ | 6 | 17,1 |
| Σύνολο | 35 | 100,0 |

Δ. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ**Πίνακας 21.α. Αριθμός στενών φίλων**

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 0 | 15 | 9,4 |
| 1-2 | 55 | 34,4 |
| 3-4 | 55 | 34,4 |
| 5+ | 35 | 21,8 |
| Σύνολο | 160 | 100 |

Πίνακας 21.β. Αριθμός στενών συγγενών

| | N | % |
|--------|-----|------|
| 0 | 11 | 6,9 |
| 1-2 | 29 | 18,2 |
| 3-4 | 46 | 28,8 |
| 5+ | 74 | 46,2 |
| Σύνολο | 160 | 100 |

Πίνακας 22 Συχνότητα μορφών στήριξης που θα ήταν διαθέσιμη

| | Ποτέ % | Λίγες φορές % | Μερικές φορές % | Πολλές φορές % | Πάντα % |
|---|--------|---------------|-----------------|----------------|---------|
| Συχνότητα ύπαρξης βοήθειας αν ήταν άρρωστοι στο κρεβάτι | 0,6 | 4,4 | 4,4 | 8,8 | 81,9 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου που θα τους ακούσει όταν έχουν ανάγκη να μιλήσουν κάπου | 2,5 | 12,5 | 18,8 | 15,6 | 51,3 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου να τους πάει στο γιατρό, αν υπήρχε ανάγκη | 0,6 | 1,3 | 1,9 | 8,8 | 87,5 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου που να περνούν καλά μαζί | 0,6 | 6,3 | 17,5 | 30,6 | 45 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου στον οποίο να εμπιστεύονται πράγματα για τους ίδιους ή να μιλούν για τον εαυτό σας και τα προβλήματά τους | 1,9 | 18,1 | 18,8 | 16,3 | 45 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου που θα τους έφτιαχνε φαγητό, αν εκείνοι δεν μπορούσαν να το κάνουν για τον εαυτό τους | 1,3 | 2,5 | 3,8 | 8,8 | 83,8 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου που να τους βοηθά με τις καθημερινές δουλειές όταν είναι άρρωστοι | 5 | 3,8 | 6,3 | 10 | 75 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου με τον οποίο να μοιράζονται τις ανησυχίες και τους φόβους τους | 1,9 | 15,6 | 17,5 | 19,4 | 45,6 |
| Συχνότητα ύπαρξης κάποιου που να τους αγαπά και να τους κάνει να αισθάνονται ότι τους επιθυμούν | 0,6 | 6,9 | 15,6 | 28,8 | 48,1 |

ΠΙΝΑΚΕΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΩΝ

Πίνακας 26 Εργασία & Υποκειμενική αντίληψη υγείας

| | | | Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | | | | Σύνολο |
|---------|--------------------|------------------------------|--|-------------|-------------|-------------|---------------|
| | | | Πολύ Καλή | Καλή | Μέτρια | Κακή | |
| Εργασία | Εργάζεται τώρα | Count % within 5.Εργασία | 0 ,0% | 1 50,0% | 1 50,0% | 0 ,0% | 2 100,0% |
| | Συνταξιούχος | Count % within 5.Εργασία | 5 4,1% | 50 41,0% | 54 44,3% | 13 10,7% | 122 100,0% |
| | Δεν εργάστηκε ποτέ | Count % within 5.Εργασία | 1 2,8% | 18 50,0% | 13 36,1% | 4 11,1% | 36 100,0% |
| Σύνολο | | Count % within 5. Εργασία | 6 3,8% | 69 43,1% | 68 42,5% | 17 10,6% | 160 100,0% |

$\chi^2 = 1,433$

D.f.= 6

Πίνακας 28 Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Φύλο

| | | | Φύλο | | Σύνολο |
|---|-----------|---------------------|-------------|-------------|---------------|
| | | | Άνδρας | Γυναίκα | |
| 8. Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | Πολύ Καλή | Count % within 8 | 3 50,0% | 3 50,0% | 6 100,0% |
| | Καλή | Count % within 8 | 36 52,2% | 33 47,8% | 69 100,0% |
| | Μέτρια | Count % within 8 | 37 54,4% | 31 45,6% | 68 100,0% |
| | Κακή | Count % within 8 | 7 41,2% | 10 58,8% | 17 100,0% |
| | Σύνολο | Count % within 8 | 83 51,9% | 77 48,1% | 160 100,0% |

$\chi^2 = 0,966$

D.f.= 3

Πίνακας 29 Υποκειμενική αντίληψη υγείας & Οικογενειακή κατάσταση

| | | | Οικογενειακή κατάσταση | | | | Σύνολο |
|--|-------------|-------------|------------------------|----------|----------------|---------|--------|
| | | | Έγγαμος/η | Άγαμος/η | Διαζευγμένος/η | Χήρος/α | |
| Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι: | Πολύ Καλή | Count | 3 | 0 | 1 | 2 | 6 |
| | | % within 8. | 50,0% | ,0% | 16,7% | 33,3% | 100,0% |
| | Καλή | Count | 47 | 1 | 1 | 20 | 69 |
| | | % within 8. | 68,1% | 1,4% | 1,4% | 29,0% | 100,0% |
| | Μέτρια | Count | 32 | 2 | 2 | 32 | 68 |
| | | % within 8. | 47,1% | 2,9% | 2,9% | 47,1% | 100,0% |
| | Κακή | Count | 9 | 0 | 1 | 7 | 17 |
| | | % within 8. | 52,9% | ,0% | 5,9% | 41,2% | 100,0% |
| Σύνολο | Count | 91 | 3 | 5 | 61 | 160 | |
| | % within 8. | 56,9% | 1,9% | 3,1% | 38,1% | 100,0% | |

$\chi^2=11,266$

D.f.= 9

Πίνακας 33 Ικανοποίηση από την ζωή & Φύλο

| | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|---------------------|---------|----|------|----------------|-----------------|
| Διάθεση/ Προσδοκίες | Άνδρας | 83 | 5,31 | 7,169 | ,787 |
| | Γυναίκα | 77 | 4,61 | 8,461 | ,964 |

Πίνακας 34 Ικανοποίηση από την ζωή & Εκπαίδευση

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------------------------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Αναλφάβητος | 5 | ,00 | 8,803 | 3,937 | -10,93 | 10,93 | -13 | 10 |
| Μερικές τάξεις Δημοτικού | 52 | 4,62 | 7,434 | 1,031 | 2,55 | 6,68 | -11 | 16 |
| Απόφοιτος Δημοτικού | 77 | 5,31 | 7,992 | ,911 | 3,50 | 7,13 | -11 | 19 |
| Απόφοιτος Γυμνασίου | 12 | 4,67 | 6,814 | 1,967 | ,34 | 9,00 | -6 | 16 |
| Απόφοιτος Λυκείου | 4 | 2,75 | 4,500 | 2,250 | -4,41 | 9,91 | -1 | 8 |
| Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ | 10 | 8,00 | 9,821 | 3,106 | ,97 | 15,03 | -13 | 16 |
| Σύνολο | 160 | 4,98 | 7,800 | ,617 | 3,76 | 6,19 | -13 | 19 |

F= 0,823

Πίνακας 39 Εργασία & Συμμετοχή σε συλλόγους

| | | | Συμμετοχή σε συλλόγους | | Σύνολο |
|------------|--------------------|---------------------|------------------------|-------|--------|
| | | | Όχι | Ναι | |
| 5. Εργασία | Εργάζεται τώρα | Count | 2 | 0 | 2 |
| | | % within 5. Εργασία | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| | Συνταξιούχος | Count | 90 | 32 | 122 |
| | | % within 5. Εργασία | 73,8% | 26,2% | 100,0% |
| | Δεν εργάστηκε ποτέ | Count | 33 | 3 | 36 |
| | | % within 5. Εργασία | 91,7% | 8,3% | 100,0% |
| Σύνολο | | Count | 125 | 35 | 160 |
| | | % within 5. Εργασία | 78,1% | 21,9% | 100,0% |

 $\chi^2 = 5,776$

D.f.= 2

Πίνακας 43 Άτομο που να βοηθά στις καθημερινές λειτουργίες & Χρόνια ασθένεια

| | | | Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; | | Σύνολο |
|--|--------------------|--------------|-------------------------------------|-------|--------|
| | | | Ναι | Όχι | |
| 14. Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, | Σύζυγος | Count | 75 | 1 | 76 |
| | | % within 14. | 98,7% | 1,3% | 100,0% |
| | Παιδιά | Count | 63 | 3 | 66 |
| | | % within 14. | 95,5% | 4,5% | 100,0% |
| | Συγγενείς | Count | 5 | 1 | 6 |
| | | % within 14. | 83,3% | 16,7% | 100,0% |
| | Αμειβόμενο πρόσωπο | Count | 8 | 1 | 9 |
| | | % within 14. | 88,9% | 11,1% | 100,0% |
| | Άλλο | Count | 3 | 0 | 3 |
| | | % within 14. | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| Σύνολο | | Count | 154 | 6 | 160 |
| | | % within 14. | 96,3% | 3,8% | 100,0% |

 $\chi^2 = 5,605$

D.f.= 4

Πίνακας 46 Χρόνια ασθένεια & Υποκειμενική στήριξη

| | | 9. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|-------------------|-----|--|-----|-------|----------------|-----------------|
| Διαθέσιμη βοήθεια | Ναι | | 154 | 38,88 | 6,130 | ,494 |
| | Όχι | | 6 | 34,50 | 6,156 | 2,513 |

Πίνακας 47 Κλίμακα Υποκειμενικής Στήριξης & Έχετε νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο τα 3 τελευταία χρόνια.

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Ναι | 49 | 39,27 | 5,314 | ,759 | 37,74 | 40,79 | 28 | 45 |
| Όχι | 111 | 38,48 | 6,518 | ,619 | 37,25 | 39,70 | 17 | 45 |
| Σύνολο | 160 | 38,72 | 6,169 | ,488 | 37,76 | 39,68 | 17 | 45 |

Πίνακας 48 Κλίμακα Υποκειμενικής στήριξης & έχετε επισκεφθεί κάποιο γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|-----|-------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Ναι | 121 | 38,94 | 6,157 | ,560 | 37,83 | 40,05 | 17 | 45 |
| Όχι | 39 | 38,03 | 6,234 | ,998 | 36,00 | 40,05 | 28 | 45 |
| Σύνολο | 160 | 38,72 | 6,169 | ,488 | 37,76 | 39,68 | 17 | 45 |

Πίνακας 49 Συμμετοχή σε συλλόγους& Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Ναι | 121 | 1,21 | ,412 | ,037 | 1,14 | 1,29 | 1 | 2 |
| Όχι | 39 | 1,23 | ,427 | ,068 | 1,09 | 1,37 | 1 | 2 |
| Σύνολο | 160 | 1,22 | ,415 | ,033 | 1,15 | 1,28 | 1 | 2 |

Πίνακας 50 Με πόσες οικογένειες στη γειτονιά ανταλλάσσουν επισκέψεις & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum | |
|---|--------|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|-----|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | | |
| 16. Με πόσες περίπου οικογένειες στη γειτονιά σας γνωρίζετε τόσο καλά, ώστε να ανταλλάσετε επισκέψεις στα σπίτια; | Ναι | 121 | 3,80 | 9,184 | ,835 | 2,15 | 5,45 | 0 | 100 |
| | Όχι | 39 | 3,03 | 2,700 | ,432 | 2,15 | 3,90 | 0 | 10 |
| | Σύνολο | 160 | 3,61 | 8,094 | ,640 | 2,35 | 4,88 | 0 | 100 |

Πίνακας 51 Άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | | 10. Έχετε επισκεφτεί οποιονδήποτε γιατρό κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα; | | Σύνολο |
|--|--------------------|--|-----|--------|
| | | Ναι | Όχι | |
| 14. Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, | Σύζυγος | 62 | 14 | 76 |
| | Παιδιά | 48 | 18 | 66 |
| | Συγγενείς | 5 | 1 | 6 |
| | Αμειβόμενο πρόσωπο | 5 | 4 | 9 |
| | Άλλο | 1 | 2 | 3 |
| Σύνολο | | 121 | 39 | 160 |

$\chi^2 = 6,833$
D.f.= 4

Πίνακας 52 Μορφές συμβίωσης & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | | 10. Έχετε επισκεφτεί οποιονδήποτε γιατρό κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα; | | Σύνολο |
|------------|---------------------------|--|-----|--------|
| | | Ναι | Όχι | |
| 15. Ζείτε: | Μόνος/η | 37 | 11 | 48 |
| | Με τον/την σύντροφο | 63 | 21 | 84 |
| | Με τα παιδιά | 13 | 5 | 18 |
| | Με άλλα συγγενικά πρόσωπα | 2 | 0 | 2 |
| | Άλλο | 6 | 2 | 8 |
| Σύνολο | | 121 | 39 | 160 |

$\chi^2 = 0,833$
D.f.= 4

Πίνακας 53 Στενοί φίλοι & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum | |
|---|--------|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|----|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | | |
| 21.α. Πόσους στενούς φίλους έχετε, με τους οποίους να αισθάνεστε "κοντά"; | Ναι | 121 | 3,83 | 5,264 | ,479 | 2,88 | 4,77 | 0 | 50 |
| | Όχι | 39 | 3,28 | 2,460 | ,394 | 2,48 | 4,08 | 0 | 10 |
| | Σύνολο | 160 | 3,69 | 4,734 | ,374 | 2,95 | 4,43 | 0 | 50 |

Πίνακας 54 Στενοί συγγενείς & Επίσκεψη σε γιατρό τον τελευταίο μήνα

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| 21.β. Πόσους περίπου στενοούς συγγενείς έχετε, με τους οποίους να αισθάνεστε "κοντά"; | | | | | | | | |
| Ναι | 121 | 5,45 | 9,392 | ,854 | 3,76 | 7,14 | 0 | 100 |
| Όχι | 39 | 6,33 | 4,403 | ,705 | 4,91 | 7,76 | 0 | 20 |
| Σύνολο | 160 | 5,66 | 8,447 | ,668 | 4,34 | 6,98 | 0 | 100 |

Πίνακας 55 Συμμετοχή σε συλλόγους & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--------|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| Ναι | 49 | 1,22 | ,422 | ,060 | 1,10 | 1,35 | 1 | 2 |
| Όχι | 111 | 1,22 | ,414 | ,039 | 1,14 | 1,29 | 1 | 2 |
| Σύνολο | 160 | 1,22 | ,415 | ,033 | 1,15 | 1,28 | 1 | 2 |

Πίνακας 56 Άτομο που βοηθά στην καθημερινότητα όταν υπάρχει ανάγκη & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | 11. Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια; | | Σύνολο |
|--|---|-----|--------|
| | Ναι | Όχι | |
| 14. Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, | | | |
| Σύζυγος | 27 | 49 | 76 |
| Παιδιά | 17 | 49 | 66 |
| Συγγενείς | 2 | 4 | 6 |
| Αμειβόμενο πρόσωπο | 2 | 7 | 9 |
| Άλλο | 1 | 2 | 3 |
| Σύνολο | 49 | 111 | 160 |

$\chi^2 = 1,925$

D.f.= 4

Πίνακας 57 Με πόσες οικογένειες στη γειτονιά ανταλλάσσουν επισκέψεις & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| 16. Με πόσες περίπου οικογένειες στη γειτονιά σας γνωρίζετε τόσο καλά, ώστε να ανταλλάσετε επισκέψεις στα σπίτια; | | | | | | | | |
| Ναι | 49 | 4,80 | 14,213 | 2,030 | ,71 | 8,88 | 0 | 100 |
| Όχι | 111 | 3,09 | 2,376 | ,226 | 2,64 | 3,54 | 0 | 10 |
| Σύνολο | 160 | 3,61 | 8,094 | ,640 | 2,35 | 4,88 | 0 | 100 |

Πίνακας 58 Μορφές συμβίωσης & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | 11. Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια; | | Σύνολο |
|---------------------------|---|-----|--------|
| | Ναι | Όχι | |
| 15. Μόνος/η | 11 | 37 | 48 |
| Ζείτε: | | | |
| Με τον/την σύντροφο | 28 | 56 | 84 |
| Με τα παιδιά | 7 | 11 | 18 |
| Με άλλα συγγενικά πρόσωπα | 0 | 2 | 2 |
| Άλλο | 3 | 5 | 8 |
| Σύνολο | 49 | 111 | 160 |

$\chi^2 = 3,272$

D.f. = 4

Πίνακας 59 Αριθμός στενών φίλων & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|---|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| 21.α. Πόσους περίπου στενούς φίλους έχετε, με τους οποίους να αισθάνεστε "κοντά"; | | | | | | | | |
| Ναι | 49 | 4,53 | 7,591 | 1,084 | 2,35 | 6,71 | 0 | 50 |
| Όχι | 111 | 3,32 | 2,608 | ,248 | 2,83 | 3,81 | 0 | 15 |
| Σύνολο | 160 | 3,69 | 4,734 | ,374 | 2,95 | 4,43 | 0 | 50 |

Πίνακας 60 Αριθμός στενών συγγενών & Νοσηλεία σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια

| | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error | 95% Confidence Interval for Mean | | Minimum | Maximum |
|--|-----|------|----------------|------------|----------------------------------|-------------|---------|---------|
| | | | | | Lower Bound | Upper Bound | | |
| 21.β. Πόσους περίπου στενούς συγγενείς έχετε, με τους οποίους να αισθάνεστε "κοντά"; | | | | | | | | |
| Ναι | 49 | 6,94 | 14,064 | 2,009 | 2,90 | 10,98 | 0 | 100 |
| Όχι | 111 | 5,10 | 3,973 | ,377 | 4,35 | 5,85 | 0 | 20 |
| Σύνολο | 160 | 5,66 | 8,447 | ,668 | 4,34 | 6,98 | 0 | 100 |

Πίνακας 65 Ικανοποίηση από την ζωή & Χρόνια ασθένεια

| 9. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια; | | N | Mean | Std. Deviation | Std. Error Mean |
|--|-----|-----|------|----------------|-----------------|
| Διάθεση/ Προσδοκίες | Ναι | 154 | 4,93 | 7,900 | ,637 |
| | Όχι | 6 | 6,17 | 4,834 | 1,973 |

Πίνακας 66 Ικανοποίηση από την ζωή & Αριθμός οικογενειών στην γειτονιά

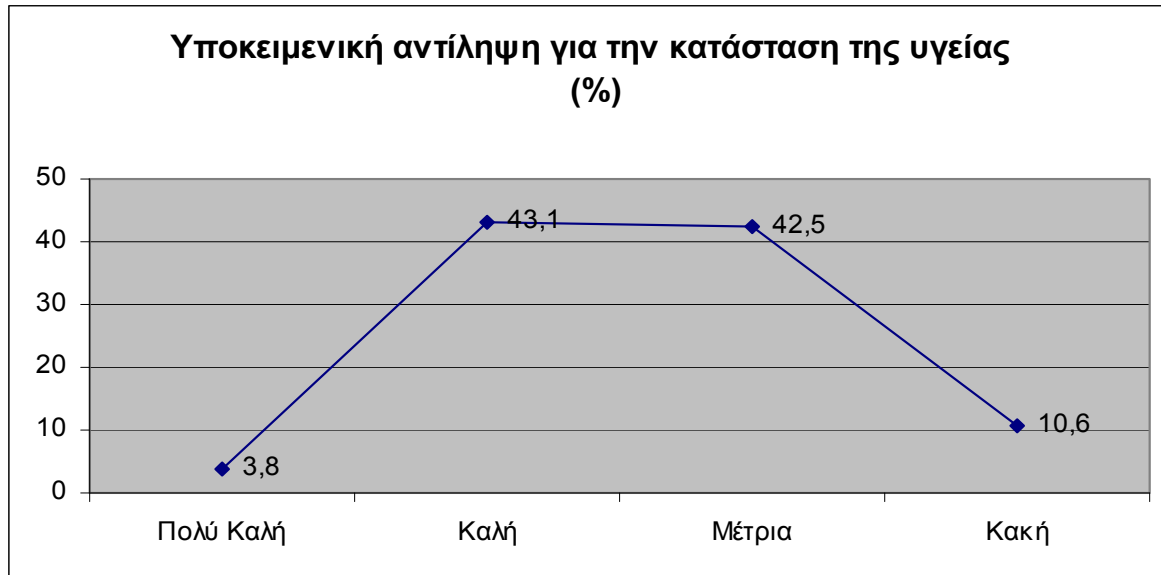
| | | 16. Με πόσες περίπου οικογένειες στη γειτονιά σας γνωρίζετε τόσο καλά, ώστε να ανταλλάσσετε επισκέψεις στα σπίτια; |
|---------------------|--------------------|--|
| Διάθεση/ Προσδοκίες | PearsonCorrelation | ,149 |
| | Sig. (2-tailed) | ,060 |
| | N | 160 |

Πίνακας 67 Ικανοποίηση από την ζωή & Αριθμός στενών συγγενών

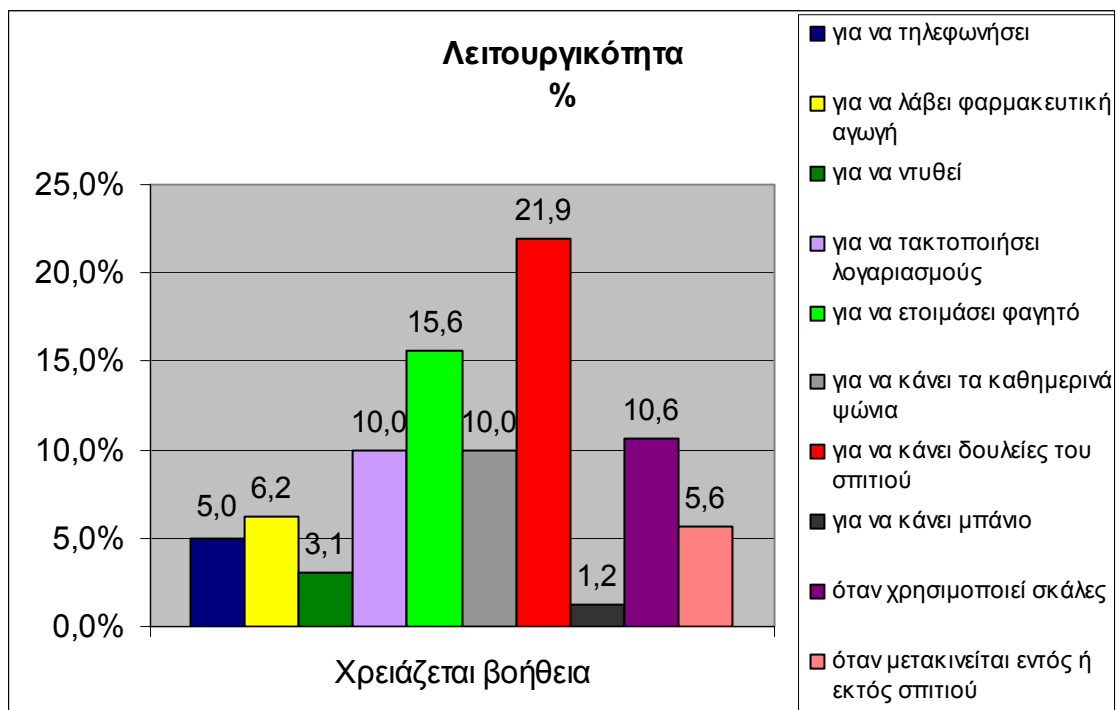
| | | 21.β. Πόσους περίπου στενούς συγγενείς έχετε, με τους οποίους να αισθάνεστε "κοντά"; |
|---------------------|--------------------|--|
| Διάθεση/ Προσδοκίες | PearsonCorrelation | ,139 |
| | Sig. (2-tailed) | ,079 |
| | N | 160 |

II. ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

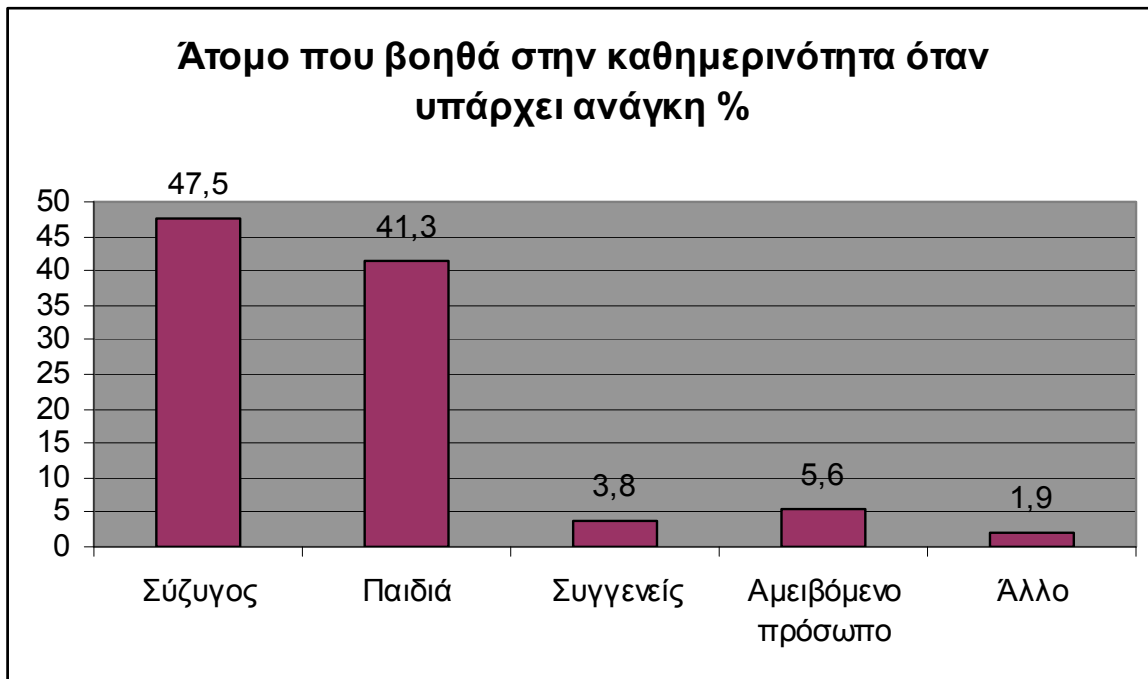
Γράφημα 1



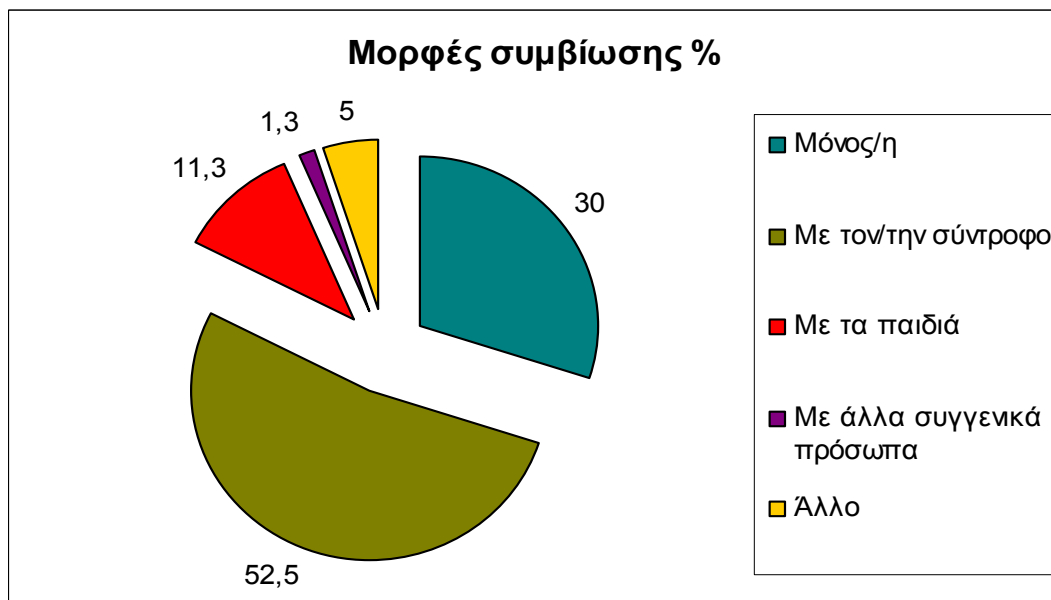
Γράφημα 2



Γράφημα 3



Γράφημα 4



II. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

A. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

| | |
|--------|---|
| Ανδρας | 1 |
|--------|---|

| | |
|---------|---|
| Γυναίκα | 2 |
|---------|---|

2. Ηλικία:.....

3. Οικογενειακή κατάσταση:

| | |
|-----------------|---|
| Εγγαμος /η | 1 |
| Άγαμος /η | 2 |
| Διαζευγμένος /η | 3 |

| | |
|-------------|---|
| Σε διάσταση | 4 |
| Χήρος /α | 5 |
| Άλλο | 6 |

4. Εκπαίδευση:

| | |
|--------------------------|---|
| Αναλφάβητος | 1 |
| Μερικές τάξεις Δημοτικού | 2 |
| Απόφοιτος Δημοτικού | 3 |

| | |
|---------------------|---|
| Απόφοιτος Γυμνασίου | 4 |
| Απόφοιτος Λυκείου | 5 |
| Απόφοιτος ΑΕΙ/ ΤΕΙ | 6 |

5. Εργάζεστε;

| | |
|--------------------|---|
| Ναι | 1 |
| Είμαι συνταξιούχος | 2 |
| Δεν εργάστηκα ποτέ | 3 |

5.α. Εάν «ναι», ποιο είναι το επάγγελμά σας;.....

5.β. Εάν είστε στην σύνταξη, ποιο ήταν το τελευταίο σας επάγγελμα;.....

6. Κατοικία:

| | |
|-----------------|---|
| Ιδιόκτητο σπίτι | 1 |
| Με ενοίκιο | 2 |
| Άλλο | 3 |

7. Έχετε παιδιά;

| | |
|-----|---|
| Ναι | 1 |
|-----|---|

| | |
|-----|---|
| Όχι | 2 |
|-----|---|

Εάν «ναι», συμπληρώνονται και οι παρακάτω ερωτήσεις

7.α. Αριθμός παιδιών.....

7.β. Μένει τουλάχιστον ένα από τα παιδιά σας στο Ηράκλειο;

| | |
|-----|---|
| Ναι | 1 |
|-----|---|

| | |
|-----|---|
| Όχι | 2 |
|-----|---|

B. ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

8. Σε σχέση με άλλα άτομα της ηλικίας σας, θα λέγατε ότι η υγεία σας είναι:

| | | | |
|-----------|---|--------|---|
| Πολύ καλή | 1 | Μέτρια | 3 |
| Καλή | 2 | Κακή | 4 |

9. Πάσχετε από κάποια χρόνια ασθένεια;

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| Ναι | 1 | Όχι | 2 |
|-----|---|-----|---|

9.α. Εάν ναι ποια;.....

10. Έχετε επισκεφθεί οποιοδήποτε γιατρό κατά την διάρκεια του τελευταίου μήνα;

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| Ναι | 1 | Όχι | 2 |
|-----|---|-----|---|

10.α. Αν ναι, πόσες φορές.....

11. Έχετε νοσηλευτεί σε νοσοκομείο τα τελευταία 3 χρόνια;

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| Ναι | 1 | Όχι | 2 |
|-----|---|-----|---|

11.α. Αν ναι, πόσες φορές.....

11.β. Αιτία.....

12. Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πήρατε κάποια φάρμακα;

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| Ναι | 1 | Όχι | 2 |
|-----|---|-----|---|

12.α. Αν ναι, κάνετε συστηματική χρήση φαρμάκων;

| | | | |
|-----|---|-----|---|
| Ναι | 1 | Όχι | 2 |
|-----|---|-----|---|

12.β. Αν ναι, πόσα διαφορετικά φάρμακα λαμβάνετε ημερησίως;.....

13. Χρειάζεστε βοήθεια.....

| | Καθόλου | Ελάχιστη | Πολλή | Δεν μπορώ να το κάνω μόνος |
|---|---------|----------|-------|----------------------------|
| 1. Για να τηλεφωνήσετε | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Για να πάρετε τα φάρμακά σας | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Για να ντυθείτε | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Για να τακτοποιήσετε τους λογαριασμούς σας | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Για να ετοιμάσετε φαγητό | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Για να κάνετε τα καθημερινά ψώνια | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Για να κάνετε δουλειές του σπιτιού | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Για να κάνετε μπάνιο | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Όταν χρησιμοποιείτε σκάλες | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Όταν μετακινείστε στο σπίτι ή εκτός | 1 | 2 | 3 | 4 |

Γ. ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

14. Υπάρχει κάποιο άτομο που σας βοηθά στις καθημερινές σας λειτουργίες, όταν χρειάζεται;

| | |
|-----------|---|
| Σύζυγος | 1 |
| Παιδιά | 2 |
| Συγγενείς | 3 |
| Φίλοι | 4 |

| | |
|--------------------|---|
| Γείτονες | 5 |
| Αμειβόμενο πρόσωπο | 6 |
| Άλλο..... | 7 |

15. Ζείτε:

| | |
|------------------------------|---|
| Μόνος/ νη | 1 |
| Με τον/ την σύζυγο/ σύντροφο | 2 |
| Με τα παιδιά σας | 3 |

| | |
|---------------------------|---|
| Με άλλα συγγενικά πρόσωπα | 4 |
| Άλλο..... | 5 |

16. Με πόσες περίπου οικογένειες στη γειτονιά σας γνωρίζετε τόσο καλά, ώστε να ανταλλάσσετε επισκέψεις στα σπίτια;

Αριθμός οικογενειών.....

17. Στη διάρκεια του τελευταίου χρόνου, πόσο συχνά συναντηθήκατε με τους παρακάτω, δηλαδή να βγείτε έξω μαζί ή να συναντηθείτε στα σπίτια σας;

| | α. Παιδιά | β. Συγγενείς | γ. Φίλους |
|------------------------|-----------|--------------|-----------|
| Κάθε μέρα | 1 | 1 | 1 |
| 1-2 φορές την εβδομάδα | 2 | 2 | 2 |
| 1-2 φορές τον μήνα | 3 | 3 | 3 |
| 1-2 φορές το εξάμηνο | 4 | 4 | 4 |
| Καθόλου | 5 | 5 | 5 |

18. Πόσο συχνά στην διάρκεια του τελευταίου μήνα επικοινωνήσατε τηλεφωνικά με συγγενείς και φίλους;

| | α. Συγγενείς | β. Φίλους |
|------------------------|--------------|-----------|
| Σχεδόν καθημερινά | 1 | 1 |
| 1-2 φορές την εβδομάδα | 2 | 2 |
| 1-2 φορές τον μήνα | 3 | 3 |
| Καθόλου | 4 | 4 |

19. Εκτός από το Κ.Α.Π.Η., σε πόσους συλλόγους, οργανώσεις ή ομάδες είστε μέλος; (π.χ. εκκλησιαστικές, αθλητικές, συλλόγους γονέων κλπ.)

Αριθμός.....(αν κανένα σημειώστε 0)

20. Πόσο συχνά συμμετέχετε σε αυτούς τους συλλόγους/ οργανώσεις ή ομάδες;

| | | | |
|--|---|-------------------------------------|---|
| Πηγαίνω στις περισσότερες συνελεύσεις/ συναντήσεις | 1 | Ανήκω, αλλά δεν πηγαίνω σχεδόν ποτέ | 3 |
| Πηγαίνω συχνά | 2 | | |

Δ. ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΣΤΗΡΙΞΗΣ

21. Πόσους περίπου φίλους και συγγενείς έχετε, με τους οποίους να αισθάνεστε «κοντά»;

α. Στενοί φίλοι

β. Στενοί συγγενείς

22. Όλοι μας μερικές φορές αναζητάμε στους άλλους συντροφιά, βοήθεια ή άλλες μορφές στήριξης. Πόσο συχνά κάθε μία από τις παρακάτω μορφές στήριξης θα σας ήταν διαθέσιμη εάν την χρειαζόσασταν;

| | Ποτέ | Λίγες φορές | Μερικές φορές | Πολλές φορές | Πάντα |
|--|------|-------------|---------------|--------------|-------|
| 1. Κάποιος που θα σας βοηθούσε αν ήσασταν άρρωστος στο κρεβάτι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Κάποιος ο οποίος πιστεύετε ότι θα σας ακούσει όταν έχετε ανάγκη να μιλήσετε κάπου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Κάποιος να σας πάει στο γιατρό, αν υπήρχε ανάγκη | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Κάποιος που να περνάτε καλά μαζί | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Κάποιος στον οποίο να εμπιστευέστε πράγματα για σας ή να μιλάτε για τον εαυτό σας και τα προβλήματά σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Κάποιος που θα σας έφτιαχνε φαγητό, αν εσείς δεν μπορούσατε να το κάνετε για τον εαυτό σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | Ποτέ | Λίγες φορές | Μερικές φορές | Πολλές φορές | Πάντα |
|--|------|-------------|---------------|--------------|-------|
| 7. Κάποιος να σας βοηθάει με τις καθημερινές δουλειές όταν είστε άρρωστος | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Κάποιος με τον οποίο να μοιράζεστε τις ανησυχίες και τους φόβους σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Κάποιος που να σας αγαπά και να σας κάνει να αισθάνεστε ότι σας επιθυμούν | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ε. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΖΩΗ

23. Συμφωνείτε, διαφωνείτε ή δεν είστε σίγουρος με τις παρακάτω προτάσεις;

| | Συμφωνώ | Διαφωνώ | Δεν είμαι σίγουρος |
|---|---------|---------|--------------------|
| 1.Όσο μεγαλώνω, τα πράγματα δείχνουν να είναι καλύτερα από όσο πίστευα πως θα είναι σ' αυτή την ηλικία | 1 | 2 | 3 |
| 2. Είχα περισσότερες καλές περιόδους στην ζωή μου, από τους περισσότερους ανθρώπους που γνωρίζω | 1 | 2 | 3 |
| 3.Αυτή η περίοδος είναι η πιο ανιαρή της ζωής μου | 1 | 2 | 3 |
| 4.Είμαι εξίσου χαρούμενος σε αυτή την ηλικία, όσο όταν ήμουν νεότερος | 1 | 2 | 3 |
| 5.Η ζωή μου θα μπορούσε να είναι πιο χαρούμενη από όσο είναι τώρα | 1 | 2 | 3 |
| 6.Αυτά είναι τα καλύτερα χρόνια της ζωής μου | 1 | 2 | 3 |
| 7.Τα περισσότερα από αυτά με τα οποία ασχολούμαι είναι βαρετά και μονότονα | 1 | 2 | 3 |
| 8.Περιμένω να μου συμβούν ευχάριστα και ενδιαφέροντα πράγματα στο μέλλον | 1 | 2 | 3 |
| 9.Τα πράγματα που κάνω τώρα είναι τόσο ενδιαφέροντα, όσο ήταν πάντα | 1 | 2 | 3 |
| 10.Αισθάνομαι πολύ μεγάλος και κάπως κουρασμένος | 1 | 2 | 3 |
| 11.Αισθάνομαι το βάρος της ηλικίας μου, αλλά αυτό δεν με ενοχλεί καθόλου | 1 | 2 | 3 |
| 12.Νοιώθω αρκετά ικανοποιημένος καθώς αναπολώ τη ζωή μου | 1 | 2 | 3 |
| 13.Ακόμα και να μπορούσα δεν θα άλλαζα την μέχρι τώρα ζωή μου | 1 | 2 | 3 |
| 14.Σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου έχω πάρει πολλές ανόητες αποφάσεις στη ζωή μου | 1 | 2 | 3 |
| 15.Σε σύγκριση με άλλους ανθρώπους της ηλικίας μου, η εξωτερική μου εμφάνιση είναι καλή | 1 | 2 | 3 |
| 16.Έχω κάνει σχέδια για πράγματα που θα κάνω σε ένα μήνα ή σε ένα χρόνο από τώρα | 1 | 2 | 3 |
| 17.Όταν σκέφτομαι την ζωή μου μέχρι σήμερα, δεν κατάφερα τα περισσότερα από τα πιο σημαντικά πράγματα που ήθελα | 1 | 2 | 3 |
| 18. Συγκριτικά με άλλους ανθρώπους, είμαι πιο συχνά στις μαύρες μου | 1 | 2 | 3 |
| 19. Πήρα περίπου όσα περίμενα από την ζωή μου | 1 | 2 | 3 |
| 20. Η μοίρα του κοινού ανθρώπου όσο πάει και γίνεται χειρότερη, όχι καλύτερη | 1 | 2 | 3 |