



Α.Τ.Ε.Ι. ΚΡΗΤΗΣ  
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.  
ΤΜΗΜΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

**ΘΕΜΑ ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ**

**« ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΑΤΟΜΑ ΕΝΕΡΓΑ Ή ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΑΔΡΑΝΕΙΑ.  
ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ Κ.Α.Π.Η. ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ»**



**ΣΥΝΤΑΚΤΡΙΕΣ:**  
ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ  
ΜΑΡΙΔΑΚΗ ΜΑΡΙΑ  
ΜΟΥΣΙΚΑΚΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
ΟΥΣΤΑΜΑΝΩΛΑΚΗ-ΜΑΡΚΑΚΗ  
ΜΑΡΙΑ

**ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2008**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	3
---------------	---

## ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΙΑ

<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>Ο</sup> :Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>5</b>
1.1. Εννοιολογικές προσεγγίσεις.....	5
1.2. Δημογραφικές εξελίξεις.....	5
1.3. Δικαιώματα και υποχρεώσεις ηλικιωμένων.....	7
1.4. Ηλικιακές διακρίσεις.....	9
1.4.1 Άμεσες και έμμεσες διακρίσεις.....	9
1.4.2. Κρυφές και ύπουλες διακρίσεις.....	10
1.4.3. Διακρίσεις κατά των γυναικών.....	10
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup> :ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΕΝΕΡΓΑ ΑΤΟΜΑ- ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΑΔΡΑΝΕΙΑ</b>	
2.1. Προβλήματα ηλικιωμένων.....	11
2.1.1 Σύνταξη.....	11
2.1.2. Υγεία.....	12
2.1.3. Οικογένεια.....	12
2.1.4. Πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.....	12
2.1.5. Μοναξιά.....	13
2.1.6. Τα ψυχολογικά προβλήματα του ηλικιωμένου ατόμου.....	13
2.2. Ανάγκες ηλικιωμένων.....	14
2.3. Άτομα ενεργά ή αδρανή.....	16
2.4. Παράγοντες αδρανοποίησης.....	18
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>Ο</sup> : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ</b>	
3.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων.....	20
3.2. Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.....	21
3.3. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων.....	22
3.4. Λέσχες Φιλίας.....	23
3.5. Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.....	24
3.6. Ιδρυματική περίθαλψη.....	24
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>Ο</sup> :ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ</b>	
4.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις.....	25
4.2. Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.....	25
4.3. Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.....	26
4.4. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.....	28
4.5. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.....	28
4.6. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.....	28
4.7. Παθήσεις του ενδοκρινικού συστήματος.....	29
4.8. Παθήσεις του αιματοποιητικού συστήματος.....	30
4.9. Παθήσεις των αισθητήριων οργάνων.....	30
4.9.1 Όραση.....	30
4.9.2. Όσφρηση.....	30
4.9.3. Ακοή.....	30
4.9.4. Προβλήματα κατάποσης.....	30
4.9.5. Δόντια.....	31
4.10. Διαταραχές του ύπνου.....	31

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> :ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

5.1. Διαταραχές της διάθεσης.....	32
5.2. Αγχώδεις διαταραχές.....	33
5.2.1. Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία.....	34
5.2.2. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή.....	34
5.2.3. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.....	34
5.3. Γνωστικές διαταραχές.....	34
5.3.1. Παραλήρημα.....	35
5.3.2. Άνοια.....	35
5.3.3. Άνοια τύπου Alzheimer.....	36
5.3.4. Αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια.....	38

## **ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ**

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

1.1. Κριτήρια επιλογής ερευνητικού.....	40
1.2. Σκοπός της έρευνας.....	41
1.3. Ερευνητικά ερωτήματα.....	41
1.4. Μεθοδολογία έρευνας- Πληθυσμός αναφοράς.....	41
1.5. Τεχνικές συλλογής στοιχείων- ερευνητικά εργαλεία.....	41
1.6. Δυσκολίες.....	42

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

Παρουσίαση πινάκων.....	44
Συμπεράσματα.....	101
Προτάσεις-Συζήτηση.....	107
Βιβλιογραφία.....	109
Παράρτημα.....	111

## Εισαγωγή

Το φαινόμενο της πληθυσμιακής γήρανσης είναι ένα φαινόμενο που απασχολεί τη χώρα μας εξίσου με όλες τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και βέβαια και τη διεθνή κοινότητα. Οι άνθρωποι της τρίτης ηλικίας, δηλαδή, πάνω από 65 χρόνων, αποτελούν το 18% του πληθυσμού της χώρας μας, με προοπτική το 2030 να αυξηθεί κατά 10%. Στην αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων συμβάλλει και η παρατηρούμενη μείωση των γεννήσεων, που αλλοιώνει τα δημογραφικά στοιχεία. Σύμφωνα με τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, σήμερα ένας στους δέκα κατοίκους του πλανήτη μας έχει ηλικία 60 ετών και άνω. Οι ειδικοί υπολογίζουν ότι μέχρι το 2050, η αναλογία θα γίνει "ένας στους πέντε", ενώ για το 2150 εκτιμάται ότι θα ανέρχεται σε "έναν στους τρεις". Η αύξηση του αριθμού των ατόμων τρίτης ηλικίας σε παγκόσμιο επίπεδο, οδήγησε το 1990 τη Γενική Συνέλευση του Ο.Η.Ε. στην καθιέρωση της 1ης Οκτωβρίου ως Διεθνούς Ημέρας για την Τρίτη Ηλικία, προκειμένου να ευαισθητοποιηθούν οι κυβερνήσεις και η κοινή γνώμη πάνω στις ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα ηλικιωμένα άτομα.

Η Τρίτη Ηλικία είναι ένα σταυροδρόμι, στο οποίο μπορεί να φτάσουν και να περάσουν πολλοί, έτσι όπως έχει αυξηθεί το όριο ηλικίας στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι ηλικιωμένοι όμως, είναι μια πολύ ευάλωτη ομάδα όπως τα παιδιά και οι νέοι και χρειάζονται πρόσθετη στήριξη. Δυστυχώς σήμερα, η αστικοποίηση και η βιομηχανική επανάσταση επέφεραν κοινωνικές και οικονομικές επιδράσεις στο θεσμό της οικογένειας και τη μετάβαση από την εκτεταμένη στην πυρηνική οικογένεια στην οποία συχνά δεν φαίνεται να υπάρχει χώρος για τα ηλικιωμένα μέλη. Παράλληλα, αναπτύσσεται τα τελευταία χρόνια ένα μοντέλο που ορισμένοι ονόμασαν επιτυχημένα «άτυπο βιολογικό απαρτχάιντ» δηλαδή ένα ιδιότυπα ρατσιστικό κοινωνικό μοντέλο στο οποίο χωρούν μόνο οι «νέοι, ωραίοι και επιτυχημένοι» που ωστόσο είναι και γρήγορα αναλώσιμοι.

Η οικογένεια και το κράτος συχνά δεν αναγνωρίζουν και δεν αποδέχονται το μερίδιο ευθύνης που τους αναλογεί στην αντιμετώπιση των ζητημάτων που αφορούν την Τρίτη Ηλικία. Και είναι πράγματι πολλά και σημαντικά τα ζητήματα αυτά: Ζητήματα που απορρέουν από ποικίλους παράγοντες όπως η μοναξιά, το χαμηλό βιοτικό και γνωστικό επίπεδο, η εμφάνιση ασθενειών, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και προστασίας ηλικιωμένων, η απώλεια αυτονομίας, καθώς και η κοινωνική συμπεριφορά απέναντι σε αυτήν την ευαίσθητη ηλικία με συχνό φαινόμενο τις διακρίσεις σε βάρος τους και την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων τους. Βγαίνοντας από την παραγωγική διαδικασία οι ηλικιωμένοι αισθάνονται περιθωριοποιημένοι, νοιώθουν αίσθημα ανασφάλειας, παραγκωνισμού και εγκατάλειψης. Συχνά η έκπτωση σωματικών ικανοτήτων οδηγεί σε αδυναμία αντίστασης στις ασθένειες ή ακόμη και σε βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση. Οικονομικά προβλήματα που έχουν να κάνουν τόσο με την έλλειψη επαρκούς σύνταξης όσο και με την ανυπαρξία αποτελεσματικής ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης μπορούν να οδηγήσουν σε περαιτέρω απομονωτισμό και να επιδεινώσουν την κατάσταση των ηλικιωμένων.

Η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποίηση είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που έχουν αλλάξει σημαντικά τον τρόπο ζωής. Η σύγχρονη οικογένεια έχει αλλάξει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Η απουσία των μελών από το σπίτι (εργασία, εκπαίδευση κ.τ.λ.) έχει χαλαρώσει τους πατροπαράδοτους δεσμούς ανάμεσα στην οικογένεια. Γενικά, η θέση του ηλικιωμένου είναι μειονεκτική, γιατί δυσκολεύεται να παρακολουθήσει και να αφομοιώσει τις αλλαγές και να αποκτήσει τις νέες γνώσεις και τα μέσα που οι νεότεροι έχουν στη διάθεσή τους.

Εξάλλου η τρίτη ηλικία δεν αποτελεί πάντα πρόβλημα, καθώς υπάρχουν άτομα που παρά την προχωρημένη ηλικία τους δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, και παραμένουν δραστήρια και είναι πιθανόν να εργάζονται με αμειβόμενη εργασία.. Σε κάθε κοινωνία υπάρχει μια ευρεία γκάμα περιπτώσεων ηλικιωμένων από απολύτως αυτόνομα και αυτοεξυπηρετούμενα άτομα έως εντελώς ανήμπορα και εξαρτημένα που χρειάζονται εξειδικευμένη μεταχείριση. Όμως, δυστυχώς, αυτό το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων που παραμένουν ενεργά είναι πολύ μικρότερο, σε σχέση με εκείνο των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα.

Εξετάζοντας την προσφορά των ηλικιωμένων ατόμων θα δούμε ότι αυτή δεν εξαντλείται στο παρελθόν (προσφορά διόλου ευκαταφρόνητη στην ευημερία μιας κοινωνίας) αλλά και στο παρόν και το μέλλον αφού διαθέτουν συμπυκνωμένη γνώση και εμπειρία που μπορεί να φανεί χρήσιμη στις νεότερες γενιές. Οι ηλικιωμένοι είναι απλώς οι απόμαχοι της δουλειάς, όχι και απόμαχοι της ζωής, δεν είναι προς απόσυρση αλλά έχουν να προσφέρουν πολλά ακόμη.

Το πέρασμα στην Τρίτη Ηλικία είναι για τους περισσότερους ανθρώπους και ένα πέρασμα στο περιθώριο της ζωής. Η αίσθηση ότι παύεις να είσαι ενεργός, χρήσιμος και απαραίτητος για τους άλλους είναι ένα ισχυρό σοκ για αυτούς που περνάνε στις τάξεις των συνταξιούχων. Ο μεγαλύτερος εχθρός για τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας είναι η μοναξιά. Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, όταν λειτουργούν ικανοποιητικά, προσφέρουν σε ηλικιωμένους δημότες αρκετές ευκαιρίες για διασκέδαση, δραστηριότητες, παρέα και κοινωνικές εκδηλώσεις.

Στην ανάλυση του θεωρητικού κα ερευνητικού μέρους της πτυχιακής εργασίας που ακολουθεί, διαπραγματεύεται η ισχύς ή μη της κυριαρχούσας αντίληψης της κοινωνίας μας ότι η Τρίτη Ηλικία ισοδυναμεί με απόσυρση από τις κοινωνικές δραστηριότητες ή παραίτηση από οποιαδήποτε διεκδίκηση. Αναλύονται οι ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων. Διερευνούνται οι παράγοντες και τα ερεθίσματα που ωθούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας ώστε να είναι ενεργά άτομα ή άτομα σε αδράνεια. Παρουσιάζονται όλοι οι φορείς προστασίας των ηλικιωμένων και ερευνάται το κατά πόσο ανταποκρίνονται ικανοποιητικά στις ανάγκες των ηλικιωμένων. Ιδίως αν τα Κ.Α.Π.Η. ασκούν στο έπακρο τον κοινωνικοποιητικό και βοηθητικό τους ρόλο προς ψυχαγωγία και παροχή πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης, ώστε να παραμένουν οι ηλικιωμένοι υγιή, αυτόνομα, ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> :Η ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

## 1.1. Εννοιολογικές προσεγγίσεις.

Η τρίτη ηλικία αφορά άτομα άνω των 60-65 ετών που είναι σε θέση, εφόσον το επιθυμούν, να συμμετέχουν ενεργά στην κοινωνική και οικονομική ζωή.

Η τέταρτη ηλικία περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 80 ετών και άνω, που σε αρκετές περιπτώσεις δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται.

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις ακόλουθες διαπιστώσεις:

α) Τα γηρατειά αρχίζουν από τη γέννηση και από βιοϊατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μία διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής.

β) Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια, διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες.

γ) Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωρεί η ηλικία.

δ) Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο.

ε) Ένα όριο ηλικίας συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα.

## 1.2. Δημογραφικές εξελίξεις.

Το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Ο πληθυσμός της Γης γεννά τόσο γρήγορα που οι ηλικιωμένοι θα ξεπεράσουν σε αριθμό τα παιδιά για πρώτη φορά στην ιστορία του ανθρώπινου γένους μέχρι το 2050, υποστηρίζει σε έκθεσή του ο Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών.

Το 2050 οι άνθρωποι ηλικίας άνω των 60 ετών θα φτάνουν σχεδόν τα δύο δισεκατομμύρια, ξεπερνώντας όσους θα είναι κάτω των 15 χρονών. Η έκθεση αυτή συντάχθηκε με την ευκαιρία της 2ης Παγκόσμιας Συνόδου για το Γήρας που θα γίνει στη Μαδρίτη τον Απρίλιο. Η πρώτη σύνοδος είχε γίνει στη Βιέννη το 1982. Τα άτομα τρίτης ηλικίας, η πληθυσμιακή ομάδα που αυξάνεται γρηγορότερα από όλες τις υπόλοιπες, φτάνουν σήμερα τα 629 εκατομμύρια, δηλαδή ένας στους δέκα ανθρώπους θεωρείται ηλικιωμένος. Οι άνω των 80 ετών αποτελούν σήμερα το 12% του πληθυσμού του πλανήτη. Εκτιμάται ότι το 2050 το 19% των ανθρώπων θα είναι ηλικίας άνω των 80 ετών. Ο αριθμός των αιωνόβιων αναμένεται επίσης να αυξηθεί κατά 15 φορές, από 210.000 σήμερα στα 3,2 εκατομμύρια μέσα στα επόμενα 48 χρόνια. Τέλος, σύμφωνα με την έκθεση, οι γυναίκες της τρίτης ηλικίας είναι πολύ περισσότερες από τους άνδρες, αφού σε κάθε 100 ηλικιωμένες γυναίκες αντιστοιχούν 81 άνδρες.

Η δημογραφική γήρανση του πληθυσμού στις ανεπτυγμένες χώρες, αποτελεί σήμερα, ένα κυρίαρχο δεδομένο με σοβαρότατες κοινωνικές, οικονομικές ασφαλιστικές, προνοιακές, και υγειονομικές προεκτάσεις. Ειδικότερα στην Ελλάδα, η αύξηση του προσδόκιμου χρόνου ζωής και η δραματική πτώση της γεννητικότητας, έχει ως αποτέλεσμα η χώρα μας να είναι μία από τα πλέον γηρασμένες χώρες του κόσμου μαζί με την Ιταλία, τη Γερμανία και τη Σουηδία. Ενώ στις ΗΠΑ, η αναλογία ατόμων άνω των 60 ετών, στο σύνολο του πληθυσμού, είναι 16,5%, στην Ελλάδα το αντίστοιχο ποσοστό είναι 22,3%. Το έτος 2030, ο αριθμός των ατόμων άνω των 60 ετών, στη χώρα μας, σύμφωνα με την Εθνική Στατιστική Υπηρεσία της Ελλάδος (ΕΣΥΕ), θα αυξηθεί κατά 10% φτάνοντας το 1/3 του συνόλου.

Η φθίνουσα γονιμότητα και η γήρανση του πληθυσμού αλλάζει τη δομή της ελληνικής κοινωνίας και της οικογένειας. Οι παππούδες και οι γιαγιάδες σήμερα κοντεύουν να ξεπεράσουν αριθμητικά τα παιδιά. Σήμερα, σε εκατό παιδιά κάτω των 15 ετών αναλογούν 71 άτομα άνω των 65 χρόνων. Το έτος 2020, σύμφωνα με σχετική έρευνα του ΕΚΚΕ, ο αριθμός των ηλικιωμένων θα είναι όσο και των νέων. Παλαιότερα, το έτος 1853, το ποσοστό των ηλικιωμένων ήταν 3,2% και των νέων κάτω των 15 ετών 41,2%.

Οι πιο γηρασμένες περιοχές της χώρας είναι η κεντρική και νότια Πελοπόννησος και τα νησιά του ανατολικού Αιγαίου. Οι νομοί με τα υψηλότερα ποσοστά ωρίμων πολιτών είναι η Λευκάδα, (22%), η

Σάμος (21%), η Κεφαλονιά (21%). Ακολουθούν η Αρκαδία, η Λέσβος και η Φωκίδα, όπου τα αντίστοιχα ποσοστά κυμαίνονται μεταξύ 20-21%.

Το προσδοκώμενο μέσο όριο ζωής, μέχρι και τις αρχές του τρέχοντος αιώνα στις περισσότερες χώρες, δεν ξεπερνούσε τα 60-65 χρόνια. Σήμερα έχει φτάσει και ξεπερνά τις ηλικίες των 77 ετών. Στην Ελλάδα, σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα δεδομένα, οι γυναίκες ζουν κατά μέσο όρο 80 και οι άντρες 75 χρόνια. Αυτό σημαίνει ότι ο μέσος όρος ζωής στη χώρα μας αυξήθηκε κατά 14 χρόνια μεταπολεμικά. Και οι γυναίκες είναι το «ισχυρό» φύλο, τουλάχιστον όσον αφορά τη μακροζωία.

Σήμερα, ο μέσος άνθρωπος ζει πολύ περισσότερο από παλιά, με συνέπεια συνολικά να υπάρχει ένας σημαντικά μεγαλύτερος αριθμός ηλικιωμένων ατόμων απ' ό,τι στο παρελθόν. Παράλληλα με αυτή την εξέλιξη, στις ανεπτυγμένες χώρες και ιδιαίτερα στην Ελλάδα, μειώνεται δραματικά ο αριθμός των νέων. Η υπογεννητικότητα αποτελεί κυρίαρχο σύγχρονο πρόβλημα που συνδέεται με την αστικοποίηση του πληθυσμού και τη συγκέντρωσή του στις πόλεις, την αύξηση της απασχόλησης των γυναικών, την έλλειψη κατάλληλης υποδομής σε βρεφονηπιακούς σταθμούς, την ανεπάρκεια των οικογενειακών επιδομάτων και γενικότερα στη διαφοροποίηση των κοινωνικών αξιών.

Οι παραπάνω διαπιστώσεις, έχουν δραματικές συνέπειες για την ηλικιακή υπόσταση του πληθυσμού. Ένα έθνος που δεν είναι σε θέση να ανανεώνει τον πληθυσμό του είναι καταδικασμένο να εξαφανιστεί. Οι επιπτώσεις της δημογραφικής γήρανσης είναι καταλυτικά αρνητικές για την οικονομία, τα ασφαλιστικά συστήματα, την κοινωνική πρόνοια και υγεία, την εθνική άμυνα, την προοπτική επιβίωσής του σ' ένα περιβάλλον γειτονιάς, όπου χώρες όπως η Τουρκία γιγαντώνονται πληθυσμιακά.

Στην τελευταία δεκαετία του 20ου αιώνα, ο ελληνικός πληθυσμός θα σημείωνε επικίνδυνη στασιμότητα, αν δε μεσολαβούσε η ορμητική εισροή 200.000 περίπου ομοεθνών παλιννοστούντων και προσφύγων και 650.000 περίπου αλλοεθνών και ξένων λαθρομεταναστών που αναλογούν συνολικά στο 8,5% του πληθυσμού. Η μετατροπή της χώρας από τόπο εξαγωγής σε κέντρο εισαγωγής μεταναστών, αποτελεί ένα σοβαρότατο νέο δεδομένο που ανατρέπει πολλά από τα παλαιότερα κοινωνικά, ηλικιακά, οικονομικά κι εθνικά της χαρακτηριστικά. Αυτή η καινοφανής εξέλιξη συνδέεται άμεσα με την οξυτάτη δημογραφική γήρανση του πληθυσμού και την υποκατάσταση του εγχώριου εργατικού δυναμικού ελληνικής καταγωγής, από εργαζόμενους ξένης υπηκοότητας.

Οι παράγοντες της δημογραφικής γήρανσης βρίσκονται στις συνιστώσες δυνάμεις της δημογραφικής μεταβολής, δηλαδή, στην θνησιμότητα, τη γεννητικότητα, την εξωτερική μεταναστευτική κίνηση και την εσωτερική μετανάστευση. Στην κατά χρόνο παρατηρούμενη αύξηση της γήρανσης, επέδρασαν οι εξής παράγοντες:

- η μείωση της θνησιμότητας και η επιμήκυνση της ζωής («γήρανση από την κορυφή»).
- η μείωση της γεννητικότητας, από την οποία ενσωματώθηκαν στα κατώτερα κλιμάκια ηλικιών, ελλειμματικές γενεές και συρρίκνωσαν την πυραμίδα του πληθυσμού στις νέες ηλικίες («γήρανση από την βάση»).
- η εξωτερική μεταναστευτική κίνηση, η οποία με την αποδημία αφαίρεσε από τις παραγωγικές και αναπαραγωγικές κυρίως ηλικίες νέους και συρρίκνωσε την πυραμίδα του πληθυσμού στις ηλικίες αυτές, ενώ με την παλιννόστηση πρόσθεσε κυρίως σε μεγαλύτερες ηλικίες πληθυσμό.
- ειδικότερα, η εισροή αλλοδαπών βραχυχρονίως φαίνεται ότι διογκώνει τον πληθυσμό στις παραγωγικές ηλικίες, πράγμα το οποίο ερμηνεύεται ως ανασταλτικό της γήρανσης του πληθυσμού.<sup>1</sup>

Η γήρανση του πληθυσμού, αποτελεί ένα από τα σοβαρότερα κοινωνικά θέματα που έχουμε να αντιμετωπίσουμε στον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Είναι γνωστές οι εξελίξεις που σημαδεύονται από το φαινόμενο της αντίστροφης πυραμίδας των γενεών.

Η γήρανση του πληθυσμού μας φέρνει αντιμέτωπους με ένα ευρύ φάσμα σοβαρών θεμάτων όπως <sup>2</sup>:

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

<sup>1</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

<sup>2</sup> Βιολάκη-Παρασκευά Μ. (1989) «Τρίτη Ηλικία», Πρακτικά Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα 8-9/12/89, σελ, 11-14.

➤ Η συνεχής βελτίωση ενός δικτύου αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας και κοινωνικής υποστήριξης για την Τρίτη Ηλικία.

Σημαντικό ρόλο σ' αυτό το θέμα της Τρίτης Ηλικίας δεν έχει μόνο το κράτος, αλλά και :

➤ Η οικογένεια και γενικά το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον

➤ Η κοινότητα με ιδιαίτερη αναφορά στην εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης και της τοπικής κοινωνίας, και

➤ Οι εθελοντικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις.

Χρειάζονται τρόποι για να ενδυναμωθεί η προσφορά και γενικά η εμπλοκή των τριών αυτών παραγόντων στο θέμα των ηλικιωμένων. Και έχουν γίνει βήματα προόδου. Γύρω από αυτούς τους άξονες κινείται ο γενικότερος προβληματισμός και διαμορφώνονται οι σχετικές πολιτικές στις Ευρωπαϊκές χώρες. Η κατάσταση βελτιώνεται σταδιακά.

Τα ΚΑΠΗ είναι ένας επιτυχημένος θεσμός στην αρμοδιότητα της τοπικής αυτοδιοίκησης,

Τα Προγράμματα Βοήθεια στο Σπίτι προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες σε πανελλήνια κλίμακα και καλύπτουν ανάγκες κοινωνικής φροντίδας σε μη εξυπηρετούμενους μοναχικούς ηλικιωμένους,

Τα ΚΗΦΗ (Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων), όπου αυτά λειτουργούν, είναι μικρές αξιόλογες μονάδες ημερήσιας νοσηλείας.

Τα Ενοριακά Προγράμματα Σίτισης Απόρων Ηλικιωμένων που ανήκουν στη δραστηριότητα της Εκκλησίας , αναφέρονται ενδεικτικά στις αξιόλογες Εθελοντικές δραστηριότητες και προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες στους μοναχικούς ηλικιωμένους που βιώνουν την απόλυτη εγκατάλειψη.

Στόχος κάθε οργανωμένης κοινωνίας πρέπει να είναι η διασφάλιση μίας «υγιούς γήρανσης» για τους πολίτες τους. Υγής γήρανση είναι η διατήρηση καλής ποιότητας ζωής του ηλικιωμένου με εξασφάλιση της αυτονομίας του και της αυτάρκειάς του, και η προστασία του σε περίπτωση που αρρωστήσει.

Επισημαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι αποτελούν ενεργό μέλος του κοινωνικού συνόλου, και πρέπει να τους φροντίζουμε όπως φροντίζουμε και τις άλλες ομάδες ηλικιών, κάτι που θα βγάλει τον ηλικιωμένο από την απομόνωσή του και το αίσθημα μοναξιάς.

Σε αυτήν την κοινωνία που οραματιζόμαστε, οι άνθρωποι της Τρίτης Ηλικίας έχουν και λόγο και ρόλο. Άνω των 60 ετών είναι σήμερα ο ένας στους τέσσερις Έλληνες ενώ το 2050 το ποσοστό αναμένεται να φθάσει το 41%.

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι σε θέση να απολαύσουν πλήρως τη ζωή όταν η κοινωνία τους προσφέρει στοιχειωδώς δυνατότητες και διευκολύνσεις.

Τα Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας πλέον, μετά τον Ν.3106 / 10-02-2003, με τη σύσταση σε αυτά Αυτοτελούς Τμήματος Κοινωνικών Υπηρεσιών, είναι σε μία άοκνη προσπάθεια ως προς τη διερεύνηση των Κοινωνικών αναγκών και των κοινωνικών προβλημάτων σε επίπεδο Περιφέρειας, το σχεδιασμό και την ανάπτυξη και εφαρμογή προγραμμάτων κοινωνικής φροντίδας, και για την ανακούφιση της Τρίτης Ηλικίας .

### **1.3. Δικαιώματα και υποχρεώσεις ηλικιωμένων.**

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 δικαιώματά 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 Ανθρώπινων 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 ΜΜΕ, 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 φυλή, φύλο, ηλικία, αναπηρία ή 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.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος 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:

- 1ο. Να παραμείνουν ενεργοί, ικανοί, να στηρίζονται στον εαυτό τους και να είναι χρήσιμοι.
- 2ο. Να εφαρμόζουν σωστές αρχές σωματικής και πνευματικής υγείας στη ζωή τους.
- 3ο. Να επωφελούνται από την εκπαίδευση και την ειδίκευση.
- 4ο. Να προγραμματίζουν και να ετοιμάζονται για τα γηρατειά και τη συνταξιοδότηση.
- 5ο. Να ενημερώνουν τις γνώσεις τους και τις ειδικότητές τους, ώστε να έχουν δυνατότητα απασχόλησης.
- 6ο. Να είναι ευέλικτοι, μαζί με τα άλλα μέλη της οικογένειας και να προσαρμόζονται στις σχέσεις που αλλάζουν.
- 7ο. Να μοιράζονται γνώσεις, ειδικότητες, εμπειρία και αξίες με τις νεότερες γενεές.
- 8ο. Να συμμετέχουν στην πολιτική ζωή της κοινωνίας.
- 9ο. Να αναζητούν και να αναπτύσσουν νέες υπηρεσίες στην κοινότητα.
- 10ο. Να αποφασίζουν για την περίθαλψή τους την οποία γνωρίζει ο γιατρός τους και η οικογένεια

Η ισχύουσα νομοθεσία δηλαδή το Ποινικό και Αστικό Δίκαιο καθώς και η σχετική νομολογία καλύπτουν τα ατομικά δικαιώματα του πολίτη σε περίπτωση ασθένειας. Τα δικαιώματα όλων των ασθενών και επομένως και των υπερηλίκων είναι:

- ❖ Η ενημέρωση για την πραγματική κατάσταση της υγείας τους για την ιατρική διάγνωση και θεραπεία.
- ❖ Η συμμετοχή στο σχεδιασμό της θεραπείας και της φροντίδας.
- ❖ Η άρνηση του υπερήλικα για συμμετοχή σε πειραματική έρευνα.
- ❖ Το δικαίωμα να μην υποβάλλεται σε χειρουργικές και φαρμακευτικές παρεμβάσεις χωρίς πλήρη ενημέρωση για τους κινδύνους που διατρέχει και χωρίς την έγγραφη συγκατάθεσή του που μπορεί ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσει.
- ❖ Η προσωπική ρύθμιση οικονομικών υποθέσεων.
- ❖ Η τήρηση του ιατρικού και νοσηλευτικού απορρήτου.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1994). «Ο ασθενής δεν είναι αιχμάλωτος». Ελευθεροτυπία.

## 1.4. Ηλικιακές διακρίσεις.

Οι ηλικιακές διακρίσεις προέρχονται από στερεοτυπικές αντιλήψεις σχετικά με τις ικανότητες και τη νοοτροπία των ατόμων άνω των 65. Μεταξύ άλλων, πολλοί πιστεύουν ότι τα άτομα άνω των 65 είναι πιο συντηρητικά από τους νεότερους, αντιστέκονται στις αλλαγές, αφομοιώνουν με χαμηλότερο ρυθμό το πλήθος των πληροφοριών, εργάζονται λιγότερο καλά κάτω από πίεση και είναι γενικά λιγότερο παραγωγικά. Αυτές και άλλες στερεοτυπικές αντιλήψεις διαιωνίζονται μέσα από τα μηνύματα που δεχόμαστε από πολύ νωρίς, αρχίζοντας με τα παιδικά παραμύθια, τα κινούμενα σχέδια, τα σχολικά βιβλία και αργότερα με τα μυθιστορήματα, τη τηλεόραση, τα κινηματογραφικά έργα, τις εφημερίδες και τα περιοδικά. Όλα αυτά τα μηνύματα μας επηρεάζουν πιο πολύ όταν δεν έχουν ως στόχο να μας διδάξουν αλλά να μας διασκεδάσουν. Χρειάζεται συστηματική ανάλυση αυτών των μηνυμάτων και μεγάλη προσπάθεια προκειμένου να αντικατασταθούν από άλλα ουδέτερα μηνύματα που δεν θα δημιουργήσουν καινούργια στερεότυπα, ή τουλάχιστον δεν θα συντηρούν τα υπάρχοντα.

Οι προκαταλήψεις που υπάρχουν για τα άτομα άνω των 65 ετών οδηγούν συνήθως σε λιγότερο ευνοϊκές κρίσεις γι' αυτά τα άτομα, άσχετα από τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά τους. Τα προβλήματα των διακρίσεων γίνονται πιο πολύπλοκα γιατί πολλά από τα άτομα άνω των 65 έχουν ενστερνιστεί τις στερεοτυπικές αντιλήψεις γι' αυτούς, συνήθισαν να έχουν λίγη εμπιστοσύνη στις ικανότητές τους, δεν έχουν κουράγιο να αγωνιστούν για τα δικαιώματά τους και ανέχονται τις εις βάρος τους διακρίσεις ως αναπόφευκτες.

Επιπλέον, πολλά άτομα άνω των 65 υφίστανται και άλλες διακρίσεις για άλλα χαρακτηριστικά τους, όπως το φύλο τους, την ενδεχόμενη αναπηρία τους, τις θρησκευτικές τους πεποιθήσεις, τον γενετήσιο προσανατολισμό τους ή/ και τη φυλετική ή εθνοτική καταγωγή τους. Βέβαια, πολλοί αντιμετωπίζουν σημαντικές διακρίσεις και σε νεότερες ηλικίες λόγω αυτών των χαρακτηριστικών, με την πάροδο όμως της ηλικίας προστίθεται ακόμα ένα στρώμα διακρίσεων που μπορεί να προκαλέσει κοινωνικό αποκλεισμό ακόμα και από κοινότητες στις οποίες ήταν προηγουμένως αποδεκτοί.

Επιπρόσθετα, οι ηλικιακές διακρίσεις επιτείνονται από το χαμηλό μορφωτικό ή/ και οικονομικό επίπεδο των ατόμων άνω των 65. Πρόκειται για ένα είδος διάκρισης που δεν μπορεί να αντιμετωπιστεί από τη αντίστοιχη νομοθεσία, παρόλο που αποτελεί πολύ σοβαρό κριτήριο διακρίσεων όχι μόνο στην απασχόληση αλλά και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες και αγαθά. Το κοινωνικό γόητρο ατόμων άνω των 65 με υψηλό μορφωτικό ή/ και οικονομικό επίπεδο, τους επιτρέπει να αντιμετωπίσουν πολλές ηλικιακές διακρίσεις που περιθωριοποιούν αυτούς που δεν έχουν τα προσόντα αυτά. Η νομοθεσία η οποία ισχύει στην Ελλάδα από τον Ιανουάριο του 2005, αφορά την κατάργηση των ηλικιακών διακρίσεων στην απασχόληση, ωστόσο δεν καλύπτει στη χώρα μας την κατάργηση των διακρίσεων αυτών στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης, στις ασφαλίσεις και σε άλλα αγαθά, όπως έχει γίνει στο Βέλγιο, τη Φιλανδία και την Ιρλανδία.

Οι ηλικιακές διακρίσεις επηρεάζουν όλους τους βιοτικούς τομείς και όλες τις δραστηριότητες των ατόμων άνω των 65 ετών. Οι ηλικιακές διακρίσεις, που βασίζονται σε διαδομένα στερεότυπα σχετικά με τις μειωμένες ικανότητες των ατόμων 65+, δημιουργούν σημαντικούς φραγμούς για την εργασία, τη μόρφωση, την αποτελεσματική ιατρική περίθαλψη και την ολοκληρωμένη ζωή αυτών των ατόμων. Βέβαια αυτές οι ηλικιακές διακρίσεις και οι ηλικιακοί φραγμοί ενστερνίζονται και από πολλά άτομα 65+ που κατ' αυτόν τον τρόπο αυτο- αποκλείονται από πολλές δραστηριότητες και επιλογές.

Στις περισσότερες περιπτώσεις, δεν υπάρχουν μόνο ηλικιακές διακρίσεις αλλά διαφορετικοί συνδυασμοί ηλικιακών διακρίσεων με φυλετικές διακρίσεις, με διακρίσεις λόγω αναπηρίας, με εθνικιστικές και /ή θρησκευτικές διακρίσεις, με ρατσιστικές διακρίσεις, με διακρίσεις λόγω σεξουαλικού προσανατολισμού και με διακρίσεις λόγω επιπέδου μόρφωσης και εισοδηματικού επιπέδου. Αυτοί οι πολλαπλοί συνδυασμοί αποτελούν τις πολλαπλές διακρίσεις που αν και είναι πολύ σημαντικές δεν έχουν ακόμα μελετηθεί αρκετά και δεν υπάρχουν νομικοί και ουσιαστικοί τρόποι αντιμετώπισής τους.

### 1.4.1 Άμεσες και έμμεσες διακρίσεις.

Άμεσες: οι προκαταλήψεις έχουν θεσμοθετηθεί είτε σαφώς και κατηγορηματικώς στους υπάρχοντες κανονισμούς, είτε από συνήθεια. Σε αυτές τις διακρίσεις, τα άτομα 65+ κρίνονται λιγότερο ευνοϊκά με βάση την ηλικία τους και άσχετα με τις ικανότητες και τα χαρακτηριστικά τους.

Έμμεσες διακρίσεις: όταν μια συνθήκη ή προϋπόθεση, η οποία ισχύει για όλους, έχει δυσμενή επίδραση στα άτομα 65 ετών. Παραδείγματος χάριν, οι μεταρρυθμίσεις που αποσκοπούν στη

συντομότερη νοσοκομειακή παραμονή μπορούν να βλάπτουν άτομα μεγάλης ηλικίας που χρειάζονται μακρύτερη περίοδο ανάρρωσης. Άλλου είδους έμμεσες διακρίσεις γίνονται, παραδείγματος χάριν, σε άτομα άνω των 65, που δεν είναι εξοικειωμένα με τους υπολογιστές και την ψηφιακή επικοινωνία. Σ' αυτή την περίπτωση, οι εργοδότες μπορούν να μεροληπτούν και να τους αποκλείουν από την εργασία επειδή δεν μπορούν να χειριστούν την ψηφιακή επικοινωνία και όχι λόγω της ηλικίας τους.

#### **1.4.2. Κρυφές και ύπουλες διακρίσεις.**

Ένα άλλο είδος ηλικιακών διακρίσεων είναι οι κρυφές και ύπουλες, που δημιουργούν άγχος και μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, με αποτέλεσμα να έχουν δυσκολίες στις προσωπικές τους σχέσεις και στη παραγωγικότητά τους ή ακόμα και να οδηγηθούν σε αποχώρηση από τη δουλειά τους. Τέτοιες διακρίσεις περιλαμβάνουν διαφορετικούς τρόπους παρενόχλησης ή και εκφοβισμού, όπως ψευδείς διαδόσεις που αποσκοπούν στη δυσφήμιση ηλικιωμένων εργαζομένων, χρήση υποτιμητικών ή προσβλητικών παρατηρήσεων, "αστεϊσμούς" σχετικά με την έλλειψη ικανοτήτων των ηλικιωμένων, απειλές, βία, ακόμα και σωματική κακομεταχείριση.

#### **1.4.3. Διακρίσεις κατά των γυναικών.**

Οι γυναίκες άνω των 65, οι οποίες, αποτελούν την πλειοψηφία, συχνά συναντούν διπλές διακρίσεις, ως γυναίκες και ως ηλικιωμένες, και κινδυνεύουν από τη φτώχεια πολύ περισσότερο από τους ηλικιωμένους άντρες. Κατά μέσο όρο, στην Ευρώπη το εισόδημά τους μετά τη συνταξιοδότηση είναι μόνο το 57% του εισοδήματος των αντρών και κατά πάσα πιθανότητα στην Ελλάδα είναι ακόμα χαμηλότερο. Επιπλέον, οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν πολύ μικρότερη πιθανότητα από τους ηλικιωμένους άντρες να έχουν πρόσβαση στην αγορά αυτοκινήτου και πολύ πιο συχνά μένουν μόνες τους.<sup>4</sup>

Η προκατάληψη ότι τα γηρατειά είναι μία ανάξια, αξιοθρήνητη κατάσταση δηλητηριάζει τους ανθρώπους σε όλη την διάρκεια της ζωής τους. Τι αξία έχει τότε η ενήλικη ζωή μας αν είναι να παραχωρήσει την θέση της σε μία τόσο άχρηστη κατάσταση;

Στην ζωή μας επιδιώκουμε όχι μόνο τον αυτοσεβασμό, αλλά και τον σεβασμό των άλλων. Θέλουμε να είμαστε χρήσιμοι. Θέλουμε να μπορούμε να απολαμβάνουμε καινούριες χαρές, να δεχόμαστε νέες προκλήσεις, να αποτελούμε μέρος του παρόντος, του μέλλοντος αλλά και του παρελθόντος. Θέλουμε να εκμεταλλευόμαστε στο έπακρο τις δυνατότητες μας, γεγονός που πηγάζει, τόσο από πανίσχυρες φυσικές ανάγκες, όσο από υπερβολικό άγχος και ένταση.

Όμως αυτά που επιδιώκουμε για εμάς, στους άλλους τα καταπατάμε. Έτσι θίγονται αξίες όπως ο σεβασμός της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας και των ηλικιωμένων και κάθε ατόμου γενικά. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι κάθε άτομο είναι μια μοναδική και ανεπανάληπτη βιολογική, ψυχοσυναισθηματική και κοινωνική ολότητα, εξαρτώμενη από τις εμπειρίες και τα βιώματά του. Όλοι εξίσου πρέπει να λαμβάνουν ίσες ευκαιρίες, ώστε να αναπτύξουν και να ασκήσουν τις ικανότητες τους για την ικανοποίηση ή την ελαχιστοποίηση των αναγκών τους. Στο άρθρο 25 του Χάρτη Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης, κατοχυρώνεται το δικαίωμα των ηλικιωμένων προσώπων να διάγουν μια αξιοπρεπή και ανεξάρτητη ζωή και να συμμετέχουν στον κοινωνικό και πολιτιστικό βίο.

Το κράτος οφείλει να διασφαλίσει το δικαίωμα κάθε πολίτη για ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης, να παρέχει υπηρεσίες σε ευάλωτες και ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, όπως οι ηλικιωμένοι, να ενθαρρύνει και να ενδυναμώνει τους δεσμούς των ηλικιωμένων με την οικογένειά τους και την κοινότητα και να απαγορεύει κάθε είδους διάκριση και προσβολή αξιών.

Τέλος μία άλλη αξία που θίγεται, είναι το δικαίωμα των ηλικιωμένων προς εργασία, γεγονός που δεν πρέπει να παραβλέπεται. Η διευκόλυνση ολικής ή μερικής εργασίας των ηλικιωμένων, όπου υπάρχει στενότητα εργατικού δυναμικού, θα ωφελούσε τόσο την οικονομική ανάπτυξη, όσο και τους ηλικιωμένους που προτιμούν να συνεχίσουν την οικονομική τους δραστηριότητα.

<sup>4</sup> [www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> :ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΕΝΕΡΓΑ ΑΤΟΜΑ- ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΑΔΡΑΝΕΙΑ

Στην παρούσα εργασία θα θεωρήσουμε ως ενεργά άτομα τα άτομα που διατηρούν την αυτονομία τους, την κοινωνική συμμετοχή, την επικοινωνία, την αυτάρκεια τους καθώς και ένα καλό επίπεδο σωματικής και ψυχικής υγείας. Ζουν υπό συνθήκες αξιοπρεπούς και αυτόνομης διαβίωσης, στο οικείο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον, ώστε να παραμένουν ενεργά και ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου.

Ως αδρανή άτομα θα θεωρήσουμε τα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως λόγω αντιμετώπισης σοβαρών προβλημάτων υγείας ή κοινωνικών και οικονομικών προβλημάτων και έτσι αδυνατούν τόσο να φροντίσουν τον εαυτό τους, όσο και να αναπτύξουν την ενεργό συμμετοχή τους και δράση.

### 2.1. Προβλήματα ηλικιωμένων.

Η μεγάλη ηλικία δεν δημιουργεί πάντοτε προβλήματα. Πολλά άτομα μεγάλης ηλικίας δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας ενώ άτομα πολύ νεότερα μπορεί να εμφανίζουν φυσιολογικά και ψυχολογικά προβλήματα που συνδέονται με τα γηρατειά. Εξ άλλου είναι δυνατόν να παραμείνει κανείς πολύ δραστήριος σε μεγάλη ηλικία, ακόμα και να εργάζεται με αμειβόμενη απασχόληση, ενώ υπάρχουν νέοι που για διάφορους λόγους δεν εργάζονται.

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 γηρατειά τους. Εξ άλλου οι νεότεροι έχουν ορισμένες συνήθειες π.χ. κάπνισμα, "σφηνάκια" κλπ. που αν δεν αλλάξουν θα έχουν επιπτώσεις στην υγεία και τη μακροβιότητα των ηλικιωμένων του μέλλοντος.

#### 2.1.1 Σύνταξη.

Στη διάρκεια της ενήλικης του ζωής είναι φυσικό η ύπαρξη του κάθε ανθρώπου και ο κοινωνικός του ρόλος να περιστρέφονται γύρω από το μέσο με το οποίο επιβιώνει, δηλαδή την εργασία του. Οι αξίες που διαμορφώνει, η αυτοεκτίμηση και το αυτοσυναίσθημα, έχουν όλα σχέση με τις επιτυχίες που προέρχονται από την ενασχόλησή του με την εργασία. Ο κάθε άνθρωπος όμως έχει τη δική του αξία, όχι μόνο εξαιτίας της εργασίας του, αλλά επειδή επιτελεί και μια σειρά από κοινωνικούς ρόλους. Το άτομο που αποδίδει στον εαυτό του μια σειρά από αξιόλογες ιδιότητες και που μπορεί να ασχολείται επαγγελματικά με μια ποικιλία ενδιαφερόντων έχει αποκτήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις, ώστε να γεράσει χωρίς η προσωπικότητά του να αλλοιωθεί.

Γρήγορα και χωρίς να το καταλάβει ο άνθρωπος φθάνει στο ορόσημο που λέγεται "βγήκα στη σύνταξη". Η συνταξιοδότηση έχει τις δικές της προκλήσεις, χαρές και λύπες.<sup>5</sup>

Τα συναισθήματα του πρόσφατα συνταξιοδοτημένου είναι ανάμεικτα: από τη μια υπάρχει η ευχαρίστηση που προκαλεί η ιδέα ότι δεν χρειάζεται πια να πετάγεται από το κρεβάτι στον ήχο του ξυπνητηριού και να τρέχει για τα εργασιακά του καθήκοντα, από την άλλη όμως νιώθει παραγκωνισμένος, περιθωριοποιημένος, με μειωμένες δυνάμεις, μόνος, ανασφαλής και εγκαταλελειμμένος.

Οι μαρτυρίες για τις ψυχολογικές επιπτώσεις της συνταξιοδότησης είναι αντιφατικές: για τα άτομα που αναγκάστηκαν σε πρόωρη συνταξιοδότηση είναι μάλλον αρνητικές. Ξαφνικά περνούν σε απραξία, οι κοινωνικοί τους ρόλοι αλλάζουν αλλά και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις, ιδιαίτερα όταν τα άτομα αυτά απέδιδαν μεγάλη σημασία στις σχέσεις τους με τους συναδέλφους τους και γενικά στην εργασιακή τους ζωή. Η απομάκρυνση από την εργασία πολλές φορές δημιουργεί το αίσθημα του μη παραγωγικού μέλους της ομάδας, του βάρους στην οικογένεια και στο κοινωνικό σύνολο, εφόσον η εργασία θεωρείται μέρος της ταυτότητας του ατόμου. Συχνά αισθάνονται απόρριψη, απομόνωση και μαρασμό, ιδιαίτερα όταν η διακοπή της απασχόλησής τους δεν μπορεί να αιτιολογηθεί από τη φθορά του οργανισμού. Όλες αυτές οι

<sup>5</sup> Πατσαλίδου, Α. (2006). «Στάδια Κρίσης της Τρίτης Ηλικίας». Ενδιαφέρον, Τεύχος 84.

αρνητικές συναισθηματικές επιπτώσεις επιδρούν συχνά δυσμενώς και στην υγεία του ατόμου, με αποτέλεσμα άτομα που κατά τη διάρκεια της εργασιακής τους απασχόλησης ήταν υγιή, ξαφνικά με τη συνταξιοδότησή τους να παρουσιάζουν πολλά από τα συμπτώματα της γεροντικής ηλικίας. Είναι χαρακτηριστικό ότι το 20% περίπου των συνταξιούχων πεθαίνει τα δύο πρώτα χρόνια της νέας του ζωής. Όταν η πρόωγη συνταξιοδότηση αποτελεί επιλογή του ατόμου, τότε οι ψυχολογικές επιπτώσεις μπορεί να είναι πολύ θετικές και το άτομο να αισθανθεί μεγάλη ευτυχία απελευθερωμένο από την καταπίεση, τη ρουτίνα, την ανία, τον εξαναγκασμό της καθημερινής μακροχρόνιας και χωρίς ενδιαφέρον απασχόλησής του. Όταν ιδιαίτερα η πρόωγη συνταξιοδότηση επιλέγεται για την πραγματοποίηση άλλων ατομικών και ευχάριστων στόχων, τότε το άτομο μπορεί να αισθανθεί ανανεωμένο, χρήσιμο στον εαυτό του και την κοινωνία, δημιουργικό και η συνταξιοδότηση γίνεται δεκτή με ανακούφιση γιατί δίνει τη δυνατότητα ελεύθερου, χρόνου για ευχάριστες δραστηριότητες απαλλαγμένες από επαγγελματικές υποχρεώσεις. Οι επιπτώσεις της πρόωρης συνταξιοδότησης στην υγεία, όταν το άτομο είναι κάτω των 60 ετών, απορρέουν συνήθως από ψυχολογικά αίτια εκτός αν το άτομο παρουσίαζε ήδη προβλήματα υγείας.

### **2.1.2. Υγεία.**

Με την είσοδο στην τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται σταδιακά τα πρώτα σημάδια της κάμψης, ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες. Οι ικανότητες του ανθρώπου δεν είναι οι ίδιες όπως στις προηγούμενες ηλικίες, ενώ οι μικρές ενοχλήσεις της υγείας γίνονται καθημερινός σύντροφος. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των βιοσωματικών μεταβολών είναι τέτοιος, ώστε η βαθμιαία χειροτέρευση της υγείας να ακολουθείται από βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που συμφιλώνονται με το γεγονός της βιοσωματικής τους κάμψης εξασφαλίζουν μια σημαντική προϋπόθεση που τους επιτρέπει να χαίρονται τη ζωή τους.

### **2.1.3. Οικογένεια.**

Το πρόβλημα της διαμονής των ηλικιωμένων είναι ένα από τα δυσκολότερα θέματα και σχετίζεται άμεσα με τις οικογενειακές σχέσεις. Το καλύτερο περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο πέρασαν τα πιο πολλά χρόνια της ζωής τους. Άλλωστε, τόσα χρόνια ζωής σ' ένα χώρο δημιουργούν τέτοιους συναισθηματικούς δεσμούς με πρόσωπα και πράγματα και τέτοιες συνήθειες, που η αυθαίρετη αποκοπή τους μόνο τραύματα και απογοητεύσεις μπορεί να φέρει.

Ωστόσο είναι γεγονός πως οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει. Παλαιότερα ο άνθρωπος γερνούσε και πέθαινε στο σπίτι που μεγάλωσε τα παιδιά του, τριγυρισμένος από εγγόνια. Ήταν η μορφή της οικογένειας που όλα τα παιδιά με τις οικογένειές τους ζούσαν μαζί με τους γονείς. Σήμερα κάθε οικογένεια ζει στο δικό της σπίτι που, τις περισσότερες φορές, βρίσκεται σε απομακρυσμένη γειτονιά από το πατρικό σπίτι ή ακόμη και σε άλλη πόλη. Το γεγονός αυτό παρουσιάζεται λιγότερο στην προ μερικών δεκαετιών πατριαρχική Ελλάδα σε σχέση με άλλες χώρες της Ευρώπης όπου η αποξένωση γονέων και παιδιών, όταν αυτά ενηλικιωθούν, είναι πιο έντονη.

Το πέρασμα στην κοινωνία της πόλης, η αύξηση των καταναλωτικών αναγκών καθώς, η αντιμετώπιση του πολίτη ως "εργατικής μονάδος", η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποίηση είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που οδήγησαν στην πυρηνικοποίηση της οικογένειας. Η σύγχρονη οικογένεια έχει αλλάξει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Η απουσία των μελών από το σπίτι (εργασία, εκπαίδευση κ.τ.λ.) έχει χαλαρώσει τους πατροπαράδοτους δεσμούς ανάμεσα στην οικογένεια, η οποία αποτελείται πλέον από τους γονείς και τα παιδιά με τους παππούδες και τις γιαγιάδες να συμμετέχουν από λίγο έως καθόλου στην κοινωνική ζωή τους. Γενικά, η θέση του ηλικιωμένου είναι μειονεκτική, γιατί δυσκολεύεται να παρακολουθήσει και να αφομοιώσει τις αλλαγές και να αποκτήσει τις νέες γνώσεις και τα μέσα που οι νεότεροι έχουν στη διάθεσή τους.<sup>6</sup>

Στην Ελλάδα οι οικογένειες είναι ήδη επιφορτισμένες με τη φροντίδα των άνεργων μελών τους, με τους νέους που δεν μπορούν να εγκαταλείψουν την πατρική εστία καθώς η αγορά εργασίας είναι ισχνή και δεν προσφέρει καμιά οικονομική εξασφάλιση. Δεδομένης εξ άλλου της υπερπροστατευτικότητας που χαρακτηρίζει την ελληνική οικογένεια, αυτό γίνεται ακόμη δυσκολότερο, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει δυνατότητα στήριξης των ηλικιωμένων γονέων. Αυτό σε συνδυασμό με την συνεχή αύξηση των διαζυγίων και την ανάδυση των μονογονεϊκών οικογενειών κάνει τα πράγματα ακόμη χειρότερα για τους παππούδες και τις γιαγιάδες.

<sup>6</sup> Παρούτσας,Κ. (2004). «*Η Τρίτη ματιά.*» Ευρυτανικά Νέα, Τεύχος 98.

#### **2.1.4. Πρόσβαση σε αγαθά και υπηρεσίες.**

Τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να αντιμετωπίζουν μερικές φορές εμπόδια όταν παραδείγματος χάριν χρειάζονται ιατρική περίθαλψη για ορισμένες ασθένειες, όταν θέλουν τα κατάλληλα φάρμακα για τις διάφορες παθήσεις, όταν χρειάζονται να ανανεώσουν την άδεια οδήγησης, να πάρουν δάνειο από την τράπεζα ή όταν έρχονται σε επαφή με πολλές άλλες υπηρεσίες. Αυτά τα εμπόδια φανερώνουν δύο προβλήματα: α) την μη ανταπόκριση των υπηρεσιών στις ανάγκες των ηλικιωμένων, λόγω της ηλικίας τους και β) την ανάγκη για χάραξη εκείνων των στρατηγικών που θα παρέχουν βοήθεια στους ηλικιωμένους, ώστε να ταλαιπωρούνται λιγότερο στις συναλλαγές τους με τις δημόσιες υπηρεσίες και να έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και ιατρικής φροντίδας.

#### **2.1.5. Μοναξιά.**

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μεγάλοι άνθρωποι και που ίσως είναι το πιο σοβαρό, είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους.

Η μοναξιά της τρίτης ηλικίας δεν είναι ένα φαινόμενο που εμφανίζεται μόνο στα απομονωμένα χωριά της επαρχίας. Ακόμα και στην πρωτεύουσα οι άνθρωποι μένουν μόνοι στη δύση της ζωής τους.

Όλο και συχνότερα τα επόμενα χρόνια οι άνθρωποι θα μένουν μόνοι τους στα γεράματα. Τα χρήματα δεν θα επαρκούν και με την επιβολή των νέων κοινωνικοοικονομικών συνθηκών της φιλελευθεροποίησης, η περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων θα αυξάνεται και οι δρόμοι θα γεμίζουν με ολοένα και περισσότερους απόμαχους της ζωής που σε καμιά περίπτωση δεν θα ανέμεναν ένα παρόμοιο τέλος.

Η αλλαγή της οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική, τύπος που δεν εμπεριέχει πια στους κόλπους του τους ηλικιωμένους, είναι η αιτία της μοναξιάς των ηλικιωμένων. Καθώς η οικογένεια περιστρέφεται γύρω από τους γονείς και το ένα ή τα περισσότερα παιδιά τους, οι ηλικιωμένοι περνούν στο περιθώριο. Έτσι, συχνά επιλέγουν μόνοι τους τη χωριστή διαμονή. Εγκαταλείπονται, συνεπώς, στη λεγόμενη φυσική μοναξιά που συνοδεύεται σε μεγάλο βαθμό από την κοινωνική απομόνωση, τον κοινωνικό αποκλεισμό, τη μελαγχολία, την κατάθλιψη η οποία μερικές φορές οδηγεί στην αυτοκτονία.

Δυστυχώς σήμερα, όταν ο ηλικιωμένος δε μπορεί πια να φροντίσει μόνος του τον εαυτό του, όταν ο ένας από το ηλικιωμένο ζευγάρι πεθαίνει ή όταν οι ηλικιωμένοι γονείς έχουν προβλήματα υγείας, τα παιδιά τους, συχνά, ή επειδή αναγκάζονται για διάφορους λόγους ή επειδή δεν είναι πρόθυμα να φιλοξενήσουν τους γονείς στο σπίτι τους, τους απομακρύνουν και, στην καλύτερη περίπτωση, ή πληρώνουν κάποια οικιακή βοηθό να τους προσέχει ή τους στέλνουν σε διάφορα ιδρύματα και τους επισκέπτονται ανάλογα με το χρόνο που διαθέτουν. Οι νεότεροι όμως συχνά ξεχνούν ή βρίσκουν βαρετή μια επίσκεψη στους γέρους γονείς και, απορροφημένοι από τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής, το καθημερινό άγχος και τις πολλές ευθύνες, τους εγκαταλείπουν και αφιερώνουν γι' αυτούς ελάχιστο χρόνο, όποτε το θυμούνται. Από τους παππούδες αυτούς κάποιοι προσαρμόζονται στα νέα δεδομένα και κάποιοι παθαίνουν κατάθλιψη και αισθάνονται εγκατάλειψη, τόση που συχνά δεν μπορούν να αντέξουν. Ας μην ξεχνάμε πως η μοναξιά μπορεί να είναι κάποιος φόβος των περισσότερων από εμάς, μικρών και μεγάλων.

Επιπλέον η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, ξαδέλφων 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.

#### **2.1.6. Τα ψυχολογικά προβλήματα του ηλικιωμένου ατόμου.**

Οι αλλαγές στη ζωή των ηλικιωμένων έχουν αναπόφευκτα και συναισθηματικές επιπτώσεις. Τα κυριότερα ψυχολογικά προβλήματα των ηλικιωμένων στις αστικές περιοχές και ιδιαίτερα στην περιφέρεια της πρωτεύουσας είναι:

➤ Η απομόνωση που προέρχεται κυρίως από τη λύπη που αισθάνεται το άτομο από τα διάφορα πλήγματα που έχει υποστεί στη ζωή του όπως θάνατος αγαπημένων προσώπων, χαλάρωση των οικογενειακών δεσμών λόγω γάμου παιδιών κλπ.

➤ Ο μαρασμός που είναι συνέπεια της συνταξιοδότησης, της μοναξιάς, μακροχρόνιων ασθενειών που υποβάλλουν το άτομο σε αναγκαστική αδράνεια, η εγκατάλειψη από συγγενικά πρόσωπα, η σεξουαλική ανικανότητα κλπ. Η συνταξιοδότηση δεν συνεπάγεται μόνο απώλεια της δουλειάς αλλά και απώλεια της κοινωνικής θέσης, της συντροφικότητας και της ικανοποίησης που προέρχεται από τη δουλειά.

- Η πλήρης κατάπτωση και αδυναμία αυτοφροντίδας που προκαλεί τη σημαντική μείωση της όρασης και της ακοής και η γενική αδιαφορία του περιβάλλοντος.
- Οι διεκδικητικές τάσεις προς την οικογένεια αλλά και προς την κοινωνία που συνοδεύονται από έντονες συγκινησιακές μεταβολές.

Οι ψυχολογικές επιπτώσεις της ιδρυματοποίησης ακόμα και όταν αντιμετωπίζεται ως μοναδική λύση, δεν απαλλάσσει την οικογένεια από ενοχές και τον ηλικιωμένο από ένα συναίσθημα εγκατάλειψης. Η οικογένεια μπορεί να έχει καταβάλει υπεράνθρωπες προσπάθειες για να βοηθήσει τον ηλικιωμένο και αυτός μπορεί να νοιώθει απελπισία στην αίσθηση ότι αποτελεί βάρος. Μετά από τόσα χρόνια ζωής σαν αναπόσπαστο μέρος της οικογένειας ο ηλικιωμένος δοκιμάζει τον πόνο του αποχωρισμού και το φόβο τι θα αντιμετωπίσει στο ίδρυμα: θα είναι ένας χώρος για να ζήσει ή ένα μέρος για να πεθάνει; Πως θα αντέξει να περάσει τα τελευταία του χρόνια ανάμεσα σε ξένους μέσα σε ένα ξένο χώρο; Το άτομο που εισέρχεται σε ίδρυμα νοιώθει το άγχος και το φόβο του να κορυφώνονται ακόμα και αν έχει πάρει απόφαση να συμπεριφερθεί καλά και να αποφύγει τις σκηνές. Αργότερα παρόλες τις καλές προθέσεις του μπορεί να αρχίσει να κλαίει κρυφά. Η ιδρυματοποίηση μπορεί να καταρακώσει την προσωπικότητα του ατόμου. Ο ηλικιωμένος που μπαίνει για πρώτη φορά σε ένα ίδρυμα και ξέρει ότι μόνο νεκρός θα βγει από εκεί είναι φυσικό να βιώνει αυτές τις πλευρές της ιδρυματικής ζωής σαν απειλή της ακεραιότητάς του. Το ίδρυμα αν και παρέχει την απαραίτητη ασφάλεια για την επιβίωση, ταυτόχρονα υποσκάπτει την ψυχολογική ασφάλεια του ατόμου μέσα από τον καθολικό έλεγχο που ασκεί επάνω του. Το άγχος του ηλικιωμένου και ο φόβος για το τι τον περιμένει μπορεί να εντείνουν τα ήδη υπάρχοντα σωματικά, ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα. Πολλοί ηλικιωμένοι μετά από μακριά περίοδο ιδρυματοποίησης νοιώθουν μοναξιά, κοινωνική απομόνωση και ανία κυρίως στους οίκους ευγηρίας με 100-500 άτομα. Ωστόσο, σε αρκετές περιπτώσεις τα άτομα που είναι εγκατεστημένα από καιρό σε γηροκομείο δημιουργούν συχνά φιλίες με συγκατοίκους και μέλη του προσωπικού με αποτέλεσμα να τους βλέπουν σαν οικογένεια

Οι ψυχολογικές ανάγκες του ηλικιωμένου αρρώστου είτε βρίσκεται στο σπίτι του, είτε σε νοσοκομείο, είτε σε οίκο ευγηρίας είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν από ιατρούς, νοσηλευτές και συγγενείς με την εξήγηση της φύσης και της πιθανής έκτασης του προβλήματος, την τόνωση της θέλησης και ελπίδας για τη θεραπεία, την ενθάρρυνση της εξωτερίκευσης της λύπης και του φόβου, τη συστηματική ενίσχυση της αυτοεκτίμησης του, την εκπλήρωση των ψυχολογικών αναγκών: αγάπη, αυτοέκφραση, συμμετοχή.

## 2.2. Ανάγκες ηλικιωμένων.

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ωστόσο η γερωντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη για τους 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.<sup>7</sup>

Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η στέγη είναι ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα των ηλικιωμένων. Σημαντικές διαφοροποιήσεις υπάρχουν μεταξύ αγροτικών και αστικών περιοχών. Στις αγροτικές περιοχές πολλοί ηλικιωμένοι κατοικούν σε κατοικίες που δεν τους παρέχουν σύγχρονες ανέσεις. Οι συνθήκες διαβίωσης είναι ακατάλληλες και πολλές φορές επικίνδυνες. Οι συνέπειες από τις συνθήκες αυτές είναι σοβαρές για τη σωματική ακεραιότητα των ηλικιωμένων (π.χ. φωτιά από ακατάλληλες θερμάστρες, επικίνδυνα σκαλοπάτια κ.λπ.).

<sup>7</sup> Μπαλούρδος, Δ. Τεπέρογλου, Α. Φακιολάς, Α. (1996) «Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης». Στο Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.

Τα προβλήματα κατοικίας στις αστικές περιοχές είναι άλλης μορφής. Στις περιοχές αυτές υπερτερεί η πολυκατοικία, άρα το διαμέρισμα, το οποίο ως επί το πλείστον είναι πολύ μικρό και δε διαθέτει υπαίθριο χώρο. Έτσι το ηλικιωμένο άτομο ζει εγκλωβισμένο και απομονωμένο μέσα στο διαμέρισμα, χωρίς επικοινωνία με τους γείτονες. Οι αλλαγές που έγιναν τα τελευταία χρόνια στον τρόπο ζωής στις σύγχρονες μεγαλουπόλεις έχουν καθοριστικές επιπτώσεις και στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων.

γ) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητά τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειάς τους.

Τα προβλήματα υγείας των ηλικιωμένων αφορούν το ότι υποφέρουν από πολλές αρρώστιες ταυτόχρονα και απαιτείται χρόνος για να αναρρώσουν. Τα σημαντικότερα όμως προβλήματα αφορούν την κινητικότητα, επικοινωνία, άνοια, ελάττωση της ακοής και όρασης - όλα όσα δημιουργούν τέτοιου είδους συμπεριφορά απομόνωσης από το κοινωνικό σύνολο. Οι ηλικιωμένοι χρησιμοποιούν πολύ συχνά τις νοσοκομειακές υπηρεσίες και λόγω των διαφόρων ασθενειών που προαναφέρθηκαν τις έχουν ανάγκη για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

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. Σε όλες τις έρευνες-μελέτες τονίζεται η σημαντική προσφορά που παρέχει η ελληνική οικογένεια στα ηλικιωμένα άτομα. Διάφορες όμως κοινωνικοοικονομικές αλλαγές στη δομή της οικογένειας δυσχεραίνουν την προσφορά αυτή. Οι κοινωνικές υπηρεσίες δεν έχουν, από την άλλη, αναπτυχθεί σε τέτοιο ικανοποιητικό βαθμό, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες αυτές. Η κλειστή ιδρυματική περίθαλψη εξακολουθεί να είναι μικρή στην ελληνική κοινωνία.

η) Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

ι) Εισόδημα: Η διασφάλιση του εισοδήματος για τα ηλικιωμένα άτομα αποτελεί μια δικλείδα ασφάλειας γι' αυτούς. Η σύνταξη αποτελεί το κατ' εξοχήν εισόδημα των ηλικιωμένων. Όμως διάφορες ομάδες ηλικιωμένων ζουν στα όρια της φτώχειας και αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα επιβίωσης και ως εκ τούτου και ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο. Ιδιαίτερα πλήττεται η ηλικιωμένη γυναίκα, η οποία παλιά δεν εργαζόταν και η οποία δεν είχε την ευκαιρία να σπουδάσει λόγω των κοινωνικών συνθηκών που επικρατούσαν.

κ) Συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες: Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων, καθώς και τα έντονα οικονομικά προβλήματα μεγάλης μερίδας της ηλικιακής αυτής ομάδας δημιουργούν τέτοιες έντονες αρνητικές προϋποθέσεις, ώστε η συμμετοχή των ηλικιωμένων σε διάφορες πολιτιστικές δραστηριότητες να είναι μηδαμινή.

Για τα μέλη των ΚΑΠΗ, η συμμετοχή σε εκδηλώσεις, όπως θέατρο, εκδρομές, συνεστιάσεις, διαλέξεις, είναι δεδομένη.

Το μεγαλύτερο όμως ποσοστό των ηλικιωμένων περιορίζεται σε δραστηριότητες μέσα στο πλαίσιο της οικογένειας. Όπως έχει ήδη διαπιστωθεί από τις σχετικές έρευνες, ο βασικός τρόπος διασκέδασης της ηλικιακής αυτής ομάδας είναι η τηλεόραση και το ραδιόφωνο.

Η μη συμμετοχή τους, τους απομονώνει κοινωνικά και οι ίδιοι, λόγω διαφόρων ψυχολογικών επιπτώσεων, δεν αισθάνονται ενεργά μέλη της κοινωνίας.

Η τυχόν έλλειψη ικανοποίησης των παραπάνω αναγκών δημιουργεί στα ηλικιωμένα άτομα μεγάλη ανασφάλεια, αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις, μαρασμό, απογοήτευση, που όλα αυτά οδηγούν με μαθηματική ακρίβεια σε συνθήκες έντονης κοινωνικής απομόνωσης.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν 20 είναι πολύ διαδεδομένη αλλά δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.



## 2.3. Άτομα ενεργά ή αδρανή.

Η 1η Οκτωβρίου, παγκόσμια ημέρα για την Τρίτη Ηλικία, υπενθυμίζει σε όλους μας έντονα, την ανεκτίμητη προσφορά των ηλικιωμένων, στο εθνικό και κοινωνικό γίγνεσθαι, τα ευεργετικά αποτελέσματα της δημιουργίας τους σε κάθε τομέα της πολιτιστικής και οικονομικής δραστηριότητας. Υπενθυμίζει όμως και κάποιες πικρές αλήθειες και ρεαλιστικά δεδομένα. Η έκπτωση των ψυχοσωματικών ικανοτήτων, η μείωση της προσοχής, της μνήμης, της αντίληψης, του ελέγχου των συναισθηματικών αντιδράσεων, της προσαρμοστικότητας, των ενδιαφερόντων, είναι στοιχεία της φυσικής φθοράς, και συνοδεύουν τα τελευταία μας βήματα.

Η κοινωνική απόρριψη τραυματίζει την αυτοεκτίμηση. Η σεξουαλική ανεπάρκεια τονίζει την απογοήτευση. Η έλλειψη δραστηριοτήτων και κοινωνικών σχέσεων επιβάλλει την απομόνωση. Ο άνθρωπος προσεγγίζει το τέλος μόνος. Το γερασμένο πρόσωπο δεν ενεργεί έντονα στο παρόν. Επάνω του όμως είναι ζωγραφισμένες όλες οι ενέργειες του παρελθόντος. Η εσωτερική του διάσταση είναι καρπός της προσωπικής του ιστορίας. Το παρόν του συμπυκνώνει και αποκαλύπτει το βιωμένο χρόνο.<sup>9</sup>

Τα άτομα της Τρίτης Ηλικίας έχουν τη σοφία της ζωής, έχουν πολλές και εξαιρετικές εμπειρίες, έχουν υπομονή και διάθεση μετάδοσης όλου του πλούτου που συναθροίστηκε μία ζωή, στα παιδιά και στους νεώτερους. Αν τους δώσουμε την ευκαιρία να μας διδάξουν, θα μας βοηθήσουν και να δούμε τον κόσμο κάτω από μια άλλη οπτική ίσως.<sup>10</sup>

Γιατί τα ώριμα χρόνια είναι κι αυτά ζωή, ουσιαστική ζωή με τα δικά της χαρακτηριστικά και δική της αξία. Βέβαια σημαίνει το πλησίασμα στο θάνατο, αλλά και ο θάνατος είναι ζωή. Θάνατος δεν σημαίνει μόνο ένα σταμάτημα και μία εξουθένωση ή εξαφάνιση, αλλά περικλείει ένα νόημα. Σοβαρό και σημαντικό νόημα. Σημαίνει «τέλος», και η λέξη «τέλος» στην αρχαία μας γλώσσα είναι συνώνυμο του σκοπού. Είναι η ολοκλήρωση.

Όσο κάποιος κάνει αποδεκτή την ηλικία του, χάνει το θυμό απέναντι στη ζωή και τη ζήλια έναντι εκείνων που την κρατούν ακόμη και έχει την επιθυμία να μεταφέρει, και να εναποθέσει στους νέους μία εμπειρία, έναν πλούτο ζωής, που δοκιμάστηκε στην πραγματικότητα και που δεν την διαθέτουν οι νέοι.

Στα πλαίσια της αλματώδως αυξανόμενης σημασίας και του αριθμού των ωρίμων πολιτών, σκόπιμο θα ήταν να διαφοροποιήσουμε δύο βασικές περιπτώσεις του ζητήματος. Η πρώτη αφορά τα άτομα άνω των 60-65 ετών που βρίσκονται σε ικανοποιητική κατάσταση υγείας και ζωτικότητας και μπορούν όχι μόνο να συμμετέχουν ενεργά στον κοινωνικό τους περίγυρο, αλλά και εφόσον το επιθυμούν, να απασχολούνται με ελαστικό ωράριο της επιλογής τους.

Στη δεύτερη κατηγορία, υπάγονται τα ηλικιωμένα άτομα που η κακή κατάσταση της υγείας τους δεν επιτρέπει να αυτοεξυπηρετούνται και πολύ περισσότερο να αναπτύσσουν κάποια δραστηριότητα. Για την περίπτωση των ατόμων αυτών, η πολιτεία, η Τοπική Αυτοδιοίκηση η εκκλησία και οι εθελοντικοί φορείς, οφείλουν να αναλάβουν την ευθύνη για την αξιοπρεπή τους προστασία και διαβίωση. Την τελευταία αυτή κατηγορία, θα ήταν σκόπιμο να προσδιορίσουμε ότι ανήκει στη λεγόμενη "τέταρτη ηλικία", η οποία σύμφωνα με τον προτεινόμενο ορισμό της, περιλαμβάνει άτομα ηλικιωμένα, συνήθως άνω των 80 ετών, που δεν είναι σε θέση να αυτοεξυπηρετούνται". Το όριο χρονολογικής ηλικίας είναι πάντα σχετικός παράγοντας.

Η τρίτη αλλά και η τέταρτη ηλικία, όσον αφορά την όλη λειτουργία της οικονομίας, αποτελούν ένα διαρκώς αυξανόμενο ποσοτικό και ποιοτικό μέγεθος. Ένα πολυσύνθετο σύνολο εργαζόμενων, επιχειρηματιών, υπηρεσιών και μεταποίησης, δραστηριοποιείται και αναπτύσσεται με επίκεντρο τις ηλικίες αυτές.

Η αλματώδης αύξηση των δαπανών υγείας, συνταξιοδότησης, κοινωνικής προστασίας, κατοικίας, αναψυχής και τουρισμού, συνδέεται άμεσα με την ως άνω πραγματικότητα. Επιχειρηματίες, επαγγελματίες, τεχνολόγοι, ερευνητές, γιατροί, νοσηλευτές, δικηγόροι, φοροτεχνικοί, κοινωνικοί λειτουργοί, φύλακες, βοηθοί ηλικιωμένων, φυσιοθεραπευτές, εργάτες και υπάλληλοι βιομηχανικών μονάδων, τραπεζών, αναψυχής, τουρισμού, κ.λ.π., ένα πολυπληθές σχήμα παραγωγικών συντελεστών

<sup>9</sup> Καρύδη Γ. (2003). Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Ιονίων Νήσων

<sup>10</sup> Δοντάς Α., (1991) «Η παροχή υπηρεσιών πρόνοιας-υγείας στους ηλικιωμένους είναι ηθικά παραδεκτή;» στο Ακαδημία Αθηνών, Οι νέοι και η τρίτη ηλικία, Αθήνα, σελ. 22-29.

εξαρτάται από την παρουσία των ηλικιωμένων ατόμων. Οι ώριμοι πολίτες έμμεσα και ορισμένες φορές άμεσα, συμμετέχουν στην παραγωγική διαδικασία την τροφοδοτούν και την ανακυκλώνουν.

Σε ατομικό επίπεδο, τα μέλη της τρίτης ηλικίας μπορούν να αναπτύξουν δραστηριότητα με κοινωνικό αλλά και έμμεσα οικονομικό περιεχόμενο. Τέτοιας μορφής είναι η συμβολή τους στην ανατροφή των παιδιών, στο οικογενειακό νοικοκυριό και γενικότερα σε οικιακές εργασίες που είναι χρονοβόρες και εμπεριέχουν το αναντικατάστατο δεδομένο της προσωπικής εμπιστοσύνης.

Και δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις εκείνες όπου οι ηλικιωμένοι με την κατάλληλη αξιοποίηση της εμπειρίας, των αποταμιεύσεων, της σύνταξης και γενικότερα της οικονομικής τους αυτονομίας, συμμετέχουν στην οικονομική στήριξη της οικογένειας και του ευρύτερου κοινωνικού τους περίγυρου. Ανεκτίμητη είναι επίσης η συμβολή μελών της τρίτης ηλικίας, με την ωριμότητα, και την ευθυκρισία που συχνά διαθέτουν, σε εθελοντικές δραστηριότητες κοινωνικού χαρακτήρα που εμπεριέχουν και το στοιχείο της οικονομικής δραστηριότητας.

Βάσει όλων των παραπάνω γίνεται κατανοητό ότι τα άτομα της τρίτης ηλικίας, μπορεί να είναι ενεργά και να προσφέρουν στην οικονομική και κοινωνική ανάπτυξη της χώρας. Κάποια άλλα άτομα όμως, δεν μπορούν να προσφέρουν σε αυτήν την κρίσιμη ηλικία, λόγω των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Προβλήματα που απορρέουν από ποικίλους παράγοντες όπως η μοναξιά, το χαμηλό βιοτικό και γνωστικό επίπεδο, η εμφάνιση ασθενειών, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και προστασίας ηλικιωμένων, η απώλεια αυτονομίας, καθώς και η κοινωνική συμπεριφορά απέναντι σε αυτήν την ευαίσθητη ηλικία με συχνό φαινόμενο τις διακρίσεις σε βάρος τους και την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων τους.

Μία ενδιαφέρουσα διαπίστωση πρόσφατων ερευνών, είναι το γεγονός ότι αρκετοί ηλικιωμένοι ζουν έντονα κι απολύτως υγιείς τη κάθε τους στιγμή, ενώ την ίδια ώρα κάποιοι άλλοι έχουν μια πιο φτωχή ποιότητα ζωής. Οι άνθρωποι γερνούν διαφορετικά, και σε αυτό επιδρούν πολλοί παράγοντες που σχετίζονται με το φύλο, τις γενετικές καταβολές, το πολιτιστικό επίπεδο, τον τόπο διαμονής, το κλίμα κ.α. Μεταξύ άλλων, παρατηρήθηκε ότι όσοι είχαν μια φυσιολογική παιδική ηλικία και διατρέφονταν σωστά από τα πρώτα χρόνια της ζωής, γερνούσαν με αργότερους ρυθμούς συγκριτικά με τα άτομα που γνώρισαν μια πιο στερημένη παιδική ηλικία. Γενικότερα, ο μεγαλύτερος αριθμός των μελών της τρίτης ηλικίας, διατηρούνται σε ικανοποιητική φυσική κατάσταση και παραμένουν απόλυτα ικανοί να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές υποχρεώσεις. Κι εδώ, επιδρούν διαφορετικοί παράγοντες, οι οποίοι καθορίζουν και το βαθμό ικανότητας των ηλικιωμένων ατόμων. Τέτοιοι παράγοντες είναι η κοινωνική θέση, η εργασία, το μορφωτικό επίπεδο, ο πλούτος ή η φτώχεια κλπ. Ιδιαίτερη σημασία έχει και ο τρόπος ζωής, αν, δηλαδή, ο ηλικιωμένος ήταν ή παραμένει καπνιστής ή αν ακολουθούσε πιο υγιεινές συνήθειες, όπως η προσεγμένη διατροφή και η άθληση.<sup>11</sup>

Οι ευκαιρίες να παραμείνουν οι ηλικιωμένοι κοινωνικά ενταγμένοι όταν συνταξιοδοτηθούν εξαρτώνται από τα αγαθά που συσσωρεύαν στις προηγούμενες ηλικίες. Τα άτομα που κατείχαν μία προνομιούχο θέση στο σύστημα της παραγωγής όταν συνταξιοδοτηθούν έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν τον ελεύθερο χρόνο τους για ψυχαγωγία, ταξίδια κλπ. ενώ για εκείνους που ανήκουν στις χαμηλές εισοδηματικές τάξεις, με την κατώτατη σύνταξη ως μοναδικό εισόδημα η συνταξιοδότηση συχνά έχει την έννοια του "κοινωνικού θανάτου".

Η έννοια της Κοινωνικής συμμετοχής αναφέρεται στην παραμονή του ηλικιωμένου στο φυσικό του περιβάλλον δηλαδή στο σπίτι του, στη γειτονιά του. Η ζωή σε ίδρυμα συμβάλλει στα πρόωρα γηρατειά του ατόμου. Άλλο στοιχείο κοινωνικής συμμετοχής είναι η επικοινωνία με τους άλλους και η αποφυγή της απομόνωσης, η ενεργός συμμετοχή στη ζωή της κοινότητας. Οι έρευνες δείχνουν τρεις παράγοντες ιδιαίτερα θετικούς για την κοινωνική συμμετοχή των ηλικιωμένων: ένα κάποιο μορφωτικό επίπεδο, δημιουργική εργασία στη φάση της παραγωγικής ηλικίας, σχετική οικονομική άνεση. Ομάδες πληθυσμού που διαθέτουν στο ελάχιστο αυτούς τους τρεις παράγοντες είναι οι συνταξιούχοι ανειδίκευτοι εργάτες και οι πολύ ηλικιωμένες γυναίκες. Η προσαρμογή στην περίοδο μετά τη συνταξιοδότηση του ανειδίκευτου εργάτη είναι πιο δύσκολη σε σύγκριση με άτομα που ασκούσανε άλλα επαγγέλματα διότι η σύνταξή τους είναι ανεπαρκής για την επιβίωση, υπήρχε έλλειψη δημιουργικής εργασίας κατά τη διάρκεια της παραγωγικής ηλικίας και το μορφωτικό επίπεδο είναι χαμηλό.

Η γήρανση του πληθυσμού βρίσκει την κοινωνία που γερνάει να εξακολουθεί να εφαρμόζει τα ίδια πρότυπα συμπεριφοράς που είχε υιοθετήσει στις περασμένες δεκαετίες. Συχνά για τη σύγχρονη κοινωνία

<sup>11</sup> [www.unipi.gr](http://www.unipi.gr)

ο ηλικιωμένος είναι ένα βάρος στο οποίο φέρεται πατερναλιστικά, συγκαταβατικά. Απελευθερωμένος από τα εργασιακά ωράρια ο "νέος ηλικιωμένος" ή ο πρόωρος συνταξιούχος μπορεί, να έχει κάποια άλλη δραστηριότητα που να τον απορροφά αρκετές ώρες της ημέρας. Οι ηλικιωμένοι ή/και συνταξιούχοι διαθέτουν περισσότερο χρόνο για την οικογένεια, τον/την σύζυγο, τα παιδιά τους συγγενείς και φίλους. Η χρησιμοποίηση του ελεύθερου χρόνου αν δεν γίνει με τρόπο ικανοποιητικό καταλήγει σε ανία και απογοήτευση. Ιδιαίτερα στη χώρα μας η αξιοποίηση του ελεύθερου χρόνου αποτελεί συχνά πρόβλημα διότι η συμμετοχή σε ομαδικές δραστηριότητες και τα "χόμπι" δεν είναι πολύ αναπτυγμένα. Οι σημερινοί ηλικιωμένοι Έλληνες συμμετέχουν κυρίως σε οικογενειακές ή κοινωνικό-θρησκευτικές εκδηλώσεις.

Στη Ελλάδα το χάσμα των γενεών παρουσιάζεται ιδιαίτερα έντονο στην εποχή μας. Αμφισβητείται η εμπειρία των ηλικιωμένων ατόμων, κάτι που δεν συνέβαινε στο παρελθόν και αντίθετα έχει δοθεί προτεραιότητα στα θέματα που απασχολούν τους νέους με αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να αισθάνονται πολλές φορές παραγκωνισμένοι από τη νεότερη γενεά.

## 2.4. Παράγοντες αδρανοποίησης.

α) Η μοναξιά: η απώλεια στενών συγγενών όπως αδελφών, ξαδέλφων 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) Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο. Συνήθως οι υπερήλικες έχουν αρκετά μικρότερες συντάξεις σε σύγκριση με τους νεότερους συνταξιούχους του ίδιου κλάδου, λόγω ρυθμίσεων που έχουν γίνει με προγενέστερα συνταξιοδοτικά καθεστάτα.

γ) Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες.

δ) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων και εμποδίζει τους αναλφάβητους να παρακολουθήσουν ακόμη και τα μη μεταγλωττισμένα προγράμματα της τηλεόρασης.

ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας.

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

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

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

θ) Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων.

ι) Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου.<sup>12</sup>

---

<sup>12</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Γηρατειά δε σημαίνουν απαραίτητα εξάρτηση και αδυναμία αυτονομίας. Όμως, με την αύξηση του προσδοκώμενου επιβίωσης, ένας σημαντικός αριθμός ατόμων της 3<sup>ης</sup> και ιδιαίτερα της 4<sup>ης</sup> ηλικίας αντιμετωπίζει προβλήματα που μερικές φορές τα καθιστούν αδύναμα να αυτοεξυπηρετηθούν. Αρκετές φορές το οικογενειακό περιβάλλον αναγκάζεται να αναζητήσει λύσεις κλειστής φροντίδας ή, σε άλλες περιπτώσεις, την πρόσληψη προσώπου, προκειμένου να αναλάβει τη φροντίδα του ηλικιωμένου στο σπίτι. Ακόμα και στις περιπτώσεις που υπάρχει στην οικογένεια μέλος που δεν εργάζεται η καθημερινή φροντίδα ενός ηλικιωμένου με αναπηρία ή χρόνιο νόσημα δημιουργεί σωματική και ψυχική κόπωση.

Στοιχεία από επιστημονικές μελέτες δείχνουν ότι παρόλο που οι οικογένειες συνεχίζουν να φροντίζουν τους ηλικιωμένους, νέοι σοβαροί παράμετροι δυσχεραίνουν αυτό το έργο.

Υπάρχουν όλο και περισσότεροι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι, λόγω της αύξησης του προσδοκώμενου επιβίωσης.

- Υπάρχει αύξηση στα χρόνια επιβίωσης αυτών που είναι εξαρτημένοι. (π.χ. ότι το 25% των ηλικιωμένων, άνω των 75 χρόνων, έχουν ανάγκη βοήθειας στις καθημερινές τους δραστηριότητες).
- Η ιδρυματική περίθαλψη έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια. Φυσικά δεν είναι η πλέον κατάλληλη επιλογή, αλλά και δεν καλύπτει τη γενική αύξηση του αριθμού των ηλικιωμένων, που χρειάζονται βοήθεια.
- Οι φροντιστές (μέλη της οικογένειας) των εξαρτημένων ηλικιωμένων, είναι συνήθως κι αυτοί ηλικιωμένοι, με τα δικά τους προβλήματα υγείας, που επιδεινώνονται απ' το βάρος της φροντίδας.
- Νεότεροι φροντιστές, συνήθως, αναγκάζονται να βγουν στην αγορά εργασίας προκειμένου να συμβάλλουν στο οικογενειακό εισόδημα.
- Περισσότερη ανάγκη φροντίδας φαίνεται να αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι των μεγάλων αστικών κέντρων.

Είναι αποδεδειγμένο ότι το βιολογικό, συναισθηματικό, και οικονομικό κόστος του φροντιστή είναι τεράστιο. Στους εργαζόμενους φροντιστές παρατηρείται συχνά μεγάλη κούραση από το διπλό βάρος δουλειάς και φροντίδας, γεγονός που τους υποχρεώνει να μειώσουν το ωράριο εργασίας, να αλλάξουν απασχόληση, ακόμη και να παραιτηθούν από την εργασία τους, την οποία δύσκολα ξαναβρίσκουν όταν διακοπεί η φροντίδα. Ακόμη, πολλά ψυχολογικά προβλήματα έχουν τη ρίζα τους στη μακρόχρονη φροντίδα ενός ηλικιωμένου συγγενή. Έτσι η κατά διαστήματα υποστήριξη - ανακούφιση του φροντιστή, αποτελεί το μοναδικό φάρμακο. Αυτά όμως θα αναλυθούν στο 6<sup>ο</sup> κεφάλαιο της εργασίας. Σε αυτό το κεφάλαιο θα αναφερθούν οι υπάρχουσες υπηρεσίες στην κοινότητα προς εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων και των φροντιστών τους.

### 3.1. Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων.

Ο θεσμός των ΚΑΠΗ υιοθετήθηκε το 1984 με νομοθετική πρωτοβουλία και χρηματοδότηση του Υπουργείου Υγείας και Προνοίας. Ο Θεσμός εξελίχθηκε σταδιακά μέσω των οργανισμών τοπικής αυτοδιοίκησης, αναπτύχθηκε και διευρύνθηκε σε όλη τη χώρα όπου φθάνει μέχρι σήμερα να λειτουργούν περισσότερα από 300 κέντρα. Βασική φιλοσοφία του θεσμού είναι η προάσπιση των κοινωνικών δικαιωμάτων των ηλικιωμένων. Οι υπηρεσίες του κέντρου απευθύνονται σε άντρες και γυναίκες άνω των 60 ετών που κατοικούν στην περιοχή λειτουργίας τους ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους κατάσταση.

Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της ανοιχτής προστασίας των ηλικιωμένων είναι η παραμονή τους στην κοινότητα, στο οικείο περιβάλλον της οικογένειας, της γειτονιάς, του φιλικού περιγύρου και η αποφυγή της ιδρυματικής κλειστής περίθαλψης και άλλης μορφής ασύλων.

Ο σκοπός των ΚΑΠΗ είναι:

- Η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου
  - Η διαφώτιση και η συνεργασία του κοινωνικού συνόλου και των ειδικών φορέων σχετικά με τα προβλήματα και τις ανάγκες των ηλικιωμένων
  - Πρωτογενή Πρόληψη (εμβολιασμοί, συμβουλές για την αποφυγή ατυχημάτων)
  - Δευτερογενή Πρόληψη (ιατρικές εξετάσεις που έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση)
- Οι υπηρεσίες προσφέρονται στα ΚΑΠΗ είναι:
- Συμβουλευτική, ψυχοσυναισθηματική στήριξη, κοινωνική φροντίδα των ηλικιωμένων και των οικογενειών τους
  - Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή Περίθαλψη
  - Φυσιοθεραπεία
  - Εργοθεραπεία
  - Οργανωμένη ψυχαγωγία
  - Κατ' οίκον εξυπηρέτηση
  - Συμμετοχή σε προγράμματα λουτροθεραπείας και θερινών κατασκηνώσεων
  - Προγράμματα εθελοντισμού
  - Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους

Τα ΚΑΠΗ στελεχώνονται από Ιατρούς Φυσικής Ιατρικής, Κοινωνικούς λειτουργούς, Φυσιοθεραπευτές, Εργοθεραπευτές, Επισκέπτες/τριες Υγείας ή Νοσηλεύτες/τριες και Οικογενειακούς Βοηθούς.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> [www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)

### 3.2. Πρόγραμμα Βοήθεια στο Σπίτι.

Είναι ένα πρόγραμμα κοινωνικής προστασίας που έχει στόχο την παροχή οργανωμένης και συστηματικής φροντίδας σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, δηλαδή άτομα με αισθησιοκινητικές αναπηρίες, ψυχική νόσο, νοητική υστέρηση.

Εξασφαλίζει την αξιοπρεπή και αυτόνομη διαβίωση, την παραμονή στο φυσικό οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον και την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής τους. Υλοποιείται με ευθύνη των δήμων και κοινοτήτων.

Οι υπηρεσίες παρέχονται δωρεάν στο σπίτι των πολιτών. Σήμερα, λειτουργούν περισσότερες από 1.000 μονάδες "Βοήθεια στο Σπίτι" σε όλη την Ελληνική Επικράτεια.

Παρέχει, συμβουλευτική και ψυχοσυναισθηματική στήριξη, νοσηλευτική μέριμνα, φροντίδα του νοικοκυριού, συντροφιά, μικρο-αγορές, πληρωμή λογαριασμών, βοήθεια στην ατομική υγιεινή και άλλες υπηρεσίες που κρίνονται αναγκαίες.

Οι υπηρεσίες παρέχονται με περιοδικές επισκέψεις του προσωπικού στο σπίτι των εξυπηρετούμενων ανάλογα με τις ανάγκες και ιδιαιτερότητές τους.

Το πρόγραμμα απευθύνεται κυρίως σε ηλικιωμένους και άτομα με αναπηρίες, με προτεραιότητα σ' αυτούς που:

- δεν εξυπηρετούνται πλήρως,
- χρειάζονται ιδιαίτερη φροντίδα,
- διαβιούν μοναχικά ή είναι εγκαταλελειμμένοι και
- δεν έχουν επαρκείς οικονομικούς πόρους.

Στόχος των υπηρεσιών είναι να παραμείνουν μέσα στο κοινωνικό τους περιβάλλον και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους.

Το πρόγραμμα στελεχώνεται από καταρτισμένα στελέχη και ειδικούς επιστήμονες, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτές και οικιακούς βοηθούς.

Μέσω του προγράμματος εξασφαλίζεται στενή συνεργασία με τους αρμόδιους τοπικούς φορείς, το ιατρικό προσωπικό, το νοσοκομείο και τις άλλες υπηρεσίες υγείας και πρόνοιας.

Για την αποτελεσματικότερη λειτουργία τού προγράμματος το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας παρέχει σε αρκετούς δήμους ειδικά πολυμορφικά αυτοκίνητα. Αρκετά από αυτά δόθηκαν και από το "Αθήνα 2004" μετά τη λήξη των Ολυμπιακών Αγώνων Αθήνα 2004. Επίσης πλαισιώνεται με εθελοντές.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup> www.pepkm.gr

### 3.3. Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων.

Τα Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων αποσκοπούν στην παραμονή των ατόμων 3ης και 4ης ηλικίας στο οικείο φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον, στη διατήρηση της συνοχής της οικογένειας, στην εναρμόνιση της οικογενειακής και εργασιακής ζωής των μελών της οικογένειας με ηλικιωμένο μέλος, στην αποφυγή της ιδρυματικής περιθάλψης και του κοινωνικού αποκλεισμού, στην εξασφάλιση αξιοπρεπούς διαβίωσης και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων αλλά και των άλλων μελών της οικογένειας.

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

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

Τα ΚΗΦΗ απευθύνονται σε ηλικιωμένους αστικών και ημιαστικών περιοχών, μη δυναμένων να αυτοεξυπηρετηθούν απόλυτα (κινητικές δυσκολίες – άνοια κ.λ.π.), των οποίων το περιβάλλον που τα φροντίζει εργάζεται η αντιμετώπιζει σοβαρά κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα ή προβλήματα υγείας και αδυνατεί να ανταποκριθεί στη φροντίδα που έχει αναλάβει.

Τα ΚΗΦΗ αναπληρώνουν αυτό το κενό με την παροχή οργανωμένης κοινωνικής φροντίδας, από ειδικευμένο προσωπικό, εθελοντές και άλλους φορείς κοινωνικής αλληλεγγύης της κοινότητας, σε κατάλληλα διαμορφωμένους χώρους ημερήσιας ή/ και ολιγόωρης παραμονής.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται στα ΚΗΦΗ είναι:

- Νοσηλευτική φροντίδα
- Φροντίδα για την ικανοποίηση πρακτικών αναγκών διαβίωσης
- Ατομική υγιεινή
- Προγράμματα δημιουργικής απασχόλησης
- Προγράμματα ανάπτυξης λειτουργικών και κοινωνικών δεξιοτήτων

Τα ΚΗΦΗ διασυνδέονται σε λειτουργικό επίπεδο με ΚΑΠΗ που ενδεχομένως υπάρχουν στην ίδια περιοχή, αξιοποιώντας την εμπειρία των στελεχών στην καταγραφή και αξιολόγηση του πληθυσμού των ηλικιωμένων της περιοχής, αλλά και την προσφορά εργασίας στελεχών του ΚΑΠΗ οι ειδικότητες των οποίων δεν περιλαμβάνονται στο βασικό κορμό των στελεχών του ΚΗΦΗ. Τα ΚΗΦΗ συνεργάζονται, επίσης, με τοπικούς φορείς που παρέχουν παρεμφερείς κοινωνικές υπηρεσίες, με μονάδες υγείας της περιοχής καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Άμεσης Κοινωνικής Βοήθειας (ΕΚΑΚΒ).

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η συνεργασία του ΚΗΦΗ με το ΚΑΠΗ και άλλες οργανώσεις για την εξεύρεση εθελοντών. Προηγείται εκπαίδευση και κατάλληλη τοποθέτηση στη δομή.

Τα ΚΗΦΗ στελεχώνονται από Νοσηλευτές /τριες, Κοινωνικούς Φροντιστές και Βοηθητικό Προσωπικό

### 3.4. Λέσχες Φιλίας.

Οι Λέσχες Φιλίας λειτουργούν σε επίπεδο συνοικίας και γειτονιάς για να προσφέρουν υπηρεσίες στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χώροι όπου οι ηλικιωμένοι Αθηναίοι μπορούν να αναζητήσουν ανθρώπινη ζεστασιά, κοινωνική υποστήριξη, επαφή με συνομήλικους, ενημέρωση, ψυχαγωγία.

Το πρόγραμμα των Λεσχών Φιλίας περιλαμβάνει δημιουργική απασχόληση, εργοθεραπεία, φυσιοθεραπεία, επισκέψεις σε πολιτιστικούς χώρους, καλλιτεχνικές δραστηριότητες, ημερήσιες εκδρομές και περιπάτους. Στόχος των Λεσχών Φιλίας είναι η εξοικείωση των ηλικιωμένων με τα προβλήματα της τρίτης ηλικίας, η προσαρμογή τους στις καινούργιες συνθήκες ζωής, η ομαλή συνύπαρξή τους με νεότερους και η παροχή ενός υποστηρικτικού περιβάλλοντος, ιδίως σε ανθρώπους που δεν έχουν οικονομικά μέσα ή οικογένεια να τους φροντίσει.

Οι ηλικιωμένοι έχουν την ευκαιρία να συμμετάσχουν σε πολιτιστικές εκδηλώσεις των Λεσχών Φιλίας αλλά και να επισκεφθούν δωρεάν μουσεία και πολιτιστικούς χώρους και να παρακολουθήσουν εκδηλώσεις μαζικής εστίασης και ψυχαγωγίας.

Επίσης έχουν τη δυνατότητα να ενημερωθούν για ζητήματα που άπτονται των αναγκών και των ενδιαφερόντων τους μέσω ειδικών προγραμμάτων, όπως π.χ. το πρόγραμμα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης για την πρόληψη των τροχαίων ατυχημάτων και των πνιγμών που πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την Ιατρική Σχολή και το Πανεπιστήμιο Αθηνών και το αντίστοιχο πρόγραμμα για τη νόσο Alzheimer.

Ήδη, στην Αθήνα λειτουργούν 19 Λέσχες Φιλίας. Οι δυο νεότερες είναι η Λέσχη Φιλίας στους Αμπελοκήπους και στον Άγιο Παύλο. Σύντομα, πρόκειται να γίνουν 21 με τη Λέσχη Φιλίας στο Κουκάκι και τη Λέσχη Φιλίας στο Νέο Κόσμο. Και οι δυο αυτές Λέσχες βρίσκονται στο στάδιο εργασιών διαμόρφωσης των χώρων και μέσα στο τρέχον έτος πρόκειται να εγκαινιαστούν. Αναμένεται να εξυπηρετήσουν εκατοντάδες άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, δίνοντας τους διέξοδο και δυνατότητες δημιουργικής αξιοποίησης του χρόνου τους.

Παράλληλα, με τη δημιουργία νέων Λεσχών, τα τελευταία χρόνια, στις ήδη υπάρχουσες έχουν συντελεστεί και συντελούνται εργασίες αναβάθμισης των χώρων, αλλά και των παρεχόμενων προγραμμάτων και υπηρεσιών με επιμόρφωση του προσωπικού των υφιστάμενων προγραμμάτων για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, αξιοποιώντας συνεργασίες με πανεπιστήμια και εξειδικευμένους φορείς. Στο πλαίσιο αυτής της φιλοσοφίας, εκπαιδεύτηκαν κοινωνικοί λειτουργοί των Λεσχών Φιλίας και όλο το προσωπικό του Προγράμματος "Βοήθεια στο Σπίτι" σε ειδικό Πρόγραμμα της Μονάδας Παρηγορητικής Αγωγής και Ανακούφισης Πόνου για την διαχείριση ατόμων, που πάσχουν από χρόνιες και ανίατες παθήσεις. Η συνεργασία, εκτός από την εκπαίδευση και επιμόρφωση του προσωπικού που συνεχίζεται, περιλαμβάνει και παραπομπές περιστατικών για εξειδικευμένη συμβουλευτική.

Το προσωπικό των Λεσχών Φιλίας απαρτίζουν κοινωνικοί λειτουργοί, φυσιοθεραπευτές, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό και τεχνικό προσωπικό.



### 3.5. Κέντρα Φροντίδας Οικογένειας.

Ο Εθνικός Οργανισμός Πρόνοιας στα περισσότερα ΚΕΦΟ εφαρμόζει προγράμματα για την τρίτη ηλικία. Τα προγράμματα αυτά περιλαμβάνουν τις εξής βασικές δραστηριότητες:

1. Ομάδες: Ομάδες τρίτης ηλικίας των οποίων οι συναντήσεις καθορίζονται από τα μέλη σε τακτά χρονικά διαστήματα. Τα μέλη συγκεντρώνονται με σκοπό την δημιουργική απασχόληση και ψυχαγωγία ώστε να αποφεύγεται η απομόνωσή τους, να καλλιεργούνται τα ενδιαφέροντα τους και να ενθαρρύνεται η συμμετοχή τους στην κοινωνική ζωή και δράση
2. Λέσχες: Όταν υπάρχει δυνατότητα επιδιώκεται η δημιουργία ενός ιδιαίτερου και μόνιμου χώρου, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας συναντιούνται καθημερινά και αναπτύσσουν την κοινωνικότητά τους αξιοποιώντας δημιουργικά τον ελεύθερό τους χρόνο. Τα προγράμματα στηρίζονται από ευαισθητοποιημένα στελέχη του Ε.Ο.Π. και ειδικευμένο προσωπικό ( κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλεύτριες). Ανάλογα με τις επιμέρους δραστηριότητες που αναπτύσσονται στις λέσχες μπορούν να χρησιμοποιηθούν και επιστήμονες άλλων ειδικοτήτων.<sup>15</sup>

### 3.6. Ιδρυματική περίθαλψη.

Τα ιδρύματα κλειστής περίθαλψης χωρίζονται σε δύο κατηγορίες:

1. Τα γηροκομεία στα οποία εισάγονται ηλικιωμένα άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως.
2. Τα άσυλα, τα οποία δέχονται κατάκοιτους που πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) ασθένειες.

Οι στόχοι της κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων είναι:

- ✓ Παροχή στέγασης και διατροφής
- ✓ Ψυχολογική υποστήριξη και συμβουλευτική
- ✓ Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Ο σεβασμός των δικαιωμάτων και των ελευθεριών των ηλικιωμένων εξαρτημένων ατόμων, η αναγνώριση της αξίας τους και η προστασία της αξιοπρέπειάς τους αφορά όλα τα μέρη όπου ζουν: σε ξενοδοχεία ηλικιωμένων, οίκους ευγηρίας, κατοικίες, νοσοκομεία, νοσοκομεία χρονίως πασχόντων. Κανείς δεν μπορεί να γίνει δεκτός σε ίδρυμα χωρίς προηγούμενο διάλογο και χωρίς τη συναίνεσή του. Ο τρόφιμος πρέπει να εκφράζει τις επιλογές του και τις επιθυμίες του. Το ίδρυμα πρέπει να διαθέτει ένα προσωπικό χώρο, να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του, να ικανοποιεί τις επιθυμίες του, να ενθαρρύνει τις πρωτοβουλίες, να ευνοεί τις ατομικές δραστηριότητες και να αναπτύσσει συλλογικές δραστηριότητες μέσα και έξω από το ίδρυμα. Πρέπει επίσης να εξασφαλίζει νοσηλευτική και ιατρική περίθαλψη προσαρμοσμένη στην κατάσταση υγείας του τροφίμου και σε περίπτωση ανάγκης, περίθαλψη εκτός ιδρύματος. Το ίδρυμα να δέχεται την οικογένεια, τους φίλους και τους εθελοντές και να τους ενθαρρύνει να συμμετέχουν στις δραστηριότητές του.

<sup>15</sup> Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: Έλλην.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> :ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

### 4.1 Καρδιαγγειακές παθήσεις.

Η πιο συνηθισμένη αρρώστια στους ηλικιωμένους είναι η αρτηριοσκλήρυνση με διάφορες εκδηλώσεις εκτός από την αρτηριακή πίεση, όπως ζάλες, νεφρικές ή καρδιακές ανεπάρκειες, διαταραχές μνήμης κ.α. και διάφορες επιπλοκές που η συχνότερή τους είναι το εγκεφαλικό επεισόδιο, άλλοτε ως θρόμβωση και άλλοτε ως αιμορραγία που και οι δύο εμφανίζονται κατά κανόνα ως ημιπληγία. Αναπηρία και θάνατος από το καρδιαγγειακό σύστημα συνεχώς αυξάνονται στους ηλικιωμένους. Είναι δύσκολος ο προσδιορισμός της αιτιολογίας της καρδιοπάθειας. Η υπέρταση, το κάπνισμα και ο διαβήτης είναι οι βασικοί παράγοντες που προδιαθέτουν τους ηλικιωμένους, ενώ τα λίπη, η αύξηση του βάρους και η έλλειψη άσκησης μπορεί να αποδειχθούν σημαντικοί παράγοντες.

Η αρτηριακή πίεση είναι η πιο συχνή ασθένεια που πλήττει την τρίτη ηλικία. Η συχνότητα της υπέρτασης είναι μεγαλύτερη σε άτομα άνω των 50 ετών. Η αύξηση της συστολικής πίεσης φαίνεται να ακολουθεί την άνοδο της ηλικίας και αυξάνει περισσότερο στις γυναίκες παρά στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 70 ετών. Η διαστολική πίεση παρουσιάζει ελάχιστη μέση αύξηση μεταξύ 25 και 75 ετών. Η αύξηση της μέσης συστολικής και διαστολικής πίεσης ιδιαίτερα στις γυναίκες προκαλεί και διαταραχές αιμάτωσης των διαφόρων οργάνων. Οι υπερήλικες εμφανίζουν διακυμάνσεις επίσης από εποχή σε εποχή (το χειμώνα υψηλότερες) από ημέρα σε ημέρα, ακόμη και μέσα στην ίδια ημέρα μεγαλύτερες σε σύγκριση με τους νεότερους ηλικιωμένους. Η συντριπτική πλειοψηφία των θανάτων από υπερτασική νόσο παρατηρείται στην ηλικιακή υποομάδα 85+. Οι γυναίκες άνω των 65 ετών παρουσιάζουν σημαντικά μεγαλύτερη θνητότητα έναντι των ανδρών.

Ο διαβήτης είναι νόσος συχνή στη μεγάλη ηλικία με σημαντικές επιπτώσεις στα αγγεία. Η συχνότητα του διαβήτη αυξάνει απότομα ανάμεσα στα 50 και τα 60 και βαίνει αυξανόμενη με την πάροδο της ηλικίας.

Ο διαβήτης, επηρεάζει δραματικά την ποιότητα ζωής των ασθενών, τη σωματική τους εικόνα και την κινητικότητα τους και συνδέεται με τη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης<sup>16</sup>.

### 4.2. Παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος.

Στην ηλικία των 60 ετών κάθε άτομο έχει χάσει ένα σημαντικό αριθμό νευρικών κυττάρων. Η πλειονότητα των υγείων ηλικιωμένων είναι ικανή να διατηρήσει ακέραιες τις νοητικές λειτουργίες σε απόλυτα ικανοποιητικό επίπεδο αρκεί να παρέχονται τα κατάλληλα ψυχοκοινωνικά ερεθίσματα. Στα φυσιολογικά γηρατειά οι άθικτες νοητικές λειτουργίες αποτελούν τον κανόνα και όχι την εξαίρεση. Επομένως η νοητική εξασθένηση δεν θεωρείται φυσιολογική συνέπεια της γήρανσης αλλά μάλλον πρόκειται για νόσο που υπερισχύει στις πολύ μεγάλες ηλικίες. Ορισμένες γνωστικές λειτουργίες παραμένουν ακέραιες, ενώ άλλες μεταβάλλονται με την αύξηση της ηλικίας. Τα ηλικιωμένα άτομα διατηρούν ακέραιες τις ικανότητες που απέκτησαν στην προηγούμενη ζωή τους π.χ. το λεξιλόγιο και τις γενικές γνώσεις, ενώ παρουσιάζουν σημαντική μείωση στις ικανότητες εκείνες που διασφαλίζουν την καινούργια μάθηση και το χειρισμό μέσων καταστάσεων με σύγχρονους τρόπους. Σε μερικά ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται βραδύτητα αντίδρασης στα διάφορα ερεθίσματα και σε άλλους η ταχύτητα δημιουργεί φαινόμενα σύγχυσης. Στις πολύ μεγάλες ηλικίες υποβαθμίζεται η νοημοσύνη ορισμένων ηλικιωμένων, παρουσιάζονται δυσκολίες σε αριθμητικούς υπολογισμούς, λογικές συσχετίσεις και σύνδεση γεγονότων ή καταστάσεων, μπορεί ακόμα να παρουσιάζεται κάποια μείωση της κριτικής τους ικανότητας.

Η εξασθένηση της μνήμης αρχίζει από τη μέση ηλικία. Η μορφή της μνήμης αλλάζει σε πολλούς ανθρώπους καθώς περνούν τα χρόνια. Κάποια απώλεια της μνήμης είναι σχεδόν καθολικό φαινόμενο στο γεροντικό πληθυσμό. Μειώνεται η μνήμη που αφορά τα πρόσφατα γεγονότα: είναι γνωστή η τάση των ηλικιωμένων να θυμούνται το παρελθόν καλύτερα από το παρόν. Η διαταραχή της μνήμης ακολουθεί το Νόμο του Ribot που χαρακτηρίζεται από προοδευτική απώλεια των πρόσφατων μνημονικών εικόνων. Τα γεγονότα του μακρινού παρελθόντος μπορούν να διατηρηθούν με μεγαλύτερη σαφήνεια και ακρίβεια στο

<sup>16</sup> [http://www.medlook.net/article.asp?item\\_id=2104](http://www.medlook.net/article.asp?item_id=2104), 15/02/08

μυαλό του ηλικιωμένου. Με άλλα λόγια ενώ η βραχυχρόνια μνήμη είναι πιο ευάλωτη, η μακροχρόνια μνήμη διατηρείται. Οι ηλικιωμένοι χάνουν τα πράγματά τους γιατί δεν θυμούνται που τα έβαλαν. Ορισμένοι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι η σημαντική απώλεια μνήμης πρέπει να θεωρείται ως σύμπτωμα ασθένειας μάλλον παρά ως χαρακτηριστικό των γηρατειών. Το πρόβλημα της μνήμης δεν το προκαλούν τόσο τα ίδια τα γηρατεία όσο οι συνέπειες τους: το άγχος, κάποιες καταθλιπτικές τάσεις, η αίσθηση της απομόνωσης, η αγωνία για το αύριο. Όλα αυτά συμβάλλουν σε απώλεια της αυτοεκτίμησης που προκαλεί μείωση των ενδιαφερόντων και ελάττωση της διάθεσης για δράση. Η κατάχρηση αλκοόλ, υπνωτικών, ηρεμιστικών, το κάπνισμα, η υπερβολική κούραση προκαλούν συχνά παροδικές αμνησίες.

Ορισμένες παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος παρουσιάζουν αυξημένη συχνότητα στους ηλικιωμένους, και αποτελούν την πρώτη αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας στην Ελλάδα, ιδιαίτερα τα εγκεφαλικά σύνδρομα, οι διάφορες μορφές άνοιας και η νόσος του Πάρκινσον.

Με τον όρο αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ), περιγράφεται ομάδα παθήσεων του εγκεφάλου όπως θρόμβωση, εμβολή, παροδικά ισχαιμικά επεισόδια και εγκεφαλική αιμορραγία. Η ημιπληγία συνέπεια αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου είναι σπάνια σε άτομα κάτω των 40 ετών, συχνή σε άτομα άνω των 50 ετών και κατόπιν αυξάνει με την ηλικία. Αν και αφορά όλες τις ηλικίες είναι συχνότερη στην 6η και 7η δεκαετία της ζωής.

Η νόσος του Πάρκινσον είναι μία από τις πιο γνωστές παθήσεις του κεντρικού νευρικού συστήματος. Αρχίζει στη μέση ηλικία αλλά πολλοί ασθενείς είναι άνω των 70. Υπάρχουν δύο μορφές, στην πρώτη υπερέχει ο τρόμος και στη δεύτερη η ακαμψία.<sup>17</sup>

Στις παθήσεις του Κεντρικού Νευρικού συστήματος συγκαταλέγονται η άνοια και η νόσος Alzheimer, οι οποίες αναλύονται στο επόμενο κεφάλαιο.

### 4.3. Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

Σημαντικές είναι οι αλλοιώσεις του μυοσκελετικού συστήματος στα γηρατεία. Με την πάροδο της ηλικίας παρατηρείται απώλεια του ασβεστίου και του φωσφόρου των οστών και οστική αραίωση σε όλο το σκελετό. Μετά τα 60, μειώνεται η μάζα των οστών, τα οποία γίνονται πιο αδύνατα, ελαφρότερα, πορώδη και επιρρεπή σε κατάγματα. Τα μυϊκά κύτταρα με την πάροδο των ετών ατροφούν με συνέπεια τη μείωση του όγκου των μυών. Οι μύες αποβάλλουν την ελαστικότητά τους και τη συσταλτικότητά τους, το λίπος μειώνεται. Οι τένοντες, οι σύνδεσμοι και οι μεμβράνες παρουσιάζουν παρόμοιες γεροντικές εκφυλιστικές επεξεργασίες. Παρατηρείται μείωση των οστικών κυττάρων και ατροφία των κυψελών που προκαλεί λέπτυνση των οστών. Η απώλεια του οστού αφορά τα ανόργανα άλατα και τη βασική οργανική ουσία. Η ονομασία αυτών των μεταβολών είναι οστεοπενία της μεγάλης ηλικίας, κοινώς οστεοπόρωση.

Η παράταση της μέσης διάρκειας ζωής έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των ορθοπεδικών παθήσεων σε υπερήλικες. Στα περισσότερα ορθοπεδικά κέντρα μεγάλος αριθμός ασθενών ξεπερνά την ηλικία των 70 ετών και οι θάλαμοι δίνουν την εντύπωση γηριατρικών μονάδων. Η θνησιμότητα των ατόμων με κάταγμα του ισχίου είναι μεγαλύτερη από εκείνη του γενικού πληθυσμού της ίδιας ηλικίας.

Τρία πολύ σημαντικά νοσήματα φθοράς του μυοσκελετικού συστήματος παρουσιάζονται κατά την τρίτη ηλικία. Οι αρθρίτιδες, η οστεοπόρωση και η οσφυαλγία εκφυλιστικής αιτιολογίας. Και οι τρεις παθήσεις είναι πολύ συχνές και κατ' εξοχήν αναπηρικές. Η οσφυαλγία που οφείλεται σε εκφυλιστικές παθήσεις της σπονδυλικής στήλης είναι συχνό νόσημα στους ηλικιωμένους. Τα νοσήματα του μυοσκελετικού συστήματος που αφορούν την τρίτη ηλικία έχουν σχέση με τη φθορά του αρθρικού χόνδρου, των οστών ή των μεσοσπονδυλίων δίσκων. Η προοδευτική καταστροφή των αρθρικών χόνδρων οδηγεί στην ανάπτυξη των αρθρίτιδων.

Η αρθρίτιδα δεν είναι μια μεμονωμένη δυσλειτουργία αλλά ένας γενικός όρος που αναφέρεται σε επώδυνα ερεθισμένες ή πρησμένες αρθρώσεις. Η λέξη συμπεριλαμβάνει περίπου εκατό διαφορετικές ασθένειες, οι οποίες πρέπει να αντιμετωπιστούν νωρίς και έχουν τις εξής προειδοποιητικές ενδείξεις: πρήξιμο, ερυθρότητα και πόνος στις αρθρώσεις, δυσκαμψία, κυρίως το πρωί, και περιορισμένο εύρος κινήσεων.

Με τον καιρό ο σκελετός του σώματος μπορεί να γίνει τόσο εύθραυστος που ακόμα και ένα παραπάτημα στη σκάλα ή ένα γλίστρημα στο χαλάκι του μπάνιου μπορεί να προκαλέσουν σπάσιμο

<sup>17</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

καρπού, λεκάνης ή γοφού. Το σπάσιμο του γοφού δεν είναι απλή υπόθεση. Περίπου το 15-25% των ηλικιωμένων που παθαίνουν κάταγμα στο γοφό πεθαίνουν ένα χρόνο μετά το ατύχημά τους, ενώ ένα άλλο 25% χάνουν την αυτονομία τους και χρειάζονται μακροχρόνια νοσηλευτική περίθαλψη. Τα κόκαλα της σπονδυλικής στήλης μπορούν επίσης να συντριβούν και να συμπιεστούν από την οστεοπόρωση, προκαλώντας παραμόρφωση και αφόρητους πόνους στη μέση.

Τρεις είναι οι συνήθεις μορφές της αρθρίτιδας:

1. Η οστεοαρθρίτιδα ή εκφυλιστική αρθρίτιδα, προσβάλλει σχεδόν τους πάντες μετά την ηλικία των 65 ετών, ιδίως τις γυναίκες, αν κι ορισμένα άτομα έχουν ελάχιστα ή καθόλου συμπτώματα.
2. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα επηρεάζει επίσης περισσότερο τις γυναίκες από τους άντρες. Η ρευματοειδής αρθρίτιδα, προσβάλλει αδιακρίτως άτομα κάθε φύλου, φυλής εθνότητας και πλήττει κυρίως την τρίτη ηλικία. Οι γυναίκες προσβάλλονται 2-3 φορές περισσότερο από τους άνδρες αν και ο αριθμός των ανδρών που προσβάλλονται από τη νόσο ανέρχεται. Κυρίως προσβάλλονται άτομα ηλικίας 40-60 ετών κατά τους χειμερινούς μήνες.<sup>18</sup>

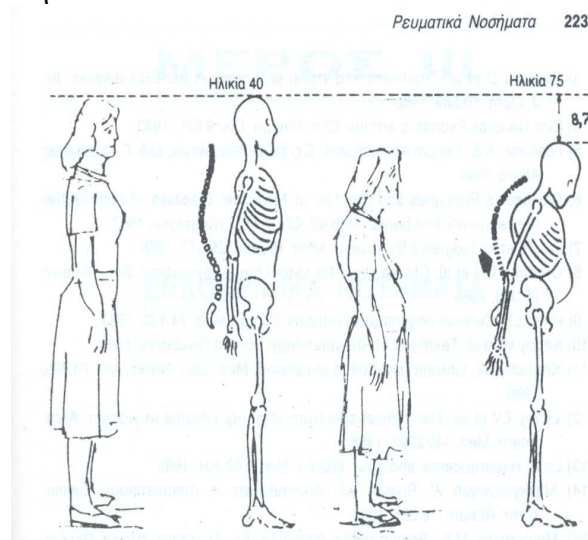
Το 5-10% των αρρώστων έχουν οικογενειακό ιστορικός ρευματοειδούς αρθρίτιδας. Μια άλλη ένδειξη γενετικής προδιάθεσης της νόσου είναι η ανεύρεση αντιγόνου ιστοσυμβατότητας HLA- DRW4 σε μεγάλο αριθμό ασθενών.<sup>19</sup>

Η ουρική και η ψευδοουρική αρθρίτιδα, δύο από τις πιο βασανιστικές μορφές αρθρίτιδας, εμφανίζονται πιο συχνά στους άντρες παρά στις γυναίκες.

Η οστεοπόρωση μετατρέπει τα υγιή κόκαλα σε κάτι που μοιάζει με κομμάτια ξύλου φαγωμένα από τερμίτες και μπορούν να σπάσουν πολύ εύκολα. Προσβάλλει κυρίως τις γυναίκες γιατί μετά την εμμηνόπαυση, όταν επιβραδύνεται η παραγωγή οιστρογόνων, η απώλεια οστικής μάζας πραγματοποιείται με γρήγορο ρυθμό. Επίσης, οι γυναίκες ξεκινούν με πιο λεπτά κόκαλα και ζουν περισσότερο, οπότε προσβάλλονται περισσότερο.

Αλλά ο άνδρας δεν είναι απρόσβλητος από την οστεοπόρωση. Καθώς τα επίπεδα τεστοστερόνης μειώνονται, υπάρχει απώλεια οστικής μάζας. Στην πραγματικότητα, περίπου το ένα τέταρτο όσων πάσχουν από οστεοπόρωση είναι άντρες. Δυστυχώς, τα γηρατεία σε συνδυασμό με τις αλλαγές και την απραξία που συνήθως τα συνοδεύει, διαβρώνουν τα κόκαλα των ηλικιωμένων.

Η πιθανότητα να εμφανίσει οστεοπόρωση ένας ηλικιωμένος είναι μεγάλη. Οι μισές γυναίκες και το ένα τέταρτο των αντρών θα υποστούν κάποιο κάταγμα λόγω της οστεοπόρωσης προς το τέλος της ζωής τους. Το 32% των γυναικών και το 17% των αντρών έχουν σπάσει το γοφό τους μέχρι την ηλικία των 90 και γι' αυτό ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό η οστεοπόρωση.



**Πηγή:** Χανιώτης, 1997, σελ. 223. Η οστεοπόρωση στα ηλικιωμένα άτομα χαρακτηρίζεται από απώλεια σωματικού ύψους, λόγω μεταβολών στους σπόνδυλους και στην σπονδυλική στήλη.

<sup>18</sup> Γαλανόπουλος. (1995). *Βασική Κλινική Ρευματολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.

<sup>19</sup> Jayson, στο Real et al, Σύγχρονη Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας

#### 4.4. Παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος.

Σημαντικές είναι οι αλλοιώσεις του αναπνευστικού συστήματος το οποίο γερνά ταχύτερα από κάθε άλλο και η λειτουργική του μείωση θέτει ένα ανώτατο όριο στη διάρκεια ζωής του ανθρώπου. Γεροντικές αλλοιώσεις προκαλούν σοβαρές δυσλειτουργίες του αναπνευστικού συστήματος και κυρίως μείωση της ζωτικής χωρητικότητας που στα 60-65 χρόνια φτάνει στο μισό του φυσιολογικού.

Οι ηλικιωμένοι πάσχουν από διάφορες μη νεοπλασματικές ασθένειες. Φλεγμονώδεις παθήσεις των βρόγχων και του πνευμονικού παρεγχύματος, όχι μόνο αποτελούν συχνές αιτίες θανάτων αλλά και αιτίες σοβαρών αναπηριών. Η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια και άλλες παθήσεις των πνευμόνων είναι αρκετά συχνές στη μεγάλη ηλικία ενώ τα τελευταία χρόνια ελέγχονται οι φυματιώδεις παθήσεις του πνεύμονα. Όλες οι παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος μπορεί να προκαλέσουν έμμεσα και άλλες παθολογικές καταστάσεις όπως καρδιοπάθεια, οστεοπάθεια, παθήσεις του αίματος κλπ. Η συχνότητα της πνευμονίας είναι αυξημένη στους ηλικιωμένους και αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες θανάτου. Στους ηλικιωμένους οι λοιμώξεις του αναπνευστικού συστήματος συμβαίνουν συχνά, ιδιαίτερα τους χειμερινούς μήνες και οι επιπλοκές από πνευμονία και γρίπη καταλήγουν σε πολλές χιλιάδες θανάτων κάθε χρόνο.

#### 4.5. Παθήσεις του γαστρεντερικού συστήματος.

Με την πάροδο της ηλικίας εμφανίζονται διάφορες αλλοιώσεις της κινητικότητας του γαστρεντερικού συστήματος.

Τα νεοπλάσματα του γαστρεντερικού συστήματος είναι από τις συνηθέστερες θανατηφόρες νεοπλασματικές παθήσεις στις μεγάλες ηλικίες, με κλινικά συμπτώματα -εναλλαγή δυσκοιλιότητας με ευκοιλιότητα- που δεν οδηγούν εγκαίρως τους ασθενείς στο γιατρό. Ειδικότερα ο καρκίνος του παχέος εντέρου, σημειώνει έξαρση στις μεγάλες ηλικίες, όπου αποτελεί το συχνότερο καρκίνο του πεπτικού συστήματος και τη δεύτερη συχνότερη αιτία θανάτου από νεοπλάσματα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα για τους άνδρες. Στις ηλικίες 65-69 ετών η σχέση ανδρών γυναικών είναι 2:1. Ο καρκίνος του στομάχου είναι ο συνηθέστερος στους υπερηλικες (80+). Ο καρκίνος των χοληφόρων οδών και του παγκρέατος είναι ο τέταρτος σε συχνότητα καρκίνος του γαστρεντερικού μετά τους καρκίνους του στομάχου, του παχέος εντέρου και του οισοφάγου. Ο πρωτοπαθής καρκίνος του ήπατος εμφανίζεται κυρίως στις ηλικίες 50-54 ετών με ελαττωμένη συχνότητα στις μεγαλύτερες αλλά και στις νεότερες ηλικίες. Το ήπαρ είναι το όργανο που δέχεται συχνότερα μεταστάσεις από διάφορα πρωτοπαθή καρκινώματα όπως του πνεύμονα, του παγκρέατος και άλλων τμημάτων του γαστρεντερικού συστήματος, του μαστού ή του θυρεοειδούς. Οι μεταστάσεις καρκίνου του ήπατος συχνά αποτελούν πρώτη εκδήλωση νεοπλάσματος όπου η πρωτοπαθής αιτία βρίσκεται στο πεπτικό και το αναπνευστικό σύστημα. Οι περισσότερες περιπτώσεις καρκίνου του παγκρέατος παρατηρούνται σε άτομα ηλικίας 65-75 ετών. Στα 75 χρόνια η συχνότητά του είναι 10 φορές υψηλότερη από ότι σε νεότερη ηλικία. Η προχωρημένη ηλικία και το οικογενειακό ιστορικό αποτελούν παράγοντες κινδύνου. Για τους κακοήθεις όγκους του πεπτικού συστήματος η ριζική χειρουργική αντιμετώπιση όταν είναι εφικτή, αποτελεί τη θεραπεία εκλογής στην προχωρημένη ηλικία αν και παρατηρείται αυξημένη θνησιμότητα στους ασθενείς άνω των 65 ετών σε σύγκριση με νεότερους.

Η γήρανση προδιαθέτει στην ακράτεια κοπράνων αλλά δεν την προκαλεί διότι μπορεί να οφείλεται σε νευρολογικές ή άλλες ανωμαλίες π.χ. βλάβη του σφιγκτήρα από δύσκολο τοκετό ή δυσκοιλιότητα.<sup>20</sup>

#### 4.6. Παθήσεις του ουροποιητικού συστήματος.

Πολλές αλλοιώσεις συνδέονται με την προϊούσα ηλικία που συνδέεται με τη βαθμιαία μείωση της νεφρικής μάζας. Τα ειδικά πλήγματα που υφίσταται το ουροποιητικό σύστημα κατά το γήρας είναι τριπλής προέλευσης: μηχανικά κωλύματα, αρτηριοσκλήρυνση και λοιμώξεις. Οι αλλοιώσεις στο ουροποιητικό σύστημα αφορούν α) τους νεφρούς που το φυσιολογικό τους βάρος μειώνεται κατά 30%, τα αγγεία τους σκληρύνονται και το παρέγχυμά τους συρρικνώνεται. Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι ο φυσιολογικός ανθρώπινος νεφρός μειώνεται από 250 γραμμάρια στην ηλικία των 40 ετών σε 200 γραμ. στην ηλικία των 80 ετών, η νεφρική ροή του πλάσματος ελαττώνεται καθώς επίσης μειώνεται και ο

<sup>20</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

ρυθμός της πειραματικής διήθησης περίπου κατά 1 % το χρόνο, β) τους ουρητήρες που διευρύνονται και τα τοιχώματά τους υπερτρέφονται, γ) την ουροδόχο κύστη, η οποία παρουσιάζει σημαντική ανάπτυξη ινώδους ιστού, ατροφία των μυϊκών ινών και αύξηση του κολλαγόνου του ιστού. Με την πάροδο της ηλικίας κάθε άτομο εμφανίζει χαρακτηριστικές Ανατομικές φυσιολογικές μεταβολές της κύστης: ελάττωση της χωρητικότητας, αύξηση του υπολείμματος μετά την ούρηση, αύξηση των αυτόματων συσπάσεων. δ) Τον προστάτη ο οποίος ενώ κατά την προγεροντική ηλικία υπερτρέφεται αντίθετα στο βαθύ γήρας ατροφεί σε όγκο και σε βάρος και σχηματίζονται μέσα στον προστάτη λίθοι.

Ο καρκίνος των ουροφόρων οδών προβάλλει ως η μεγαλύτερη απειλή των γηρατειών. Ο καρκίνος του προστάτη σχεδόν ανύπαρκτος στη μέση ηλικία παρουσιάζεται μεταξύ 55 και 70 ετών. Οι πάσχοντες από προστάτη με οικογενειακό ιστορικό της νόσου έχουν περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν υποτροπή της ασθένειας και να πεθάνουν από καρκίνο σε σχέση με άνδρες χωρίς οικογενειακό ιστορικό. Ο καρκίνος της κύστης αποτελεί την πρώτη απειλή για τους Έλληνες άνδρες καπνιστές. Τα μεγαλύτερα ποσοστά παρατηρούνται στους άνδρες ηλικίας 60-74 ετών. Ο καρκίνος του νεφρού παρουσιάζεται σε σχετικά νεότερα άτομα σε σύγκριση με τον καρκίνο του προστάτη. Η μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται μεταξύ 60-70 ετών και είναι ο 1ος σε συχνότητα καρκίνος στους άνδρες και ο 12ος στις γυναίκες. Ωστόσο μειωμένη ηπατική και νεφρική λειτουργία αναστέλλουν την καρκινογόνο δράση στοιχείων και μειώνεται ο κίνδυνος ταχείας ανάπτυξης όγκων.

Οι ακράτειες ούρων αφορούν όλες τις ομάδες ηλικιών αλλά είναι ιδιαίτερα συχνές στην τρίτη ηλικία και αποτελούν μάλλον σύμπτωμα παρά νόσο. Υπάρχουν τα εξής είδη ακράτειας:

1. Η παροδική ακράτεια.
2. Η ακράτεια από προσπάθεια.
3. Η ακράτεια από έπειξη.  
Η ακράτεια από υπερχειλίση.
4. Η λειτουργική ακράτεια.
5. Η ακράτεια μεικτού τύπου.

#### **4.7. Παθήσεις του ενδοκρινικού συστήματος.**

Τα γηρατεία συνδέονται με μια σειρά αλλαγών στις λειτουργίες του ενδοκρινικού συστήματος. Οι αλλοιώσεις που παρατηρούνται στους αδένες των ηλικιωμένων είναι: α) ο όγκος και το βάρος της υπόφυσης ελαττώνονται και οι μεταβολές είναι περισσότερο εμφανείς στους άνδρες παρά στις γυναίκες. β) Το βάρος του θυρεοειδή αδένου μειώνεται και παθαίνει σοβαρές ιστολογικές αλλοιώσεις ενώ σημειώνεται μεγάλη μείωση της λειτουργικότητάς του με την πάροδο των ετών, γεγονός που αποτελεί κατά πολλούς ερευνητές, την κύρια αιτία επέλευσης του γήρατος. Στις ηλικιωμένες γυναίκες ακόμα και έμπειροι γιατροί είναι δυνατό να μην αντιληφθούν ότι πάσχει από τον θυρεοειδή. Η νόσος συχνά συγχέεται κλινικά με τα φυσιολογικά γηρατεία, την αρτηριοσκλήρωση, την έλλειψη βιταμινών ή την αναιμία. γ) Οι γεννητικοί αδένες. Ο όγκος και το βάρος των όρχεων μειώνεται συνεχώς και γίνονται ατροφικοί. Αν και υπάρχει γενικά ελάττωση των σπερμογόνων κυττάρων η σπερματογένεση δεν επηρεάζεται ανάλογα. Φυσικά μειώνεται και στο βαθύ γήρας εξαφανίζεται τελείως, αν και υπάρχουν παραδείγματα ανδρών 90-95 ετών που έγιναν γονείς. Στον άνδρα η μείωση της ορμονικής λειτουργίας των όρχεων αρχίζει από το 30ό έτος και συνεχίζεται προοδευτικά έτσι ώστε περί το 70ό έτος η τεστοστερόνη που κυκλοφορεί ανέρχεται στο μισό της ποσότητας των νεανικών ετών. Στη γυναίκα η έκκριση των ωοθηκών σταματά απότομα κατά την εμμηνόπαυση και στερεί το γυναικείο οργανισμό της παρουσίας των οιστρογόνων με αποτέλεσμα να σημειώνεται αύξηση της συχνότητας του διαβήτη και της οστεοπόρωσης. Οι διάφορες κυτταρολογικές και ιστολογικές αλλοιώσεις των ωοθηκών αρχίζουν κυρίως με την εμμηνόπαυση, η οποία και μπορεί να θεωρηθεί σαν ένα από τα πρώτα προγεροντικά φαινόμενα στις γυναίκες. Οι γεροντικές μεταβολές των ωοθηκών αφορούν την ελάττωση του όγκου. δ) Τα επινεφρίδια: το βάρος τους μειώνεται με το γήρας. Οι μη νεοπλασματικές ασθένειες του θυρεοειδούς (υποθυρεοειδισμός, υπερθυρεοειδισμός) ταλαιπωρούν αρκετούς μεσήλικες και ηλικιωμένους. Με πολλά συμπτώματα π.χ. ο υπερθυρεοειδισμός προκαλεί απίσχνανση, ταχυκαρδία, εξοφθαλμία, υπερδιέγερση του νευρικού συστήματος κλπ. Ο καρκίνος του θυρεοειδούς είναι νεόπλασμα επιθετικό, με πρώιμες μεταστάσεις και μικρό προσδόκιμο επιβίωσης.

## 4.8. Παθήσεις του αιματοποιητικού συστήματος.

Στα 60 χρόνια ο αριθμός των αιμοποιητικών κυττάρων έχει πέσει περίπου στο μισό. Ενώ ο αριθμός των ερυθρών διατηρείται σχετικά σταθερός, η αιμοσφαιρίνη και ο αιματοκρίτης ελαττώνονται προοδευτικά μόνο στους άντρες. Συχνή είναι στη μεγάλη ηλικία η μικρού βαθμού ελάττωση της αιμοσφαιρίνης που δεν φτάνει τα όρια αναμίας. Η συχνότητα όλων των λευχαιμιών αυξάνεται απότομα μετά τα 50 χρόνια.

## 4.9. Παθήσεις των αισθητήριων οργάνων.

Όλες οι αισθήσεις αδυνατίζουν στα γηρατειά και κυρίως η όραση και η ακοή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να χάνει σιγά-σιγά το άτομο την επαφή με το περιβάλλον και να μην αντιδρά σε διάφορα ερεθίσματα. Η όσφρηση και η γεύση περιορίζονται με τα χρόνια.

### 4.9.1 Όραση.

Η όραση είναι μία από τις πιο σπουδαίες αν όχι η πιο σπουδαία λειτουργία του ατόμου. Καλή όραση είναι σημαντικός παράγοντας της ποιότητας ζωής ιδίως σε συνθήκες μοναξιάς και εξάρτησης. Ο φόβος τύφλωσης είναι ο μεγαλύτερος φόβος του ανθρώπου μετά το φόβο του θανάτου. Οι περισσότεροι ανάπηροι-τυφλοί είναι άνω των 65 ετών και αυτό έχει επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.<sup>21</sup>

Ο καταρράκτης, το γλαύκωμα, ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας και η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελούν τις συχνότερες γεροντικές ασθένειες.

1. Καταρράκτης
2. Γλαύκωμα
3. Εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας
4. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια<sup>22</sup>

### 4.9.2. Όσφρηση.

Η ευαισθησία του αισθητηρίου της όσφρησης ελαττώνεται με την ηλικία με αποτέλεσμα το ηλικιωμένο άτομο να μη διακρίνει συγγενείς οσμές. Οι μεταβολές στην όσφρηση των ηλικιωμένων μπορεί να οφείλονται στο φυσιολογικό γήρας, στην ασθένεια ή/και στην φαρμακοθεραπεία. Η δυσλειτουργία της όσφρησης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε διατροφικές ελλείψεις, να χειροτερεύει ασθένειες ή να οδηγήσει σε δηλητηριάσεις από τρόφιμα, κάρβουνα, γκάζι και σε ακραίες περιπτώσεις να δημιουργήσει άγχος, ανορεξία και κατάθλιψη.

### 4.9.3. Ακοή.

Αρκετοί ηλικιωμένοι παρουσιάζουν ποικίλης μορφής και έντασης ενοχλήματα στην περιοχή των αφτιών π.χ. βύσματα κυψέλης, εμβοές, ίλιγγο κ.α. Η επίδραση των γηρατειών στα αφτιά έχει αποδοθεί με τον όρο πρεσβυακουσία, η οποία γίνεται πιο αισθητή σε χώρους με θόρυβο.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περισσότεροι από το ένα τρίτο των ατόμων άνω των 60 ετών και το 50% των ατόμων άνω των 85 ετών έχουν σημαντική απώλεια της ακοής.

Η πρεσβυακουσία και η εμβοή αποτελούν τις συχνότερες γεροντικές ασθένειες ακοής.

### 4.9.4. Προβλήματα κατάποσης.

Συχνό ενόχλημα των υπερηλίκων είναι η δυσφαγία δηλαδή διαταραχή του μηχανισμού της κατάποσης που είναι βασανιστική και υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής. Οι αιτίες δυσφαγίας των ηλικιωμένων διαφέρουν από αυτές των νεότερων ατόμων. Τα γηρατειά επιδρούν με διάφορους τρόπους στη διαδικασία της κατάποσης: προκαλούν πρωτοπαθείς αλλοιώσεις ως άμεση συνέπεια της διαδικασίας της γήρανσης και δευτεροπαθείς αλλοιώσεις που είναι συνέπεια διαφόρων ασθενειών. Αρκετές περιπτώσεις δυσφαγίας είναι νευρολογικής αιτίας όπως π.χ. μυασθένεια. Οι δυσκολίες στην κατάποση έχουν επιπτώσεις στην ψυχολογία του ηλικιωμένου.

<sup>21</sup> Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον. Αθήνα: Έλλην.

<sup>22</sup> Morris, V. (2005). Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων. Αθήνα: Mendor.

#### 4.9.5. Δόντια.

Όπως όλα τα οργανικά συστήματα έτσι και οι ιστοί του στόματος γηράσκουν. Τα δόντια συνήθως εμφανίζουν τερηδόνα, τα ούλα υπερτρέφονται, τα οστά των γνάθων ατροφούν και συχνά παρουσιάζουν οστεοπόρωση και τα δόντια μπορεί να πέσουν. Τα οδοντιατρικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι είναι τερηδόνες, περιοδοντική νόσος, στοματικός καρκίνος (με μεγαλύτερη συχνότητα στους άνδρες παρά στις γυναίκες) που αυξάνουν με την πάροδο της ηλικίας. Ακόμα στοματίτιδα από οδοντοστοιχίες, πρωσοπαλγίες, νευραλγίες του τριδύμου. Λειτουργικά προβλήματα που μπορεί να προέλθουν από αυτές τις καταστάσεις είναι η διαφυγή σιέλου από τα χείλη, η αδυναμία προετοιμασίας τροφής για κατάποση, η τροποποιημένη ομιλία, η δυσφαγία, η στοματική αναπνοή.

#### 4.10. Διαταραχές του ύπνου.

Ο ύπνος είναι ένα άπιαστο όνειρο για πολλούς ηλικιωμένους. πάνω από το ένα τρίτο των ατόμων άνω των 65 έχουν προβλήματα αϋπνίας.

Δεν είναι ότι η μεγάλη ηλικία αλλάζει τις ανάγκες του ατόμου για ύπνο, ο ηλικιωμένος μπορεί να παίρνει εν αν υπνάκο γιατί χρειάζεται περισσότερο ύπνο από ότι στο παρελθόν η ξυπνάει στις 5 το πρωί γιατί χρειάζεται λιγότερο ύπνο. Τα περισσότερα άτομα, ανεξάρτητα από την ηλικία τους, χρειάζονται τουλάχιστον επτά με οκτώ ώρες ύπνου την ημέρα.

Αλλά μετά την ηλικία των 40, και σίγουρα μετά την ηλικία των 60, τα άτομα περνούν λιγότερο χρόνο στα βαθύτερα στάδια του ύπνου. Ο ύπνος τους είναι πιο ελαφρύς και ξυπνούν πιο εύκολα την νύχτα. Ορισμένοι δε συνειδητοποιούν ότι ξυπνούν, μερικές φορές κοιμούνται και ξυπνάνε χωρίς καμία ανάμνηση του γεγονότος και δεν καταλαβαίνουν γιατί νιώθουν τόσο κουρασμένοι την επόμενη ημέρα.

Εκτός από τις σχετιζόμενες με την ηλικία αλλαγές στον κυκλο ύπνου-εγρήγορσης, ο πόνος, η ασθένεια, η κατάθλιψη, το στρες, η θλίψη, οι ορμονικές διαταραχές, η αδράνεια και η κακή διατροφή ευθύνονται για τη διατάραξη των φυσιολογικών μοντέλων ύπνου. Το ίδιο κάνουν και τα φάρμακα, ειδικά τα διουρητικά, τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ασθένειας του παρκινσον, ορισμένα αντικαταθλιπτικά, αντυπερτασικά, στεροειδή, αποσυμφορητικά, παυσίπονα, και φάρμακα για το άσθμα, καθώς και η καφεΐνη, ο καπνός και το αλκοόλ. Η άνοια, η οποία απορυθμίζει το βιολογικό ρολόι, μπορεί να διαταράξει ακόμα περισσότερο τις συνήθειες ύπνου και εγρήγορσης.

Τα ηλικιωμένα άτομα είναι επιρρεπή σε διάφορες διαταραχές ύπνου, μεταξύ αυτών:

1. Σύνδρομο ανήσυχων ποδιών και περιοδική κίνηση των άκρων: Το σύνδρομο των ανήσυχων ποδιών είναι μια κατάσταση στην οποία το άτομο έχει μια αίσθηση κνησμού και κεντρίσματος στα πόδια του και μερικές φορές έχει την επιθυμία να τρέξει ή να κινηθεί, ενώ προσπαθεί να κοιμηθεί ή μετά από μια παρατεταμένη περίοδο αδράνειας (όπως για παράδειγμα όταν κάθεται στο αεροπλάνο ή στο λεωφορείο).
2. Άπνοια ύπνου: Για διάφορους λόγους, ορισμένα άτομα σταματάνε να αναπνέουν για αρκετά δευτερόλεπτα ή και 1-2 λεπτά συχνά επανειλημμένως κατά τη διάρκεια της νύχτας. Το άτομο το οποίο κοιμάται ξυπνάει απότομα καθώς τους κόβεται η αναπνοή αλλά αφυπνίσεις είναι τόσο σύντομες που συνήθως δεν τις συνειδητοποιεί.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

Τα γεράματα δεν είναι μια εύκολη κατάσταση, μάλιστα ορισμένες φορές είναι εξαιρετικά δυσάρεστη, αλλά δεν προκαλούν κατάθλιψη, άγχος ή άλλες Ψυχικές παθήσεις. Παρά τις απώλειες και την αδυναμία που βιώνουν, οι περισσότεροι ηλικιωμένοι προσαρμόζονται αρκετά καλά. Μάλιστα, πολλοί χαίρονται και ηρεμούν αυτά τα τελευταία χρόνια της ζωής τους.

Όταν η λύπη μετατρέπεται σε απελπισία, όταν κάποιες απλές ανησυχίες τους καθηλώνουν, όταν ο ηλικιωμένος δεν απολαμβάνει πλέον τις αγαπημένες του ασχολίες, τότε πρέπει να ζητηθεί επαγγελματική βοήθεια. Η παισιοδοξία, η συνεχής θλίψη, η δυστροπία και το συνεχές άγχος δεν αποτελούν αναγκαίο κακό των γηρατειών. Οι άνθρωποι δεν παθαίνουν ξαφνικά κατάθλιψη επειδή έγιναν 80 ετών. Υπάρχουν ενδείξεις του προβλήματος.<sup>23</sup>

### 5.1. Διαταραχές της διάθεσης.

Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μια ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε πολύ μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό. Κοινά παραδείγματα συναισθηματικής διάθεσης είναι η κατάθλιψη, η έξαρση, ο θυμός. Διακρίνουμε τη διάθεση ή συναισθηματική διάθεση από το συναίσθημα (affect), που αποτελεί την εξωτερική έκφρασή της. Και καθώς η εξωτερική έκφραση ενός καταθλιπτικού ή μανιακού ασθενή δεν είναι πάντα καταθλιπτική ή ευφορική, πιο σωστά οι Συναισθηματικές Διαταραχές περιγράφονται σαν Διαταραχές της Διάθεσης, όρο που υιοθέτησε το DSM-III-R και το DSM-IV.

Στις διαταραχές της διάθεσης περιλαμβάνεται και η κατάθλιψη, μια διαταραχή με μεγάλη συχνότητα εμφάνισης στους ηλικιωμένους.

Το 15%-25% των ηλικιωμένων πάσχουν από κατάθλιψη. Το ποσοστό αυξάνει αν υπάρχει χρόνια ασθένεια ή αν το άτομο ζει σε γηροκομείο – η κατάθλιψη ξεπερνά κατά πολύ τη συχνότητα εμφάνισης του Αλτςζάιμερ, το ποσοστό αυτό φτάνει το 30-50 %.

Η κατάθλιψη στην τρίτη ηλικία δεν έχει μελετηθεί συστηματικά. Συνήθως καλύπτεται από οργανικές ασθένειες. Υπάρχει επομένως έντονη ανάγκη εντοπισμού και ταυτοποίησης της κατάθλιψης των ηλικιωμένων, καθώς μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνη για τη ζωή των ηλικιωμένων. Μπορεί να αποτελέσει πρόδρομο αυτοκτονικών τάσεων. Το 10%-15% των ανθρώπων με βαριά κατάθλιψη αυτοκτονούν. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνεται με την ηλικία.

Κοινωνικά θέματα που συμβάλλουν στην κατάθλιψη των ηλικιωμένων, εμποδίζοντάς τους να λάβουν την κατάλληλη θεραπεία:

- Η κοινωνία μας εστιάζει και εκτιμά τα νιάτα – οι ικανότητες και τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων υποτιμούνται συνεχώς από την κοινωνία μας.
- Οι ηλικιωμένοι μπορεί να αισθάνονται ότι η ζωή τους είναι ασήμαντη - ότι πλέον δεν έχουν αξία.
- Έχουν μάθει να είναι ανεξάρτητοι και αισθάνονται ότι θα πρέπει να είναι σε θέση να φροντίζουν τον εαυτό τους και τα προβλήματά τους και σ' αυτή τη φάση της ζωής τους η ανεξαρτησία και η αυτονομία τους βαίνει μειούμενη.
- Δεν αισθάνονται άνετα να συζητούν και έχουν την τάση να μειώνουν τη σημασία εμφάνισης συμπτωμάτων συναισθηματικής ή ψυχολογικής φύσεως. Το κοινωνικό στίγμα επιδεινώνει το πρόβλημα
- Φοβούνται την εισαγωγή τους σε νοσοκομείο, ιδιαίτερα σε ψυχιατρικό.
- Η απώλεια της οικογένειας, της εργασίας, των σωματικών δυνάμεων, της καλής εμφάνισης, του σπιτιού, της αυτοεκτίμησης, του ρόλου, της κοινωνικής θέσης, του δικτύου υποστήριξης – είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας.
- Δεν έχουν πια εκτεταμένες οικογένειες που προσφέρουν νόημα, υποστήριξη και φροντίδα στη ζωή τους.
- Η κατάθλιψη μπορεί να επιδεινωθεί λόγω κακής υγείας, κακής διατροφής, έλλειψης σωματικής άσκησης, έλλειψης φωτός, χρημάτων και κοινωνικής υποστήριξης.

<sup>23</sup> Morris, V. (2005). Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων. Αθήνα: Mendor.

- Ένας ακόμα παράγοντας μπορεί να είναι η κακοποίηση των ηλικιωμένων.  
Τα ζητήματα αυτά περιπλέκονται καθώς :
- Η διαγνωστική διαδικασία είναι περίπλοκη, ιδιαίτερα όταν υπάρχουν ιατρικά προβλήματα, γεγονός σύννηθες σε ανθρώπους της τρίτης ηλικίας
- Είναι δύσκολο να βρεθούν τα όρια μεταξύ της κατάθλιψης και της θλίψης που συνδέεται με την απογοήτευση και την απώλεια
- Συμπτώματα όπως η απάθεια, η κακή διάθεση, η διαταραχή μνήμης κτλ, θεωρούνται κομμάτι της διαδικασίας γήρανσης, ενώ στην πραγματικότητα είναι συμπτώματα κατάθλιψης.
- Οι ηλικιωμένοι φοβούνται να μιλήσουν για τη σύγχυση και την απώλεια μνήμης που τους προκαλεί η κατάθλιψη, γιατί θεωρούν ότι μπορεί να έχουν προσβληθεί από Αλτσχάιμερ.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης ήπιας μορφής - έλλειψη ενέργειας και πρωτοβουλίας, κοινωνική απομόνωση, απώλεια ενθουσιασμού και μια γενικότερη απάθεια - μερικές φορές αποτελούν την πρώτη ένδειξη γεροντικής άνοιας.

Η σοβαρή κατάθλιψη στους ηλικιωμένους συνοδεύεται μερικές φορές από ψευδαισθήσεις, δηλαδή πιστεύουν πράγματα που απλώς δεν είναι αληθινά. Τα ηλικιωμένα άτομα που έχουν κατάθλιψη μπορεί να έχουν και παραισθήσεις, δηλαδή να βλέπουν ή να ακούνε πράγματα που δεν υπάρχουν.

## 5.2. Αγχώδεις διαταραχές.

Δεν υπάρχει άνθρωπος που να μην έχει νιώσει άγχος. Παρόλα αυτά ακριβής ορισμός του όρου είναι δύσκολος γιατί η έννοια αυτή χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα απαντήσεων του ατόμου.

Καθώς το άγχος βιώνεται ψυχολογικά ως συναίσθημα, είναι χρήσιμο για την κατανόησή του να αναφερθούμε σ' ένα άλλο παρόμοιο συναίσθημα που είναι ο φόβος.

Ο φόβος είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση, που δημιουργείται ως απάντηση σε εξωτερικό πραγματικό κίνδυνο ή απειλή, που γίνεται αντιληπτός(ή) συνειδητά. Η ένταση και η διάρκεια του φόβου είναι ανάλογη προς τον κίνδυνο και ο φόβος υποχωρεί όταν το άτομο αναλάβει δράση που οδηγεί σε φυγή ή αποφυγή. Ο φόβος περιλαμβάνει τόσο υποκειμενική αίσθηση φόβου (ψυχολογική διάσταση) όσο και φυσιολογικές μεταβολές που είναι κυρίως επιτάχυνση του καρδιακού ρυθμού, επιτάχυνση της αναπνοής, τρόμος των μυών και ανακατανομή του αίματος από το δέρμα και τα σπλάχνα στους μεγάλους μυς (φυσιολογική διάσταση). Οι μεταβολές αυτές προετοιμάζουν το σώμα για μυική δραστηριότητα (πάλη ή φυγή) που μπορεί να είναι απαραίτητη ως απάντηση στην απειλή.

Το άγχος, αντίθετα, είναι η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα φόβου ή ακόμη και τρόμου σαν απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη ή μη αναγνωρίσιμη. Όπως και ο φόβος, έτσι και το άγχος εκτός της ψυχολογικής διάστασης της τάσης φόβου και τρόμου συνοδεύεται από διέγερση του συμπαθητικού συστήματος που εκδηλώνεται με ιδρώτα, ταχυκαρδία, τρόμο, επιτάχυνση της αναπνοής και γαστρεντερική δυσφορία (φυσιολογική διάσταση). Σ' αντίθεση, όμως, με τον φόβο η πηγή του άγχους, είτε είναι άγνωστη, είτε έχει ελάχιστη ένταση σε σύγκριση με την ένταση της φυσιολογικής και συναισθηματικής (ψυχολογικής) αντίδρασης που προκαλεί.

Συνήθως το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα (π.χ. παραμονές εξετάσεων, αναμονή σημαντικών συναντήσεων κτλ.). Το άγχος θεωρείται παθολογικό εάν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινή λειτουργικότητα, στην επίτευξη επιθυμητών στόχων ή στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου - οπότε και έχουμε κάποια Αγχώδη Διαταραχή.

Οι Αγχώδεις Διαταραχές είναι οι πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές στον γενικό πληθυσμό και ιδίως στην πληθυσμιακή ομάδα της Τρίτης Ηλικίας. Οι Ειδικές (ή Απλές) Φοβίες είναι οι πιο συχνές από αυτές, αλλά άτομα με τις φοβίες αυτές σπάνια αναζητούν θεραπεία. Η Διαταραχή Πανικού και η Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή είναι οι πιο συχνές αγχώδεις διαταραχές στα άτομα που ζητούν θεραπεία.<sup>24</sup>

<sup>24</sup> Μάνου, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS

### 5.2.1. Διαταραχή Πανικού και Αγοραφοβία.

Η αγοραφοβία είναι ο έντονος φόβος για τα πολύ συχνά στα μέρη, και η κλειστοφοβία, δηλαδή ο φόβος για τα κλειστά μέρη και οι διαταραχές πανικού, στις οποίες το άγχος εμφανίζεται ξαφνικά και με ιδιαίτερη ένταση.

### 5.2.2. Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική διαταραχή.

Το βασικό χαρακτηριστικό της Ψυχαναγκαστικής Καταναγκαστικής Διαταραχής (ΨΚΔ) είναι επαναλαμβανόμενοι ψυχαναγκασμοί ή/και καταναγκασμοί, που είναι αρκετά σοβαροί ώστε να προκαλούν έντονη υποκειμενική ενόχληση, να καταναλίσκουν περισσότερο από 1 ώρα την ημέρα από τον χρόνο του ατόμου ή να προκαλούν σημαντική έκπτωση της λειτουργικότητάς του.

Οι ψυχαναγκασμοί είναι επίμονες ιδέες, σκέψεις, παρορμήσεις ή εικόνες που το άτομο τις βιώνει ως εισβολή και ως ακατάλληλες (ως δηλ. «δυστονικές προς το εγώ») και που του προκαλούν έντονο άγχος και δυσφορία.

Οι καταναγκασμοί είναι επαναλαμβανόμενες συμπεριφορές (πλύσιμο χεριών, τακτοποίηση, έλεγχος) ή νοητικές πράξεις (π.χ. προσευχή, μέτρημα, επανάληψη λέξεων σιωπηλά), τις οποίες το άτομο νιώθει αναγκασμένο να τις εκτελέσει (αν προσπαθήσει να τις αντισταθεί νιώθει υπέρμετρο άγχος) ως απάντηση σ' ένα ψυχαναγκασμό ή σύμφωνα με κανόνες που πρέπει να τηρηθούν αυστηρά. Οι καταναγκασμοί δεν γίνονται για ευχαρίστηση, αλλά για να ανακουφίσουν το άγχος που δημιουργούν κάποιοι ψυχαναγκασμοί ή για να αποτρέψουν κάτι που το άτομο φοβάται.

Ο βαθμός ευαισθησίας του ατόμου για τους ψυχαναγκασμούς ή τους καταναγκασμούς του ποικίλλει, αλλά σε κάποια στιγμή το άτομο αναγνωρίζει ότι είναι υπερβολικοί ή παράλογοι.<sup>25</sup>

Η Ψυχαναγκαστική καταναγκαστική διαταραχή, είναι αρκετά συνήθης στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στις ηλικιωμένες γυναίκες. Ένα άτομο έχει «ανεπιθύμητες σκέψεις, συχνά για κάτι ανούσιο, τρομακτικό ή αηδιαστικό καθώς και την έντονη παρόρμηση να κάνει κάτι το οποίο επανειλημμένως καταπραΰνει τις έμμονες ιδέες.

### 5.2.3. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή.

Το βασικό χαρακτηριστικό της Γενικευμένης Αγχώδους Διαταραχής (ΓΑΔ) είναι υπερβολικό άγχος, στενοχώρια και ανησυχία που το άτομο δυσκολεύεται πολύ να ελέγξει, χωρίς τα ειδικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν τις Φοβίες, τη Διαταραχή Πανικού ή την Ψυχαναγκαστική Καταναγκαστική Διαταραχή.

Δεν υπάρχει τίποτα που να αφορά στους ηλικιωμένους και να είναι εύκολο. Υπάρχουν διάφορες παθήσεις που συχνά διαγνώσκονται λανθασμένα ως διαταραχή άγχους, συμπεριλαμβανομένων του υπερθυρεοειδισμού και καρδιοπάθειας ή πνευμονοπάθειας που προκαλούν ταχυκαρδία και δυσκολία στην αναπνοή. Επίσης, το άγχος και η ταραχή μπορεί να είναι συμπτώματα του παραληρήματος, της κατάθλιψης ή της γεροντικής άνοιας, κι όχι μια ανεξάρτητη αρρώστια. Είναι επίσης πιθανό ο γονιός σας να μην έχει κάποια Ψυχιατρική διαταραχή αλλά να αντιδρά σε δικαιολογημένους φόβους (για παράδειγμα, φοβάται ότι θα μείνει χωρίς χρήματα ή ότι θα πέσει θύμα κλοπής). Αντίθετα, σε μια διαταραχή άγχους, ο φόβος υπερβαίνει την πραγματικότητα και συνεχίζει να υφίσταται ακόμα και αφού αντιμετωπιστεί η αιτία του φόβου.

Η ΓΑΔ είναι συχνότερη στις γυναίκες και υπολογίζεται ότι έχει επιπολασμό ζωής περίπου 5% (3% επιπολασμό έτους). Λίγοι από τους ασθενείς με ΓΑΔ αναζητούν ψυχιατρική θεραπεία. Πολλοί από αυτούς επισκέπτονται παθολόγους, καρδιολόγους ή πνευμονολόγους. Σε σύγκριση με τη διαταραχή πανικού και την κατάθλιψη η ΓΑΔ είναι σχετικά ήπια διαταραχή. Περίπου 10%-12% των ηλικιωμένων αγχωδών ασθενών που επισκέπτονται ψυχιάτρους έχουν ΓΑΔ.

## 5.3. Γνωστικές διαταραχές.

Αυτό που χαρακτηρίζει τις διαταραχές αυτές είναι η ύπαρξη ενός κλινικά σημαντικού ελλείμματος σε κάποια ή κάποιες από τις γνωστικές λειτουργίες (μνήμη, κρίση, προσανατολισμός κτλ.) που αποτελεί και σημαντική αλλαγή από το προηγούμενο επίπεδο λειτουργικότητας του ατόμου.

<sup>25</sup> Μάνου, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS

Για καθεμιά από αυτές τις διαταραχές η αιτιολογία είναι είτε μια γενική ιατρική κατάσταση (που μπορεί όμως και να μην είναι προσδιορίσιμη) είτε μια ουσία (δηλ. κάποια ουσία κατάχρησης (<<ναρκωτικό>>), κάποιο φάρμακο ή κάποια τοξίνη) είτε κάποιος συνδυασμός των παραπάνω.

Στο DSM-IV οι διαταραχές που αποκαλούνταν πριν «οργανικές ψυχικές διαταραχές» ομαδοποιούνται σε τρεις ομάδες: 1) Παραλήρημα, Άνοια και Αμνησικές και Άλλες Γνωστικές Διαταραχές 2) Ψυχικές Διαταραχές Οφειλόμενες σε Γενική Ιατρική Κατάσταση και 3) Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες.

Το Παραλήρημα χαρακτηρίζεται από διαταραχή της συνείδησης και μεταβολή στις γνωστικές λειτουργίες που αναπτύσσονται σε σύντομο χρονικό διάστημα. Οι διαταραχές που περιλαμβάνονται στο Παραλήρημα ταξινομούνται κατά το DSM-IV σύμφωνα με την αιτιολογία τους: Παραλήρημα Οφειλόμενο σε Γενική Ιατρική Κατάσταση, Παραλήρημα Προκαλούμενο από Ουσίες, Παραλήρημά Πολλαπλής Αιτιολογίας, Παραλήρημα Μη Προσδιοριζόμενο Αλλιώς.

Η Άνοια χαρακτηρίζεται από πολλαπλά γνωστικά ελλείμματα που περιλαμβάνουν και έκπτωση της μνήμης. Οι διάφορες άνοιες επίσης ταξινομούνται σύμφωνα με την αιτιολογία τους: Άνοια Τύπου Alzheimer, Αγγειακή Άνοια, Άνοια Οφειλόμενη σε Άλλες Γενικές Ιατρικές Καταστάσεις (π.χ. νόσο από HIV, τραύμα κεφαλής, νόσο του Πάρκινσον, νόσο του Huntington), Άνοια Επίμονη Προκαλούμενη από Ουσίες (δηλ. οφειλόμενη σε ουσία κατάχρησης, φάρμακο ή τοξίνη), Άνοια Πολλαπλής Αιτιολογίας, Άνοια μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς.<sup>26</sup>

Περίπου το 50% των ατόμων άνω των 65 ετών λένε ότι δυσκολεύονται να θυμηθούν κάποια πράγματα περισσότερο από ότι παλιότερα. (Στην πραγματικότητα, το ίδιο λένε και πολλοί που είναι πάνω από 40 ετών). Εάν τους δοθεί αρκετός χρόνος, υγιή άτομα ηλικίας 70 ή 80 ετών μπορούν να τα πάνε εξίσου καλά με τα νεότερα άτομα στα τεστ μνήμης.

Μετά τα 80, σχεδόν όλοι βιώνουν κάποια εξασθένηση στη μνήμη τους καθώς και στις μαθηματικές, λεκτικές ικανότητές τους (αν και οι λεκτικές ικανότητες μάλλον επηρεάζονται λιγότερο από τις άλλες), όπως και στην ικανότητα προσανατολισμού. Είναι αυτό που οι γιατροί ονομάζουν "ελάχιστη διανοητική ανεπάρκεια" ("απώλεια μνήμης συσχετιζόμενη με την ηλικία" ή "ήπια γεροντική άνοια").

Δυστυχώς, περίπου το 40 τοις εκατό των ατόμων με ελάχιστη διανοητική ανεπάρκεια αναπτύσσουν Αλτςχάιμερ μέσα σε τρία χρόνια. Αλλά αυτό πάλι σημαίνει ότι το 60 τοις εκατό δεν εκδηλώνει Αλτςχάιμερ.

Σε αυτό το σημείο θα αναφερθούν το Παραλήρημα, η Άνοια, η Άνοια τύπου Alzheimer και η Αγγειακή Άνοια.

### 5.3.1. Παραλήρημα.

Οι διαταραχές που χαρακτηρίζονται ως Παραλήρημα έχουν σαν κοινή κλινική εκδήλωση διαταραχή της συνείδησης και των γνωστικών λειτουργιών.

Το παραλήρημα είναι ιδιαίτερα σύνηθες στους ηλικιωμένους αλλά, δυστυχώς, αρκετά συχνά δε γίνεται σωστή διάγνωση ή δε γίνεται αντιληπτό. Είναι περισσότερο σύνηθες σε ηλικιωμένους που νοσηλεύονται. Περίπου το 20 τοις εκατό των ατόμων άνω των 70 ετών έχουν παραλήρημα κατά την είσοδό τους στο νοσοκομείο, ενώ τουλάχιστον 10-20 τοις εκατό παθαίνουν παραλήρημα κατά την παραμονή τους.

Το πιο κοινό ερέθισμα είναι μια εγχείρηση. Περίπου το 15-25 τοις εκατό των ηλικιωμένων παθαίνουν παραλήρημα μετά από μια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση αλλά πολύ περισσότεροι - ίσως και 65 τοις εκατό - παθαίνουν παραλήρημα μετά από μια επείγουσα χειρουργική επέμβαση.

Το Παραλήρημα είναι συχνή διαταραχή, ιδιαίτερα σε νοσηλευόμενα άτομα και μάλιστα ηλικιωμένα. Υπολογίζεται ότι σε άτομα πάνω από 65 ετών που νοσηλεύονται για κάποια γενική ιατρική κατάσταση 10% εμφανίζουν Παραλήρημα κατά την εισαγωγή τους και επιπλέον 10-15% μπορεί να αναπτύξουν Παραλήρημα κατά τη νοσηλεία τους.

### 5.3.2. Άνοια.

Οι διαταραχές που περιγράφονται ως Άνοια χαρακτηρίζονται από την ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων (συμπεριλαμβανόμενης έκπτωσης της μνήμης), που οφείλονται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα κάποιας γενικής ιατρικής κατάστασης, στα επίμονα αποτελέσματα της δράσης κάποιας ουσίας ή σε πολλαπλές αιτιολογίες (π.χ. στον συνδυασμό των αποτελεσμάτων της ύπαρξης αγγειακής νόσου του εγκεφάλου και νόσου του Alzheimer).

<sup>26</sup> Μάνου,Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS

Το βασικό χαρακτηριστικό της Άνοιας είναι η ανάπτυξη πολλαπλών γνωστικών ελλειμμάτων, που περιλαμβάνουν έκπτωση της μνήμης και τουλάχιστον κάποια από τις παρακάτω γνωστικές διαταραχές: αφασία, απραξία, αγνωσία ή διαταραχή της εκτελεστικής λειτουργίας.

Τα σημαντικότερα σημεία της άνοιας είναι τα εξής:

1. Δυσκολίες στην απόκτηση, συγκράτηση νέων πληροφοριών και γνώσεων. Οι δυσκολίες της μάθησης μπορεί να εκφράζονται με το γεγονός ότι ο ασθενής ξεχνά λόγω προβλήματος στη βραχυπρόθεσμη μνήμη. Για παράδειγμα δεν θυμάται πρόσφατα γεγονότα ή συνομιλίες, ξεχνά τα ραντεβού του, δεν θυμάται που έβαλε τα κλειδιά του ή τοποθετεί σε λανθασμένους τόπους αντικείμενα.
2. Δυσκολίες στη σκέψη. Όταν υπάρχει ένα πρόβλημα στο σπίτι ή στην εργασία του, ο ασθενής δυσκολεύεται να συλλογιστεί και να προτείνει ένα λογικό σχέδιο αντιμετώπισης του προβλήματος. Ανάλογες δυσκολίες εκδηλώνονται όταν ο ασθενής πρέπει να διεκπεραιώνει συνήθειες αλλά σχετικά πολύπλοκες και σύνθετες εργασίες όπως για παράδειγμα η ετοιμασία φαγητού.
3. Δυσκολίες στον προσανατολισμό. Ο ασθενής δυσκολεύεται να βρει χώρους που είναι γνωστοί σε αυτόν. Χάνεται εύκολα. Δυσκολεύεται στην οδήγηση.
4. Δυσκολίες γλώσσας. Δεν βρίσκει τις κατάλληλες λέξεις για να εκφράζεται σωστά και δεν μπορεί να αρχίσει ή να παρακολουθήσει μια συνομιλία, ενώ πρωτότερα αυτά δεν αποτελούσαν πρόβλημα.<sup>27</sup>

Η άνοια δεν είναι αναπόφευκτο συνεπακόλουθο των γηρατειών, αλλά το αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας, μόλυνσης, τραυματισμού ή άλλης αρρώστιας.

Εντούτοις, είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στους υπερήλικες. Αν και τα στατιστικά στοιχεία ποικίλλουν, κατά κανόνα το δέκα τοις εκατό των ατόμων που είναι πάνω από 65 και περίπου το πενήντα τοις εκατό των ατόμων άνω των 85 υποφέρουν από άνοια.

Περίπου το 60 τοις εκατό των περιπτώσεων άνοιας είναι αποτέλεσμα της νόσου του Αλτςχάιμερ. Περίπου το 30 τοις εκατό προκαλούνται από ελαφριά συχνά ανεπαίσθητα εγκεφαλικά επεισόδια, μια περίπτωση που ονομάζεται αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια. Αρκετά συχνά, όμως, η νόσος του Αλτςχάιμερ και η αγγειοπάθεια εκδηλώνονται ταυτόχρονα με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να διαπιστωθεί τι προκαλεί τι.

Το υπόλοιπο 10 τοις εκατό των περιπτώσεων οφείλεται σε άλλες αιτίες, όπως ο αλκοολισμός, ο ιός HIV και οι ασθένειες Κρόϊτςφελντ-Γιάκομπ, Χάντιγκτον, Πάρκινσον και Πικ. Σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις λιγότεροι από το 50% των ασθενών με Πάρκινσον εκδηλώνουν άνοια και η άνοια προσβάλλει περισσότερο τη μνήμη και την ταχύτητα σκέψης του ατόμου παρά τις λεκτικές του ικανότητες.

### 5.3.3. Άνοια τύπου Alzheimer.

Η Άνοια Τύπου Alzheimer, που προκαλείται από τη νόσο Alzheimer, είναι η πιο κοινή από τις άνοιες. Η αιτιολογία της είναι άγνωστη και χαρακτηρίζεται από διάχυτη ατροφία του εγκεφαλικού φλοιού.

Η άνοια δεν είναι αναπόφευκτο συνεπακόλουθο της τρίτης ηλικίας, αλλά το αποτέλεσμα κάποιας ασθένειας, μόλυνσης, τραυματισμού ή άλλης αρρώστιας.

Εντούτοις, είναι σύνηθες φαινόμενο στους ηλικιωμένους, ιδιαίτερα στους υπερήλικες. Αν και τα στατιστικά στοιχεία ποικίλλουν, κατά κανόνα το δέκα τοις εκατό των ατόμων που είναι πάνω από 65 και περίπου το πενήντα τοις εκατό των ατόμων άνω των 85 υποφέρουν από άνοια.<sup>28</sup>

Περίπου το 60 τοις εκατό των περιπτώσεων άνοιας είναι αποτέλεσμα της νόσου του Αλτςχάιμερ. Περίπου το 30 τοις εκατό προκαλούνται από ελαφριά συχνά ανεπαίσθητα εγκεφαλικά επεισόδια, μια περίπτωση που ονομάζεται αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια. Αρκετά συχνά, όμως, η νόσος του Αλτςχάιμερ και η αγγειοπάθεια εκδηλώνονται ταυτόχρονα με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να διαπιστωθεί τι προκαλεί τι.<sup>29</sup>

Το υπόλοιπο 10 τοις εκατό των περιπτώσεων οφείλεται σε άλλες αιτίες, όπως ο αλκοολισμός, ο ιός HIV, και οι ασθένειες Κρόϊτςφελντ-Γιάκομπ, Χάντιγκτον, Πάρκινσον και Πικ.<sup>30</sup>

✓ Άνοια έχει το 1 % περίπου των ατόμων μέχρι 65 χρόνων.

<sup>27</sup> [www.medlook.net](http://www.medlook.net), 15/2/08

<sup>28</sup> Morris, V. (2005). Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων. Αθήνα: Mendor. Επιμέλεια έκδοσης. Καλαϊτζή.

<sup>29</sup> Μούγιας Α. (2001). *Νόσος Alzheimer Για Επαγγελματίες Υγείας και Φροντιστές*. Τρίπολη

<sup>30</sup> Morris, V. (2005). Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων. Αθήνα: Mendor. Επιμέλεια έκδοσης. Καλαϊτζή.

- ✓ Μεταξύ 65 και 74 περίπου το 3%.
- ✓ Μεταξύ 75 και 84 περίπου το 19%.
- ✓ Συμπτώματα άνοιας εμφανίζουν μέχρι και το 47% των ατόμων πάνω από 85 χρόνων.
- ✓ Συνολικά σε ηλικίες πάνω από τα 65 χρόνια το 4-5% των ατόμων, πάσχει από άνοια, σε βαθμό που να μην μπορούν να ζήσουν αυτόνομα<sup>31</sup>.

Τα γηρατεία είναι σαφώς ο μεγαλύτερος παράγοντας κινδύνου για τη νόσο του Αλτςχάιμερ. Μετά την ηλικία των 65 ετών, ο ρυθμός της ασθένειας διπλασιάζεται ανά πενταετία.

Τα στάδια που περιγράφονται στη συνέχεια είναι απλώς μια γενική περιγραφή του τι μπορεί να συμβεί σε κάποιον κατά την εξέλιξη της ασθένειας, η οποία τυπικά διαρκεί πέντε έως δώδεκα χρόνια.

#### **Πρώτο στάδιο:**

- Ο ασθενής είναι ακόμα δραστήριος και κοινωνικός και μπορεί να απολαμβάνει ακόμα τη ζωή, παρόλο που καταλαβαίνει ότι κάτι δεν πηγαίνει καλά.
- Η βραχυπρόθεσμη μνήμη αρχίζει και εξασθενεί.
- Εμφανίζονται κάποια μικρά προβλήματα στην ομιλία.
- Παραμελείται η προσωπική υγιεινή.
- Η κρίση παρεμποδίζεται και η αφηρημένη σκέψη είναι δύσκολη.
- Οι συναισθηματικές του αντιδράσεις είναι αλλοπρόσαλλες και υπερβολικές.
- Η εκτέλεση των καθημερινών εργασιών, γίνεται δύσκολη και απαιτεί περισσότερο χρόνο από πριν.
- Σε αυτό το στάδιο ο ασθενής μπορεί να αρχίσει να χάνει τον προσανατολισμό του σε οικεία μέρη και σε δρόμους τους οποίους γνωρίζει καλά.

#### **Δεύτερο στάδιο:**

- Τα σημάδια γίνονται εμφανή. Ο ασθενής μπορεί να συμπεριφέρεται παράξενα.
- Η βραχυπρόθεσμη μνήμη έχει χαθεί σχεδόν τελείως.
- Ο συντονισμός των κινήσεων του είναι προβληματικός, κάτι που μπορεί να προκαλέσει πτώσεις και ατυχήματα. Η σύγχυση και ο κακός συντονισμός των κινήσεων δυσχεραίνουν την εκτέλεση κάποιων απλών, καθημερινών εργασιών.
- Σε αυτό το στάδιο, ο ασθενής συχνά χρειάζεται βοήθεια για να κάνει μπάνιο, να φάει και να ντυθεί.
- Οι περίπλοκες εργασίες που απαιτούν τη λήψη αποφάσεων ή την εκτέλεση μιας σειράς βημάτων, προκαλούν σύγχυση.
- Η έλλειψη προσανατολισμού είναι έντονη.
- Οι ασθενείς μπορεί να αρχίσουν να περιπλανώνται άσκοπα, ιδίως αν βρίσκονται σε ένα άγνωστο μέρος.
- Ο εκνευρισμός και το περπάτημα πάνω-κάτω είναι συχνά φαινόμενα.
- Οι διαθέσεις είναι ακόμα πιο υπερβολικές.
- Πολλά άτομα γίνονται παρανοϊκά και έχουν παραισθήσεις ή/και ψευδαισθήσεις.
- Τα άτομα δυσκολεύονται να συγκρατήσουν τον αυθορμητισμό τους, με αποτέλεσμα να γίνονται αγενή ή πρόστυχα.
- Τα προβλήματα στη γλώσσα και στην ομιλία επιδεινώνονται.
- Η ικανότητα πρόσθεσης, αφαίρεσης ή εκτέλεσης άλλων μαθηματικών πράξεων έχει ουσιαστικά χαθεί.
- Οι κύκλοι ύπνου αλλάζουν, οπότε ο ασθενής μπορεί να κοιμάται περιέργως ώρες.
- Επαναλαμβάνονται μονότονα οι ίδιες ιστορίες και οι ίδιες πράξεις.

#### **Τρίτο στάδιο:**

- Σε αυτό το στάδιο οι ασθενείς εξαρτώνται πλήρως από τους άλλους και χρειάζονται συνεχή φροντίδα..
- Η σύγχυση είναι πολύ έντονη. Μαζί με τη βραχυπρόθεσμη μνήμη, έχει χαθεί και το μεγαλύτερο μέρος της μακροπρόθεσμης μνήμης.
- Οι ικανότητες επικοινωνίας καθώς και η ικανότητα βάδισης έχουν επίσης χαθεί σε αυτό το στάδιο.
- Οι ασθενείς έχουν ακράτεια.
- Οι ασθενείς, έχουν σημαντική, απώλεια βάρους.
- Μπορεί να εμφανιστούν σωματική ακαμψία και επιληπτικές κρίσεις.

<sup>31</sup> Μούγιας Α. (2003) *Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές Άνοιας*. Αθήνα: Mendor

Οι παραισθήσεις (το να βλέπει και να ακούει κανείς πράγματα που δεν υπάρχουν), οι ψευδαισθήσεις (το να πιστεύει κανείς παράλογα πράγματα) και η παράνοια (ειδικότερα το να πιστεύει κανείς ότι οι άλλοι προσπαθούν να τον σκοτώσουν ή ότι η σύζυγός του τον απατά), είναι όλα συνήθη φαινόμενα.

Τελικά, οι ασθενείς δεν μπορούν να μιλήσουν, να σηκωθούν από το κρεβάτι ή να φάνε μόνοι τους. Είναι επιρρεπείς στον υποσιτισμό, στις λοιμώξεις, στην αφυδάτωση, στην πνευμονία και σε άλλες ασθένειες. Η αιτία θανάτου είναι συνήθως κάποια λοίμωξη (των πνευμόνων, του δέρματος ή του ουροποιητικού συστήματος).

#### **5.3.4. Αγγειακή ή πολυεμφρακτική άνοια.**

Η Άνοια αυτή (της οποίας η συχνότητα είναι σημαντική - 15-25% των ανοιών) κατέχει ενδιάμεση θέση μεταξύ των μη αναστρέψιμων ανοιών και των ανοιών που μπορούν να θεραπευθούν, με την έννοια ότι η έγκαιρη θεραπεία της υπέρτασης και της αγγειακής νόσου στην οποία και οφείλεται μπορεί να την προλάβει ή να αναστείλει την πρόοδό της.

Η Αγγειακή Άνοια χαρακτηρίζεται από απότομη έναρξη και από κλιμακωτή (δηλαδή όχι ομοιόμορφα προοιούσα όπως στην Άνοια Τύπου Alzheimer) πορεία επιδείνωσης με «κατά τόπους» κατανομή των ελλειμμάτων (δηλαδή επηρεάζονται ορισμένες λειτουργίες, αλλά όχι άλλες) στα αρχικά τουλάχιστον στάδια της πορείας της.

Η Αγγειακή Άνοια προσβάλλει πιο συχνά τους άντρες και εμφανίζεται νωρίτερα από ότι η Άνοια τύπου Alzheimer. Οι επιπλοκές της Αγγειακής Άνοιας είναι ανάλογες προς τις επιπλοκές της Άνοιας Τύπου Alzheimer.

Το τριάντα με σαράντα τοις εκατό των περιπτώσεων άνοιας πιστεύεται ότι οφείλονται μερικώς ή εξ ολοκλήρου σε μια σειρά εγκεφαλικών, τόσο μικρών που δεν γίνονται αντιληπτά. Η ροή του αίματος παρεμποδίζεται σε κάποιο σημείο του εγκεφάλου, συνήθως εξαιτίας θρόμβου, βουλωμένης αρτηρίας ή ρήξης αιμοφόρου αγγείου, αφήνοντας πίσω κατεστραμμένο ή νεκρωμένο ιστό. Με κάθε διαδοχικό εγκεφαλικό, ο εγκέφαλος χάνει όλο και περισσότερο την ικανότητα να λειτουργήσει.

Τα άτομα που πάσχουν από αγγειακή άνοια, διατρέχουν συχνά τον κίνδυνο να πάθουν εγκεφαλικό λόγω διαβήτη, υψηλής αρτηριακής πίεσης ή άλλων καρδιαγγειακών παθήσεων. Οι γιατροί μπορούν να εντοπίσουν την πάθηση με αξονική τομογραφία του εγκεφάλου.

Αν και τα συμπτώματα μοιάζουν πολύ με εκείνα του Αλτςχάιμερ, η αγγειακή άνοια επηρεάζει πρώτα τις σωματικές ικανότητες και μετά το μυαλό. Ο ασθενής μπορεί να εμφανίσει αδυναμία, να χάσει την όρασή του ή να πάθει ακράτεια πολύ πριν αρχίσει να ξεχνά ή να πέφτει σε σύγχυση. Τα συμπτώματα εμφανίζονται απότομα και επιδεινώνονται γρήγορα. Στο Αλτςχάιμερ, η επιδείνωση της ασθένειας γίνεται πιο σταδιακά.

Αν γίνει νωρίς η διάγνωση, η εξέλιξη της αγγειακής άνοιας μπορεί να επιβραδυνθεί, μειώνοντας τις πιθανότητες εγκεφαλικού. Αυτό επιτυγχάνεται με τη χορήγηση φαρμάκων για την υψηλή αρτηριακή πίεση, την υψηλή χοληστερίνη και τις αγγειακές παθήσεις, με τη βελτίωση του κυκλοφοριακού μέσω της διατροφής και της άσκησης και με τη βελτίωση του διαβήτη.

# **2ο ΜΕΡΟΣ :** **ΕΜΠΕΙΡΙΚΟ**



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

## 1.1. Κριτήρια επιλογής ερευνητικού.

Η μεγάλη ηλικία δεν αποτελεί πάντα πρόβλημα. Υπάρχουν άτομα που παρά την προχωρημένη ηλικία τους δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας, παραμένουν δραστήρια και είναι πιθανόν να εργάζονται με αμειβόμενη εργασία. Όμως αυτό το ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων που παραμένουν ενεργά είναι πολύ μικρότερο, σε σχέση με εκείνο των ηλικιωμένων που αντιμετωπίζουν προβλήματα. Προβλήματα που απορρέουν από ποικίλους παράγοντες όπως η μοναξιά, το χαμηλό βιοτικό και γνωστικό επίπεδο, η εμφάνιση ασθενειών, οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και προστασίας ηλικιωμένων, η απώλεια αυτονομίας, καθώς και η κοινωνική συμπεριφορά απέναντι σε αυτήν την ευαίσθητη ηλικία με συχνό φαινόμενο τις διακρίσεις σε βάρος τους και την έλλειψη σεβασμού των δικαιωμάτων τους.

Το πέρασμα στην Τρίτη Ηλικία είναι για τους περισσότερους ανθρώπους και ένα πέρασμα στο περιθώριο της ζωής. Η αίσθηση ότι παύεις να είσαι ενεργός, χρήσιμος και απαραίτητος για τους άλλους είναι ένα ισχυρό σοκ για αυτούς που περνάνε στις τάξεις των συνταξιούχων.

Στη διάρκεια της ενήλικης του ζωής είναι φυσικό η ύπαρξη του κάθε ανθρώπου και ο κοινωνικός του ρόλος να περιστρέφονται γύρω από το μέσο με το οποίο επιβιώνει, δηλαδή την εργασία του. Οι αξίες που διαμορφώνει, η αυτοεκτίμηση και το αυτοσυναίσθημα, έχουν όλα σχέση με τις επιτυχίες που προέρχονται από την ενασχόλησή του με την εργασία. Ο κάθε άνθρωπος όμως έχει τη δική του αξία, όχι μόνο εξαιτίας της εργασίας του, αλλά επειδή επιτελεί και μια σειρά από κοινωνικούς ρόλους. Το άτομο που αποδίδει στον εαυτό του μια σειρά από αξιόλογες ιδιότητες και που μπορεί να ασχολείται επαγγελματικά με μια ποικιλία ενδιαφερόντων έχει αποκτήσει τις απαραίτητες προϋποθέσεις, ώστε να γεράσει χωρίς η προσωπικότητά του να αλλοιωθεί. Η ξαφνική διακοπή εργασίας είναι ένα τραύμα που δύσκολα αντιμετωπίζεται. Από τη μια μέρα στην άλλη ο άνθρωπος νιώθει αχρείαστος. Γι' αυτό, οι ειδικοί πιστεύουν ότι είναι απαραίτητη η καλά προσχεδιασμένη διακοπή της εργασίας.

Με την είσοδο στην τρίτη ηλικία αρχίζουν να σημειώνονται σταδιακά τα πρώτα σημάδια της κάμψης, ο οργανισμός παρουσιάζει αδυναμία αντίστασης στις διάφορες ασθένειες. Οι ικανότητες του ανθρώπου δεν είναι οι ίδιες όπως στις προηγούμενες ηλικίες, ενώ οι μικρές ενοχλήσεις της υγείας γίνονται καθημερινός σύντροφος. Ο ψυχολογικός αντίκτυπος των βιοσωματικών μεταβολών είναι τέτοιος, ώστε η βαθμιαία χειροτέρευση της υγείας να ακολουθείται από βαθμιαία ψυχολογική αποδιοργάνωση του ατόμου. Τα άτομα της τρίτης ηλικίας που συμφιλιώνονται με το γεγονός της βιοσωματικής τους κάμψης εξασφαλίζουν μια σημαντική προϋπόθεση που τους επιτρέπει να χαίρονται τη ζωή τους.

Το πρόβλημα της διαμονής των ηλικιωμένων είναι ένα από τα δυσκολότερα θέματα και σχετίζεται άμεσα με τις οικογενειακές σχέσεις. Το καλύτερο περιβάλλον είναι αυτό στο οποίο πέρασαν τα πιο πολλά χρόνια της ζωής τους. Άλλωστε, τόσα χρόνια ζωής σ' ένα χώρο δημιουργούν τέτοιους συναισθηματικούς δεσμούς με πρόσωπα και πράγματα και τέτοιες συνήθειες, που η αυθαίρετη αποκοπή τους μόνο τραύματα και απογοητεύσεις μπορεί να φέρει.

Η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποίηση είναι οι κοινωνικοί παράγοντες που έχουν αλλάξει σημαντικά τον τρόπο ζωής. Η σύγχρονη οικογένεια έχει αλλάξει, τόσο στη δομή όσο και στη λειτουργία της. Η απουσία των μελών από το σπίτι (εργασία, εκπαίδευση κ.τ.λ.) έχει χαλαρώσει τους πατροπαράδοτους δεσμούς ανάμεσα στην οικογένεια. Γενικά, η θέση του ηλικιωμένου είναι μειονεκτική, γιατί δυσκολεύεται να παρακολουθήσει και να αφομοιώσει τις αλλαγές και να αποκτήσει τις νέες γνώσεις και τα μέσα που οι νεότεροι έχουν στη διάθεσή τους.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τους προαναφερόμενους παράγοντες, θελήσαμε να πραγματοποιήσουμε μία έρευνα για να διαπιστώσουμε σε ποιόν βαθμό ισχύει η κυρίαρχουσα αντίληψη της κοινωνίας μας ότι η Τρίτη Ηλικία ισοδυναμεί με απόσυρση από τις κοινωνικές δραστηριότητες ή παραίτηση από οποιαδήποτε διεκδίκηση.

## 1.2. Σκοπός της έρευνας.

Βασικός σκοπός της μελέτης μας είναι να διερευνήσουμε τους παράγοντες και τα ερεθίσματα που ωθούν τα άτομα της τρίτης ηλικίας ώστε να είναι ενεργά άτομα και αντίθετα το ποιοι είναι οι παράγοντες που τους ωθούν να είναι άτομα σε αδράνεια.

## 1.3. Ερευνητικά ερωτήματα

- ✚ Κατά πόσο τα άτομα της τρίτης ηλικίας μπορούν αλλά και επιθυμούν να είναι ενεργά άτομα.
- ✚ Πόσο επηρεάζουν το ηλικιωμένο άτομο οι παράγοντες οικογένεια, συνταξιοδότηση, μορφωτικό επίπεδο, σωματική και ψυχική υγεία ώστε να είναι ενεργό ή άτομο σε αδράνεια
- ✚ Αν οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε δραστηριότητες πέραν των δραστηριοτήτων των Κ.Α.Π.Η.
- ✚ Αν ένας βασικός στόχος των Κ.Α.Π.Η. είναι η ενεργοποίηση των ηλικιωμένων κατά πόσο αυτό επιτυγχάνεται στην πράξη.

## 1.4. Μεθοδολογία έρευνας- Πληθυσμός αναφοράς.

Στην έρευνα συμμετείχαν συνολικά 140 άτομα, ηλικίας 65 ετών και άνω (ΜΟ = 73.3, ΤΑ= 6.2 έτη), τα οποία διέμεναν στην αστική περιοχή του Δήμου Ηρακλείου. Η προσέγγιση των ατόμων τρίτης ηλικίας πραγματοποιήθηκε σε 7 Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (ΚΑΠΗ) του Δήμου Ηρακλείου (Αγίας Τριάδας, Δειλινών, Κατσαμπά, Μασταμπά, Καμινίων, Θερίσσου και Αγίου Δημητρίου) και αφού τους εξηγήσαμε τον σκοπό της ερευνάς μας, τους ζητήθηκε η εθελοντική συμμετοχή τους.

Το δείγμα επιλέχθηκε τυχαία από τους καταλόγους των Κ.Α.Π.Η. ούτως ώστε ο πληθυσμός αναφοράς να αποτελείτε, τόσο από ενεργά όσο και από μη ενεργά μέλη. Για αυτό τον λόγο οι επισκέψεις στα Κ.Α.Π.Η. πραγματοποιήθηκαν μέρες κατά τις οποίες πραγματοποιήθηκαν ομιλίες, κυρίως Τρίτες και Πέμπτες, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας είχαν ενημερωθεί τηλεφωνικώς και η προσέλευση των μη ενεργών μελών ήταν μεγαλύτερη από τις υπόλοιπες μέρες της εβδομάδας.

Η έρευνα διεξήχθη στον χώρο του εντευκτηρίου του εκάστοτε Κ.Α.Π.Η. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 10- 15 λεπτά και λήφθηκαν 20 ερωτηματολόγια από το κάθε Κ.Α.Π.Η.

## 1.5. Τεχνικές συλλογής στοιχείων- ερευνητικά εργαλεία.

Η έρευνα αυτή είναι ποσοτική, χρησιμοποιώντας για την εκπόνηση της ως βασικό μέσο το ερωτηματολόγιο. Οι ερωτήσεις που υποβλήθηκαν ήταν κυρίως κλειστού τύπου, περιλήφθηκαν επίσης ερωτήσεις αξιολόγησης με σειρά προτεραιότητας και κάποιες ανοιχτές ερωτήσεις. Η ανάλυση των στοιχείων έγινε με χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS: σύστημα στατιστικής ανάλυσης δεδομένων.

Το εργαλείο της έρευνας ουσιαστικά βασίστηκε σε 4 ερωτηματολόγια, τα οποία αφορούσαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος, βασικές και επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων και κάποιες δικές μας ερωτήσεις ούτως ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που είχαμε θέσει. Οι ερωτήσεις αυτές διερευνούν οικογενειακό δίκτυο των ηλικιωμένων, το κατά πόσο νιώθουν ενεργοί και δραστήριοι, τι κάνουν για να βρίσκονται σε εγρήγορση, πως αξιολογούν τους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητα τους και τους εμποδίζουν από το να δραστηριοποιούνται και ποια είναι η συμβολή των Κ.Α.Π.Η. στην ενεργοποίηση των ατόμων τρίτης ηλικίας.<sup>32</sup>

Αναλυτικότερα τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν είναι τα εξής:

1<sup>ο</sup> Ερωτηματολόγιο: Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που περιλαμβάνει τα εξής στοιχεία: φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών, με ποιον διαμένει ο ηλικιωμένος, μορφωτικό επίπεδο, προηγούμενη επαγγελματική δραστηριότητα, εισόδημα και πηγές εισοδήματος, τυχών ύπαρξη χρόνιων ασθενειών και το πώς αντιλαμβάνεται ο ηλικιωμένος την κατάσταση της υγείας του.

<sup>32</sup> Το κατάλληλα διαμορφωμένο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα παρατίθεται στο παράρτημα.

2<sup>ο</sup> Ερωτηματολόγιο: Instrumental Activities Of Daily Living- I.A.D.L.<sup>33</sup> (Επικουρικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης.)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί την ικανότητα των ηλικιωμένων να εκτελέσουν μόνοι τους, με κάποια βοήθεια ή μόνο με βοήθεια τις εξής 7 Επικουρικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης: χρήση τηλεφώνου, μετακίνηση εκτός οικίας, αγορά προϊόντων, προετοιμασία φαγητού, νοικοκυριό, λήψη φαρμάκων και διαχείριση εισοδήματος.

3<sup>ο</sup> Ερωτηματολόγιο: Activities Of Daily Living- A.D.L.<sup>34</sup> (Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης.)

Το ερωτηματολόγιο αυτό αξιολογεί την ικανότητα των ηλικιωμένων να εκτελέσουν μόνοι τους, με κάποια βοήθεια ή μόνο με βοήθεια τις εξής 4 Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης: λήψη τροφής, χρήση τουαλέτας, δυνατότητα μπάνιου και ντύσιμο.

4<sup>ο</sup> Ερωτηματολόγιο: UWMC/ADPR/QOL AGING AND DEMENTIA: QUALITY OF LIFE IN AD.<sup>35</sup> Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στη Τρίτη Ηλικία.

Αυτό το ερωτηματολόγιο αξιολογεί 13 επίπεδα της ζωής των ηλικιωμένων: φυσική υγεία, ενέργεια, διάθεση, συνθήκες ζωής, μνήμη, οικογένεια, γάμος, φίλιες, φροντίδα του εαυτού τους, ικανότητα να κάνουν δουλειές του σπιτιού, ικανότητα να κάνουν πράγματα που τους διασκεδάζουν, χρήματα και ζωή ως σύνολο.

## 1.6. Δυσκολίες.

Αναφορικά με την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, παράγοντες που πιθανά να επηρεάζουν την ειλικρίνεια των απαντήσεων και κατ' επέκταση την αξιοπιστία τους είναι η αδυναμία του εξεταστή να εκμαιεύσει τις κατάλληλες απαντήσεις και η περιορισμένη μνήμη του εξεταζόμενου. Ο βασικότερος περιορισμός για αντικειμενική αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας μέσω των ερωτηματολογίων, είναι η ασυμφωνία που παρατηρείται μεταξύ της υποκειμενικής αντίληψης των ατόμων τρίτης ηλικίας για τις ικανότητες τους και του πραγματικού λειτουργικού τους επιπέδου (π.χ υπερεκτίμηση, υποτίμηση, στοιχεία κατάθλιψης). Η υποκειμενική εκτίμηση επηρεάζεται άμεσα από μειωμένη γνωστική-νοητική ικανότητα ή ακόμα και από παθήσεις που δημιουργούν στο άτομο λειτουργικούς περιορισμούς. Η χρησιμότητα των ερωτηματολογίων στηρίζεται στην ευκολία χρήσης τους και στην εξαγωγή άμεσων συμπερασμάτων, στο γεγονός ότι δεν απαιτείται εξειδικευμένη εκπαίδευση του εξεταστή και δεν επιφέρει στρες στον εξεταζόμενο μιας και τα αποτελέσματα δεν ανακοινώνονται άμεσα.

Η φάση της έρευνας διήρκεσε περισσότερο από ότι είχαμε προβλέψει καθώς οι επισκέψεις στα Κ.Α.Π.Η. πραγματοποιήθηκαν μέρες κατά τις οποίες πραγματοποιήθηκαν ομιλίες, κυρίως Τρίτες και Πέμπτες, όπου τα άτομα τρίτης ηλικίας είχαν ενημερωθεί τηλεφωνικώς και η προσέλευση και των ενεργών και των μη ενεργών μελών ήταν μεγαλύτερη από τις υπόλοιπες μέρες της εβδομάδας.

Επιπλέον η πρόσβαση μας στα ΚΑΠΗ για την διεξαγωγή της έρευνας έγινε κατόπιν κατάθεσης σχετικής αίτησης στην γραμματεία των ΚΑΠΗ Ηρακλείου, γεγονός που έδρασε ανασταλτικά χρονικά στην πραγματοποίηση της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο ήταν αρκετά μεγάλο και κάποιες ερωτήσεις είχαν δυσνόητο περιεχόμενο, με αποτέλεσμα να δυσκολεύονται οι ηλικιωμένοι στην συμπλήρωσή τους. Για την άρση αυτής της δυσκολίας επεξηγήσαμε τις ερωτήσεις και τους καθοδηγούσαμε ώστε να μην ξεφεύγανε από το νόημα της κάθε ερώτησης.

Μία ακόμα δυσκολία που προέκυψε και αφορά στο θεωρητικό μέρος, ήταν η εύρεση επαρκούς και πρόσφατης χρονολογικά, ελληνόγλωσσης βιβλιογραφίας, που να αναφέρεται στο θέμα της πτυχιακής μας. Υπάρχουν αρκετά βιβλία που να αναφέρονται στην σωματική και ψυχική υγεία των ηλικιωμένων και στους φορείς που υπάρχουν και καλύπτουν τις ανάγκες τους, αλλά δεν γίνεται συγκεκριμένη αναφορά και ανάλυση στην λειτουργικότητα των ηλικιωμένων και στους παράγοντες οι οποίοι την επηρεάζουν. Για την καλύτερη προσέγγιση του θέματός μας ανατρέξαμε στο διαδίκτυο για εξεύρεση κατάλληλων επιστημονικών άρθρων και ερευνών.

<sup>33</sup> www.who.int

<sup>34</sup> www.who.int

<sup>35</sup> Burns, A. Lawlor, B. Craig, S. (2004). Assessment Scales in Old Age Psychiatry. Miami: Taylor& Francis.

Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικά για το δείγμα μας αλλά όχι και για την ομάδα των ηλικιωμένων και άρα δεν ανάγονται στο σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων λόγω του περιορισμένου αριθμού δείγματος.

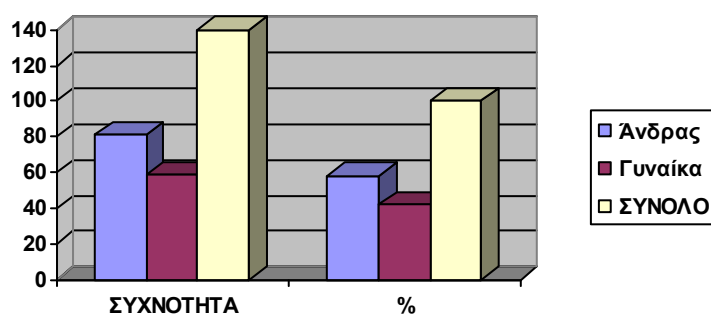
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>Ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Παρουσίαση πινάκων

#### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς το φύλο

Φύλο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ανδρας	81	57,9
Γυναίκα	59	42,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας1



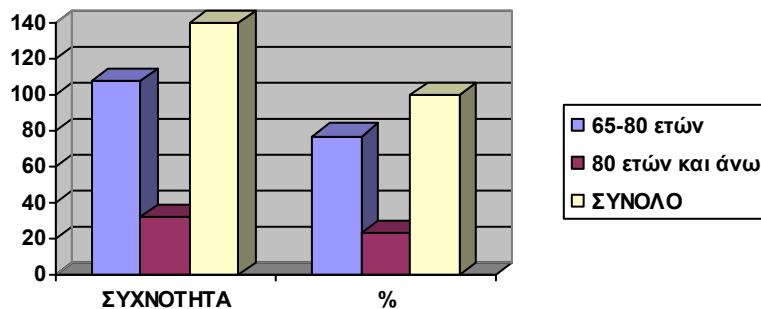
Γράφημα 1

Στην έρευνα συμμετείχαν άνδρες ηλικιωμένοι, οι οποίοι αποτέλεσαν το 57,9% (81 άτομα) του ερωτώμενου πληθυσμού, ενώ οι γυναίκες ηλικιωμένες αποτέλεσαν το 42,1% (59 άτομα). (πίνακας και γράφημα 1)

#### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς την ηλικία

Ηλικία	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
65-80 ετών	108	77,1
80 ετών και άνω	32	22,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 2



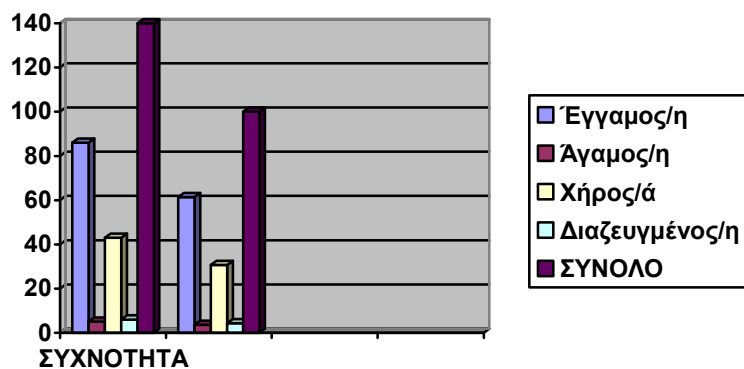
**Γράφημα 2**

Το 77,1% του συνόλου το αποτέλεσαν οι ανήκοντες στην λεγόμενη τρίτη ηλικία (108 άτομα), ενώ το 22,9 από την τέταρτη ηλικία (32 άτομα). (πίνακας και γράφημα 2)

**Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς την οικογενειακή κατάσταση**

Οικογενειακή κατάσταση	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Έγγαμος/η	86	61,4
Άγαμος/η	5	3,6
Χήρος/ά	43	30,7
Διαζευγμένος/η	6	4,3
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 3**



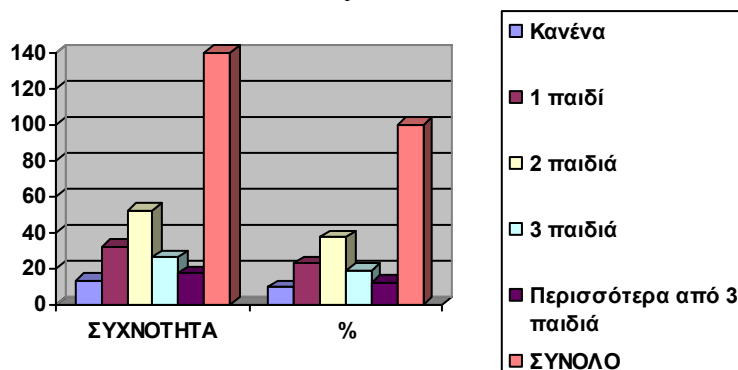
**Γράφημα 3**

Σχεδόν τα 2/3 του συνόλου των ηλικιωμένων είναι έγγαμοι σε ποσοστό της τάξεως του 61,4% (86 άτομα), ενώ το υπόλοιπο 1/3 είναι χήροι/ες σε ποσοστό 30,7% (43 άτομα). Ακολουθούν οι διαζευγμένοι σε ποσοστό 4,3% (6 άτομα) και οι άγαμοι σε ποσοστό 3,6% (5 άτομα). (πίνακας και γράφημα 3)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς τον αριθμό παιδιών

Αριθμός παιδιών	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Κανένα	13	9,3
1 παιδί	32	22,9
2 παιδιά	52	37,1
3 παιδιά	26	18,6
Περισσότερα από 3 παιδιά	17	12,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 4**



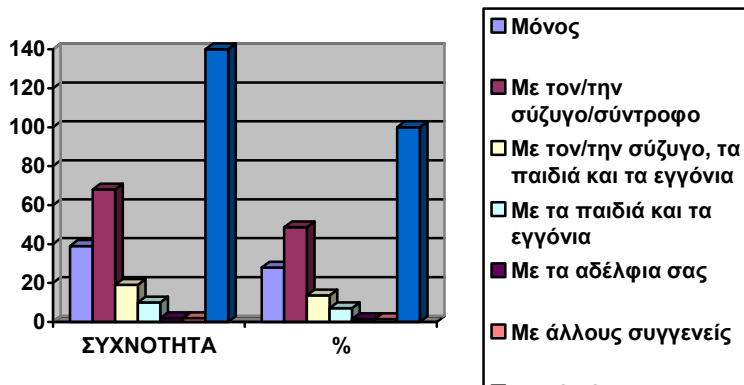
**Γράφημα 4**

Από τα 140 άτομα του δείγματος το 90,7% (127 άτομα) ανέφεραν την ύπαρξη παιδιών, ενώ το 9,3% όχι (13 άτομα). Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων είχε 2 παιδιά σε ποσοστό 37,1% (52 άτομα), το 22,9% είχαν από ένα παιδί (32 άτομα), το 18,6% 3 παιδιά (26 άτομα) και το υπόλοιπο 12,1% περισσότερα από 3 παιδιά (17 άτομα). (πίνακας και γράφημα 4)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς την διαμονή τους

Διαμονή	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνος	39	27,9
Με τον/την σύζυγο/σύντροφο	68	48,6
Με τον/την σύζυγο, τα παιδιά και τα εγγόνια	19	13,6
Με τα παιδιά και τα εγγόνια	10	7,1
Με τα αδέρφια σας	2	1,4
Με άλλους συγγενείς	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 5**



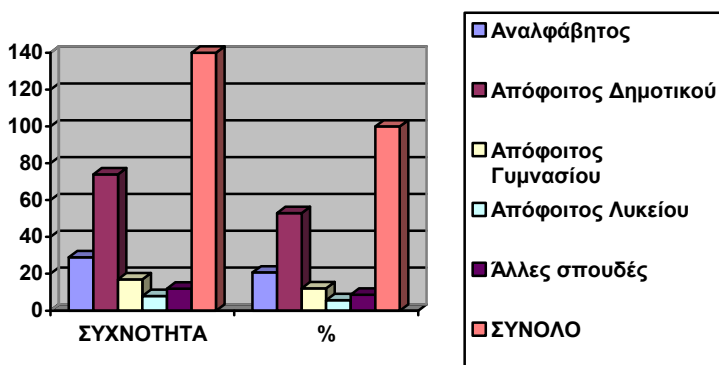
Γράφημα 5

Περίπου το 1/2 των ηλικιωμένων ζει με τον/την σύζυγο/σύντροφο σε ποσοστό 48,6% (68 άτομα), ενώ περίπου 1 στους 4 ζει μόνος του σε ποσοστό 27,9% (39 άτομα). Με τον σύζυγό, τα παιδιά και τα εγγόνια ζει το 13,6% (19 άτομα), με τα παιδιά και εγγόνια το 7,1% (10 άτομα), ενώ στις υπόλοιπες περιπτώσεις με αδέρφια και άλλους συγγενείς ζει το 1,4% (2 άτομα σε κάθε περίπτωση). (πίνακας και γράφημα 5)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Αναλφάβητος	29	20,7
Απόφοιτος Δημοτικού	74	52,9
Απόφοιτος Γυμνασίου	17	12,1
Απόφοιτος Λυκείου	8	5,7
Άλλες σπουδές	12	8,6
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 6



Γράφημα 6

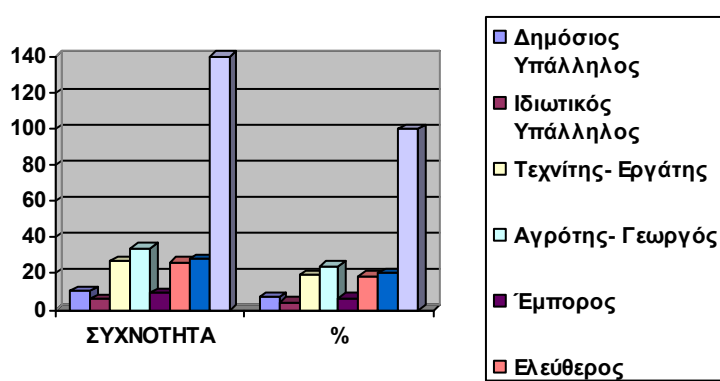
Πάνω από το 50% των ηλικιωμένων ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Συγκεκριμένα σε ποσοστό 52,9% που αντιστοιχεί σε 74 άτομα. Το 20,7% ήταν αναλφάβητοι (29 άτομα). 17 άτομα αποφοίτησαν από το γυμνάσιο (12,1%), 8 άτομα από το λύκειο (5,7%) ενώ μόλις 12 άτομα ακολούθησαν ανώτερες σπουδές (8,6%).(πίνακας και γράφημα 6)



### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς την προηγούμενη επαγγελματική δραστηριότητα

Προηγούμενη επαγγελματική δραστηριότητα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Δημόσιος Υπάλληλος	10	7,1
Ιδιωτικός Υπάλληλος	6	4,3
Τεχνίτης- Εργάτης	27	19,3
Αγρότης- Γεωργός	34	24,3
Έμπορος	9	6,4
Ελεύθερος επαγγελματίας	26	18,6
Οικιακά	28	20,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 7**



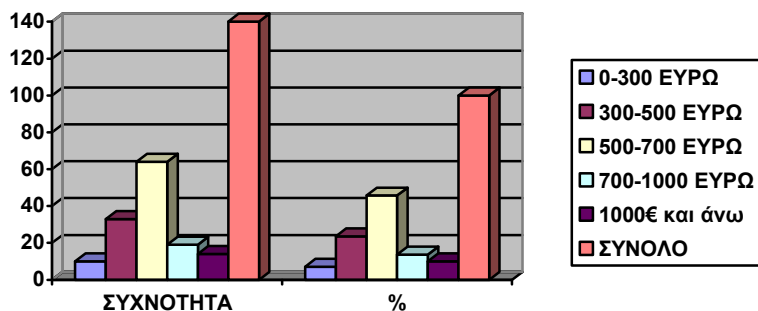
**Γράφημα 7**

Το 24,3% είχαν ακολουθήσει το επάγγελμα του αγρότη- γεωργού (34 άτομα), το 20,0% ασχολούνταν με τα οικιακά (28 άτομα), το 19,3 ήταν τεχνίτες- εργάτες (27 άτομα), το 18,6% ελεύθεροι επαγγελματίες (26 άτομα), το 7,1% δημόσιοι υπάλληλοι (10 άτομα), το 6,4% έμποροι (9 άτομα) και το 4,3% ιδιωτικοί υπάλληλοι (6 άτομα). (πίνακας και γράφημα 7)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς το εισόδημα

Εισόδημα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
0-300 ΕΥΡΩ	10	7,1
300-500 ΕΥΡΩ	33	23,6
500-700 ΕΥΡΩ	64	45,7
700-1000 ΕΥΡΩ	19	13,6
1000€ και άνω	14	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 8**



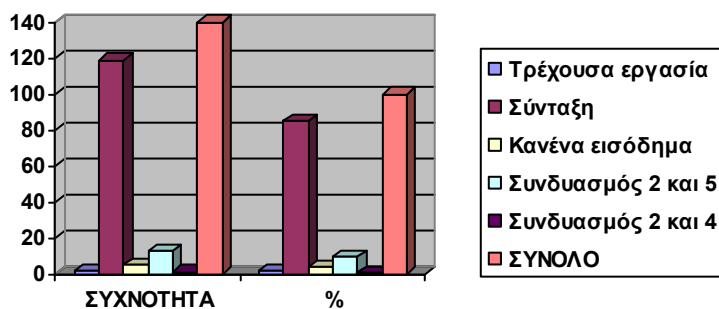
**Γράφημα 8**

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι λαμβάνουν μηνιαίο εισόδημα 500-700 ευρώ, σε ποσοστό 45,7% (64 άτομα). Το 23,6% λαμβάνει μηνιαίως 300-500 ευρώ (33 άτομα), το 13,6% 700-1000 ευρώ (19 άτομα), το 10% 1000€ και άνω (14 άτομα) ενώ το 7,1% 0-300 ευρώ (10 άτομα). (πίνακας και γράφημα 8)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς τις πηγές εισοδήματος

Πηγές εισοδήματος	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Τρέχουσα εργασία	2	1,4
Σύνταξη	119	85,0
Κανένα εισόδημα	5	3,6
Συνδυασμός 2 και 5	13	9,3
Συνδυασμός 2 και 4	1	,7
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 9**



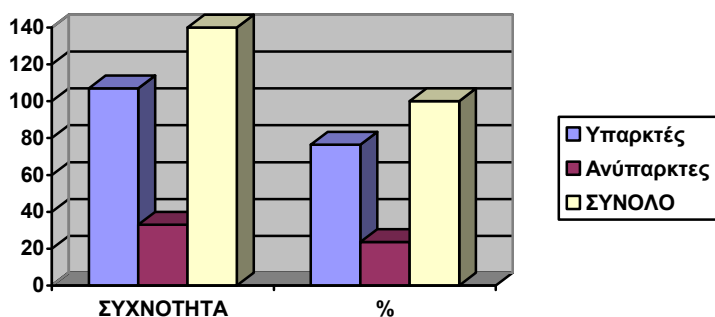
**Γράφημα 9**

Η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχουν ως μοναδική πηγή εισοδήματος την σύνταξή τους, σε ποσοστό 85% (119 άτομα). Μόλις 2 άτομα έχουν σαν πηγή εισοδήματος την εργασία τους (1,4%), ενώ το 3,6% δεν λαμβάνει κανένα εισόδημα (5 άτομα). Το 9,3% έχει σαν πηγή εισοδήματος την σύνταξη σε συνδυασμό με περιουσιακά στοιχεία (13 άτομα), ενώ το 1 άτομο (0,7%) συνδυάζει την σύνταξη με προνοιακό επίδομα. (πίνακας και γράφημα 9)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς την ύπαρξη ασθενειών

Χρόνιες ασθένειες	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Υπαρκτές	107	76,4
Ανύπαρκτες	33	23,6
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 10



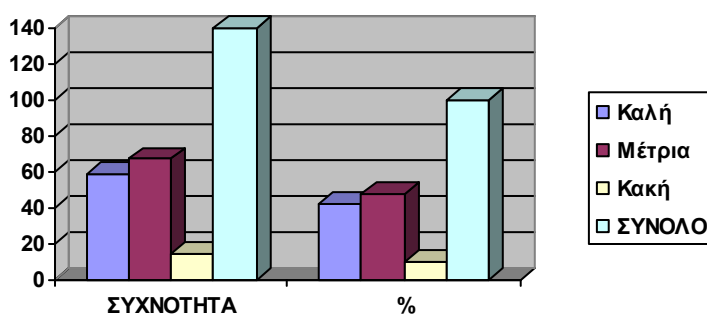
Γράφημα 10

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ανέφερε πως αντιμετωπίζει κάποιο χρόνια πρόβλημα υγείας (107 άτομα), ενώ το 23,6% ανέφερε ότι δεν αντιμετωπίζει προβλήματα υγείας (33 άτομα). (πίνακας και γράφημα 10)

### Κατανομή συχνότητας των ηλικιωμένων ως προς την κατάσταση υγείας

Κατάσταση υγείας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Καλή	59	42,1
Μέτρια	67	47,9
Κακή	14	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 11



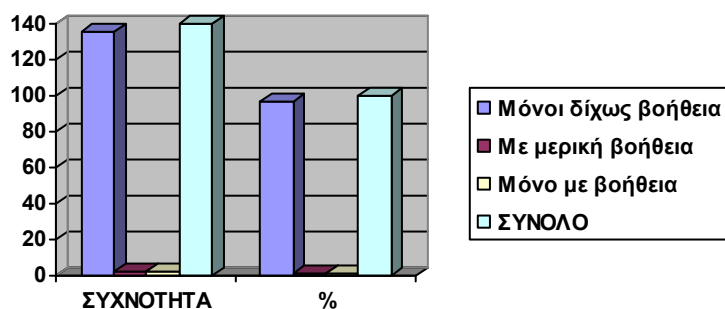
Γράφημα 11

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων χαρακτήρισε ως μέτρια την κατάσταση υγείας του, σε ποσοστό 47,9% (67 άτομα). Το 42,1% την χαρακτήρισε ως καλή (59 άτομα), ενώ το 10% ως κακή (14 άτομα). (πίνακας και γράφημα 11)

### Ικανότητα χρήσης τηλεφώνου

Χρήση τηλεφώνου	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	136	97,1
Με μερική βοήθεια	2	1,4
Μόνο με βοήθεια	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 12



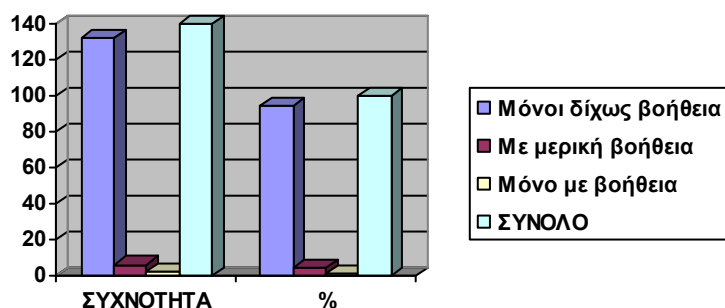
Γράφημα 12

Το 97,1% (136 άτομα) χρησιμοποιεί το τηλέφωνό μόνο δίχως βοήθειά, το 1,4% (2 άτομα), με μερική βοήθεια και μόνο με βοήθεια το υπόλοιπο 1,4% (2 άτομα). (πίνακας και γράφημα 12)

### Ικανότητα μετακίνησης εκτός οικίας

Μετακίνηση εκτός οικίας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	132	94,3
Με μερική βοήθεια	6	4,3
Μόνο με βοήθεια	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 13



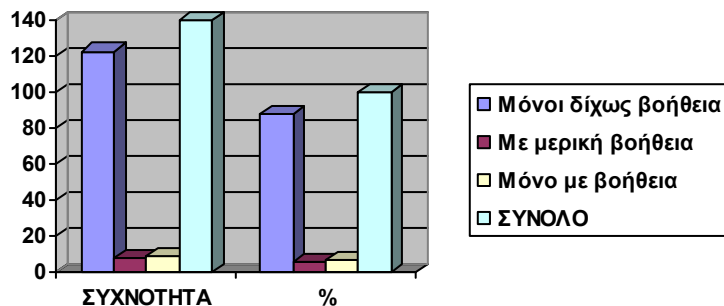
Γράφημα 13

Το 94,3% (132 άτομα) είναι σε θέση να μετακινηθούν εκτός οικίας μόνοι δίχως βοήθεια, το 4,3% (6 άτομα) με μερική βοήθεια και το 1,4% (2 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 13)

#### Ικανότητα αγοράς προϊόντων

Αγορά προϊόντων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	123	87,9
Με μερική βοήθεια	8	5,7
Μόνο με βοήθεια	9	6,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 14**



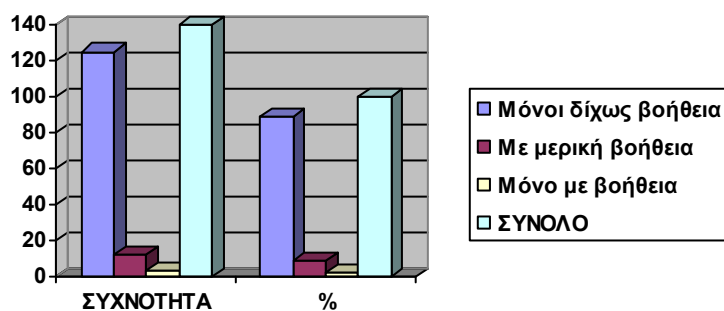
**Γράφημα 14**

Το 87,9% (123 άτομα) πραγματοποιεί αγορές προϊόντων μόνο δίχως βοήθεια, το 5,7% (8 άτομα) με μερική βοήθεια και το 6,4% (9 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 14)

#### Ικανότητα προετοιμασίας φαγητού

Προετοιμασία φαγητού	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	125	89,3
Με μερική βοήθεια	12	8,6
Μόνο με βοήθεια	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 15**



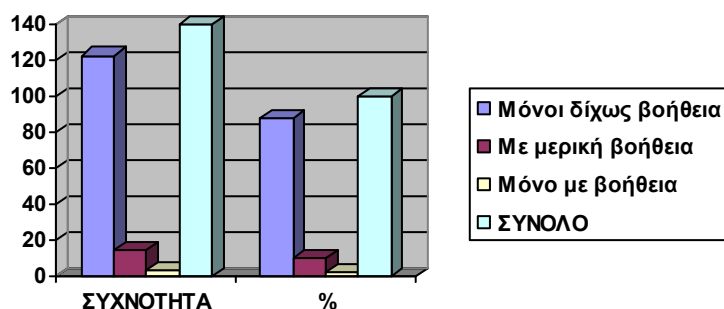
**Γράφημα 15**

Το 89,3% (125 άτομα) προετοιμάζει το φαγητό μόνο δίχως βοήθεια, το 8,6% (12 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 15)

### Ικανότητα να κάνουν δουλειές του σπιτιού

Νοικοκυριό	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	123	87,9
Με μερική βοήθεια	14	10,0
Μόνο με βοήθεια	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 16**



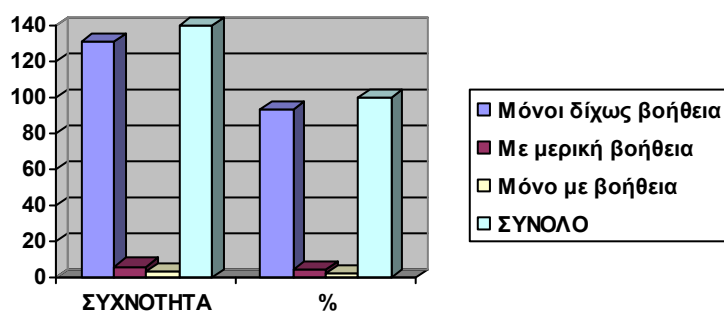
**Γράφημα 16**

Το 87,9% (123 άτομα) ασχολείται με το νοικοκυριό δίχως βοήθεια, το 10% (14 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 16)

### Ικανότητα λήψης φαρμάκων

Λήψη φαρμάκων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	131	93,6
Με μερική βοήθεια	6	4,3
Μόνο με βοήθεια	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 17**



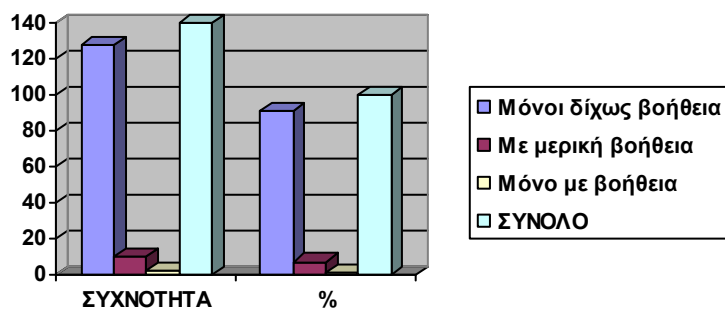
**Γράφημα 17**

Το 93,6% (131 άτομα) λαμβάνουν την φαρμακευτική τους αγωγή μόνοι δίχως βοήθεια, το 4,3% (6 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 17)

### Ικανότητα διαχείρισης εισοδήματος

Διαχείριση εισοδήματος	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	128	91,4
Με μερική βοήθεια	10	7,1
Μόνο με βοήθεια	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 18**



**Γράφημα 18**

Το 91,4% (128 άτομα) διαχειρίζεται το εισόδημα του μόνο δίχως βοήθεια, το 7,1% (10 άτομα) με μερική βοήθεια και το 1,4% μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 18)

### Συνολικά ποσοστά ικανότητας πραγματοποίησης Επικουρικών Δραστηριοτήτων Καθημερινής Διαβίωσης

	ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ
Ε.Δ.Κ.Δ	91,60%	6%	2,40%

**Πίνακας 19α**



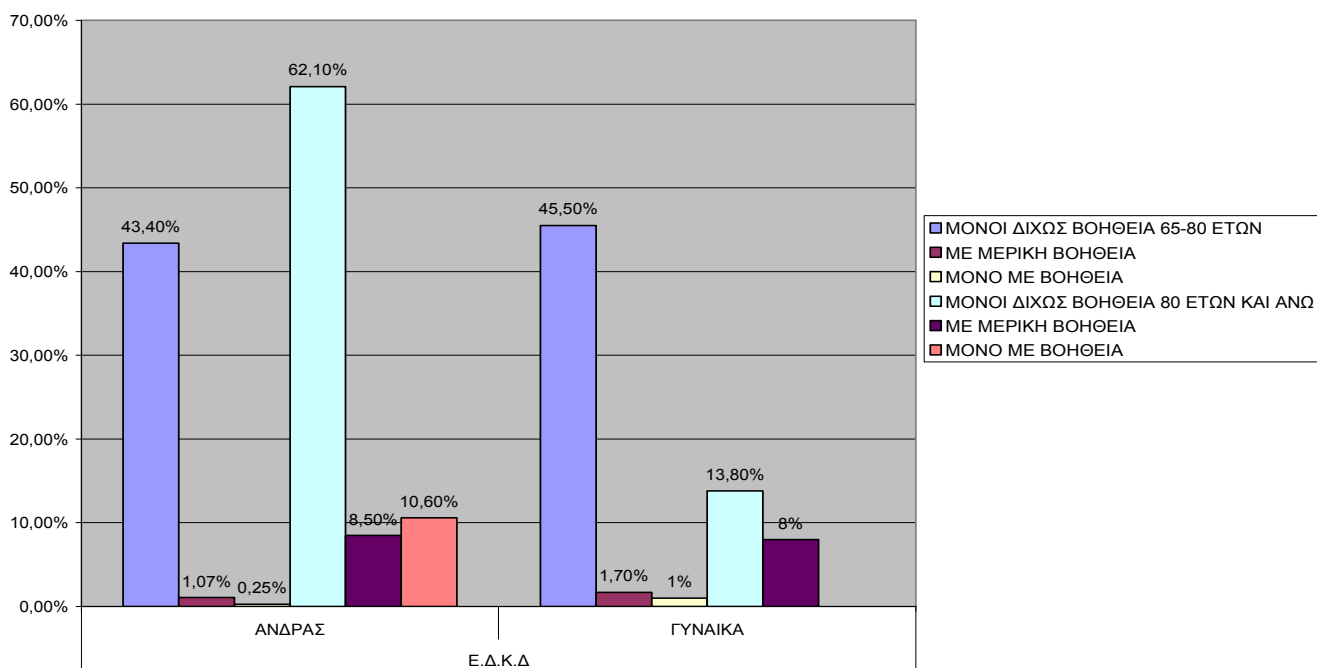
**Γράφημα 19α**

Συνοπτικά για τις επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης το 91,6% μπορεί να τις εκτελέσει χωρίς βοήθεια, το 6% με μερική βοήθεια και το 2,4% μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 19α)

**Ποσοστά ικανότητας πραγματοποίησης Επικουρικών Δραστηριοτήτων  
Καθημερινής Διαβίωσης συγκριτικά με ηλικία και φύλο**

		Ε.Δ.Κ.Δ	
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	65-80 ΕΤΩΝ	43,40%	45,50%
ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		1,07%	1,70%
ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ		0,25%	1%
ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	80 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ	62,10%	13,80%
ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		8,50%	8%
ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ		10,60%	

**Πίνακας 19β**



**Γράφημα 19β: παρουσίαση ποσοστών ικανότητας πραγματοποίησης Επικουρικών Δραστηριοτήτων Καθημερινής Διαβίωσης συγκριτικά με ηλικία και φύλο**

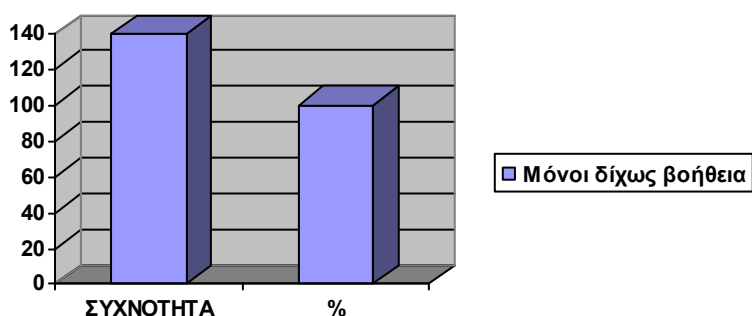


Παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα και στις ηλικιακές κατηγορίες. Οι άντρες ηλικίας 65-80 ετών σε ποσοστό 43,4% τις εκτελούν χωρίς βοήθεια, το 1,07% με μερική βοήθεια ενώ το 0,25% μόνο με βοήθεια. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στη τέταρτη ηλικία όπου το 62,1% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 8,5% με μερική βοήθεια και το 10,6% μόνο με βοήθεια. Όσο αφορά τις γυναίκες 65-80 ετών το 45,5% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 1,7% με μερική βοήθεια και το 1% μόνο με βοήθεια. Τα ποσοστά μειώνονται στη τέταρτη ηλικία όπου το 13,8% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια και το 8% με μερική βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 19β)

### Ικανότητα λήψης τροφής

Λήψη τροφής	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	140	100,0

**Πίνακας 20**



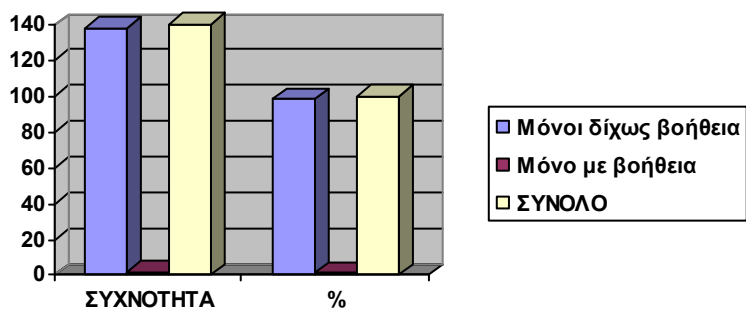
**Γράφημα 20**

Το σύνολο των ηλικιωμένων λαμβάνει την τροφή μόνο του δίχως βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 20)

### Ικανότητα χρήσης τουαλέτας

Χρήση τουαλέτας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	138	98,6
Μόνο με βοήθεια	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 21**



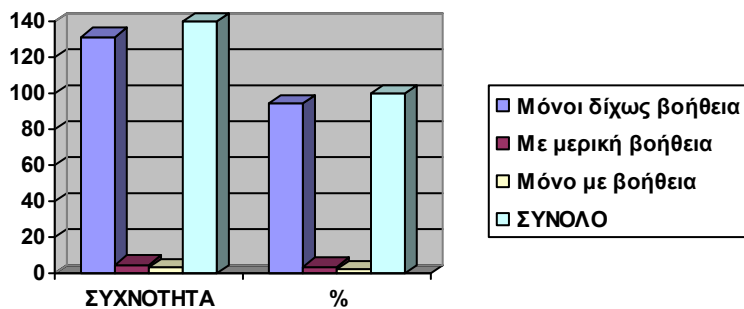
**Γράφημα 21**

Το 98,6% (138 άτομα) χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνο δίχως βοήθεια, ενώ μόλις το 1,4%(2 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 21)

### Ικανότητα μπάνιου

Δυνατότητα μπάνιου	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	132	94,3
Με μερική βοήθεια	5	3,6
Μόνο με βοήθεια	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 22



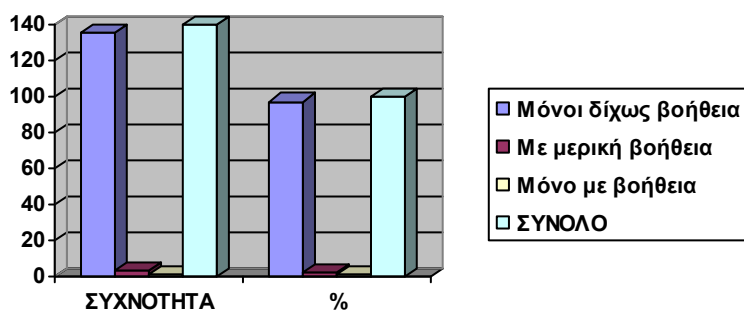
Γράφημα 22

Το 94,3% (132 άτομα) έχει την ικανότητα να κάνει μπάνιο μόνο δίχως βοήθεια, το 3,6% (5 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 22)

### Ικανότητα ντυσίματος

Ντύσιμο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	136	97,1
Με μερική βοήθεια	3	2,1
Μόνο με βοήθεια	1,7	0,7
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 23



Γράφημα 23

Το 97,1% (136 άτομα) ντύνεται μόνο του δίχως βοήθεια, το 2,1% (3 άτομα) με μερική βοήθεια και το 0,7% (1 άτομο) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 23)

## Συνολικά ποσοστά ικανότητας πραγματοποίησης Βασικών Δραστηριοτήτων Καθημερινής Διαβίωσης

	ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ
Β.Δ.Κ.Δ	97,50%	1,45%	1,05%

**Πίνακας 24α**



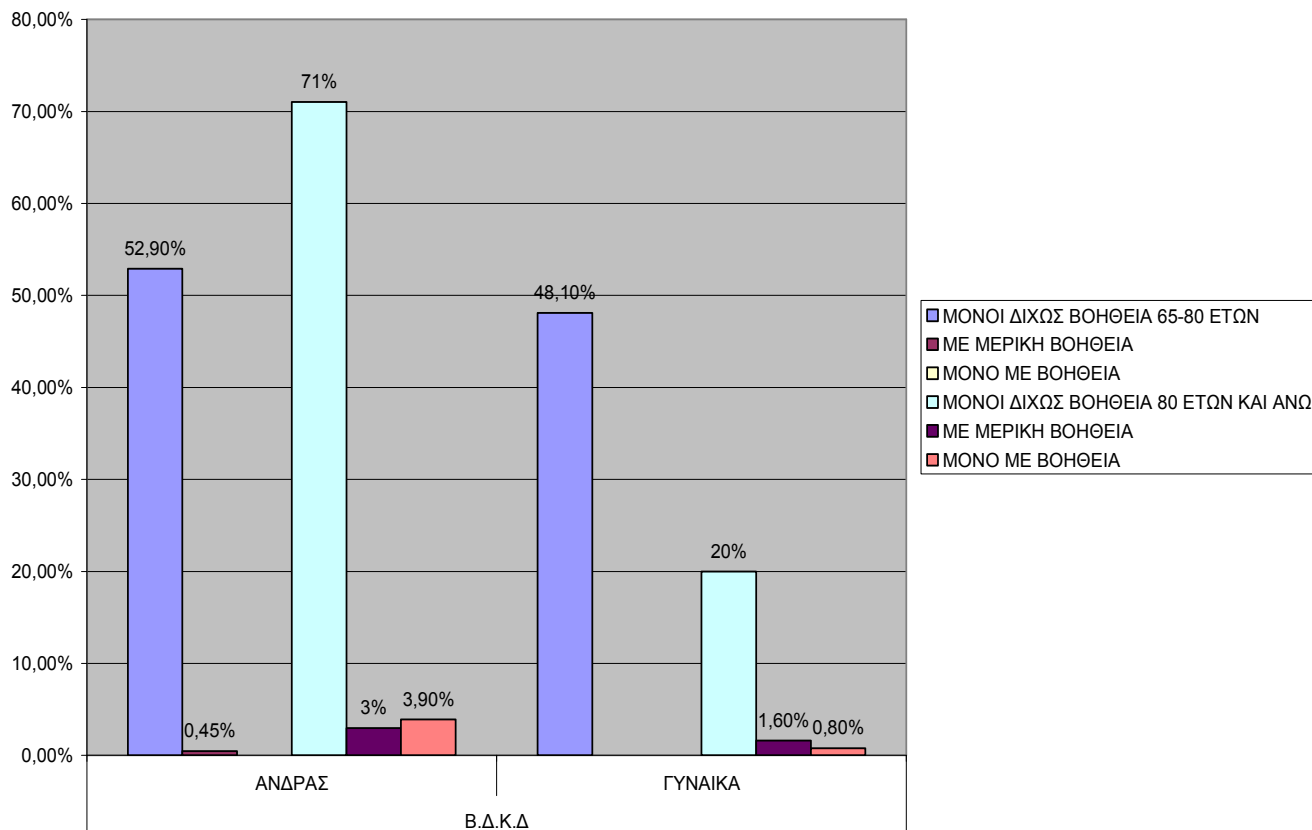
**Γράφημα 24α**

Συνοπτικά για τις βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης το 97,5% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 1,45% με μερική βοήθεια και το 1,05% μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 24α)

## Ποσοστά ικανότητας πραγματοποίησης Βασικών Δραστηριοτήτων Καθημερινής Διαβίωσης συγκριτικά με ηλικία και φύλο

		Β.Δ.Κ.Δ	
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	65-80 ΕΤΩΝ	52,90%	48,10%
ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		0,45%	
ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ			
ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	80 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ	71%	20%
ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		3%	1,60%
ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ		3,90%	0,80%

**Πίνακας 24β**



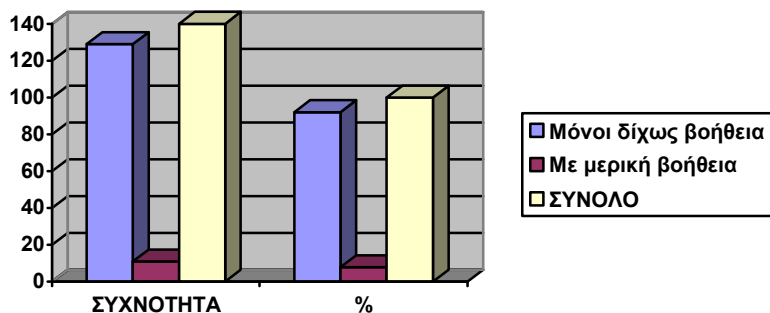
**Γράφημα 24β: παρουσίαση ποσοστών ικανότητας πραγματοποίησης Βασικών Δραστηριοτήτων Καθημερινής Διαβίωσης συγκριτικά με ηλικία και φύλο**

Παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα και στις ηλικιακές κατηγορίες. Οι άντρες ηλικίας 65-80 ετών σε ποσοστό 52,9% τις εκτελούν χωρίς βοήθεια και το 0,45% με μερική βοήθεια. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στη τέταρτη ηλικία όπου το 71,1% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 3,1% με μερική βοήθεια και το 3,9% μόνο με βοήθεια. Όσο αφορά τις γυναίκες 65-80 ετών το 48,1% (δηλαδή το σύνολο των γυναικών τρίτης ηλικίας) τις εκτελεί χωρίς βοήθεια. Το ποσοστό αυτό μειώνεται κατά πολύ στη τέταρτη ηλικία όπου το 20% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 1,6 % με μερική βοήθεια και το 0,8 μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 24β)

**Ικανότητα πραγματοποίησης περιπάτων/εκδρομών**

Πραγματοποίηση περιπάτων/εκδρομών	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	129	92,1
Με μερική βοήθεια	11	7,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 25**



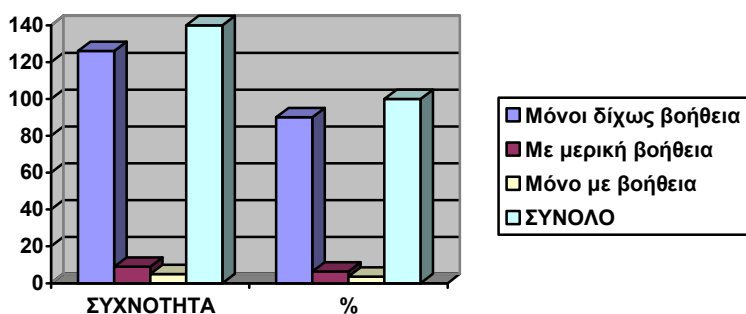
**Γράφημα 25**

Το 92,1% (129 άτομα) πραγματοποιεί περιπάτους και εκδρομές μόνο δίχως βοήθεια και το 7,9%(11 άτομα) με μερική βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 25)

**Ικανότητα επισκέψεων σε συγγενείς/φίλους**

Επισκέψεις σε συγγενείς/φίλους	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	126	90,0
Με μερική βοήθεια	9	6,4
Μόνο με βοήθεια	5	3,6
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 26**



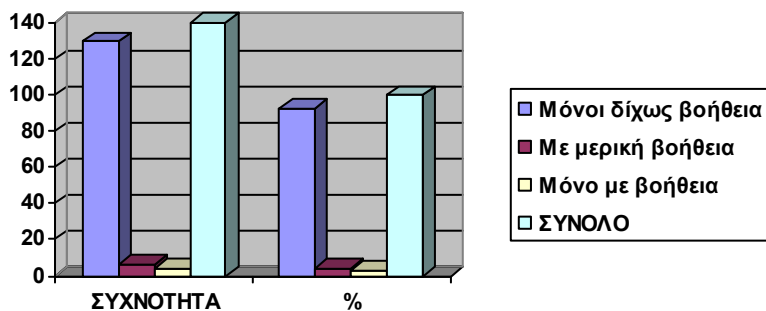
**Γράφημα 26**

Το 90% (126 άτομα) επισκέπτεται συγγενείς και φίλους μόνο δίχως βοήθεια, το 6,4%(9 άτομα,) με μερική βοήθεια και το 3,6%(5 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 26)

**Ικανότητα παρακολούθησης πολιτιστικών δραστηριοτήτων**

Παρακολούθηση πολιτιστικών δραστηριοτήτων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	130	92,9
Με μερική βοήθεια	6	4,3
Μόνο με βοήθεια	4	2,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 27**



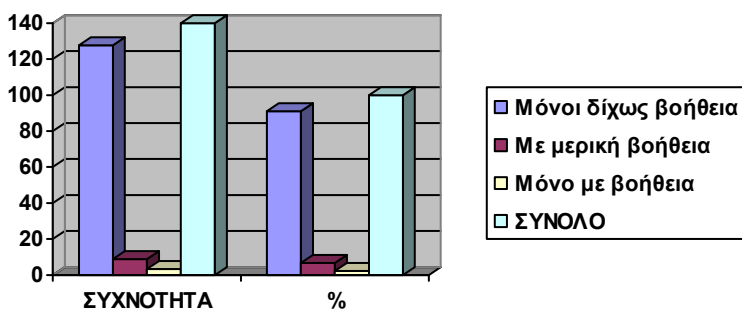
**Γράφημα 27**

Το 92,9% (130 άτομα) παρακολουθεί πολιτιστικές δραστηριότητες μόνο δίχως βοήθεια, το 4,3% (6 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,9% (4 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 27)

**Ικανότητα παρακολούθησης κινηματογραφικών ταινιών/θεάτρου**

Παρακολούθηση κινηματογραφικών ταινιών/θεάτρου	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μόνοι δίχως βοήθεια	128	91,4
Με μερική βοήθεια	9	6,4
Μόνο με βοήθεια	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 28**



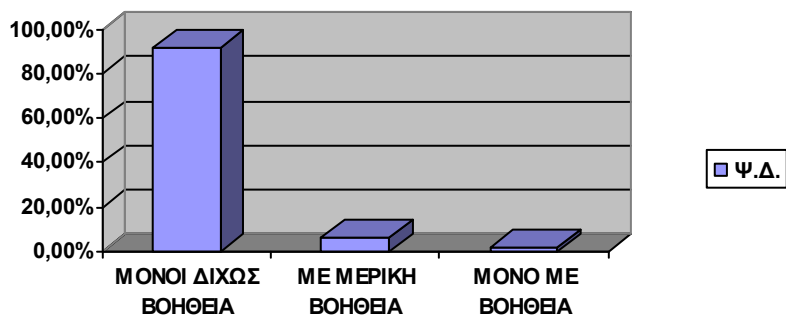
**Γράφημα 28**

Το 91,4% (128 άτομα) παρακολουθούν κινηματογράφο και θέατρο μόνο δίχως βοήθεια, το 6,4% (9 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 28)

**Συνολικά ποσοστά ικανότητας πραγματοποίησης Ψυχαγωγικών Δραστηριοτήτων**

	ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ	ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ
Ψ.Δ.	91,60%	6,25%	2,15%

**Πίνακας 29α**



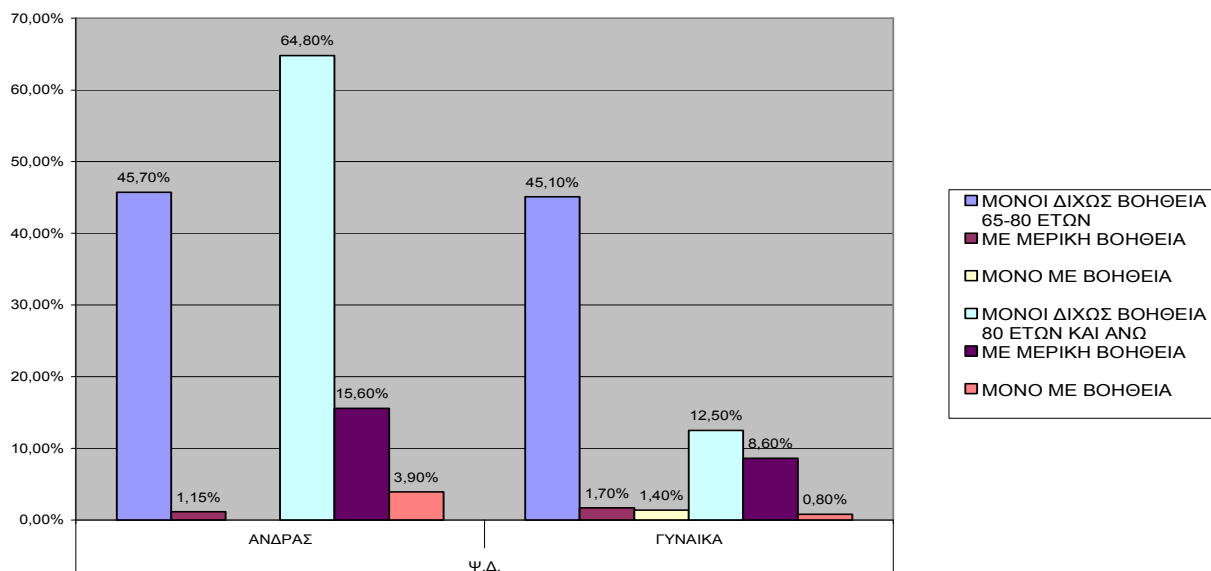
**Γράφημα 29α**

Όσο αφορά τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες το 91,6% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 6,25% με μερική βοήθεια και το 2,15% μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 29α)

**Ποσοστά ικανότητας πραγματοποίησης Ψυχαγωγικών Δραστηριοτήτων συγκριτικά με ηλικία και φύλο**

		Ψ.Δ.	
		ΑΝΔΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ
ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	65-80 ΕΤΩΝ	45,70%	45,10%
ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		1,15%	1,70%
ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ			1,40%
ΜΟΝΟΙ ΔΙΧΩΣ ΒΟΗΘΕΙΑ	80 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΑΝΩ	64,80%	12,50%
ΜΕ ΜΕΡΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ		15,60%	8,60%
ΜΟΝΟ ΜΕ ΒΟΗΘΕΙΑ		3,90%	0,80%

**Πίνακας 29β**



**Γράφημα 29β: παρουσίαση ποσοστών ικανότητας πραγματοποίησης Ψυχαγωγικών Δραστηριοτήτων συγκριτικά με ηλικία και φύλο**

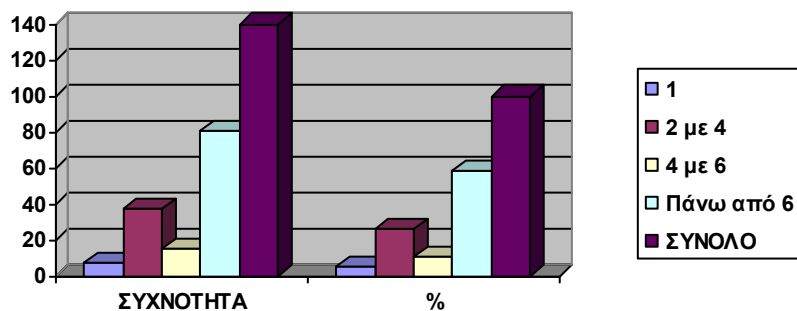
Παρουσιάζονται στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα φύλα και στις ηλικιακές κατηγορίες. Οι άντρες ηλικίας 65-80 ετών σε ποσοστό 45,7% τις εκτελούν χωρίς βοήθεια και το 1,15% με μερική βοήθεια. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται στη τέταρτη ηλικία όπου το 71,1% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 3,1% με μερική βοήθεια και το 3,9% μόνο με βοήθεια. Όσο αφορά τις γυναίκες 65-80 ετών το 45,1% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 1,7% με μερική βοήθεια και το 1,4% μόνο με βοήθεια. Τα ποσοστά μειώνονται στη τέταρτη ηλικία όπου το 12,5% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, το 8,6% με μερική βοήθεια και το 0,8% μόνο με βοήθεια.

**Αριθμός συγγενών φίλων με τους οποίους επικοινωνούν**

Αριθμός συγγενών φίλων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
1	7	5,0
2-4	37	26,4
4-6	15	10,7
Πάνω από 6	81	57,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 30**





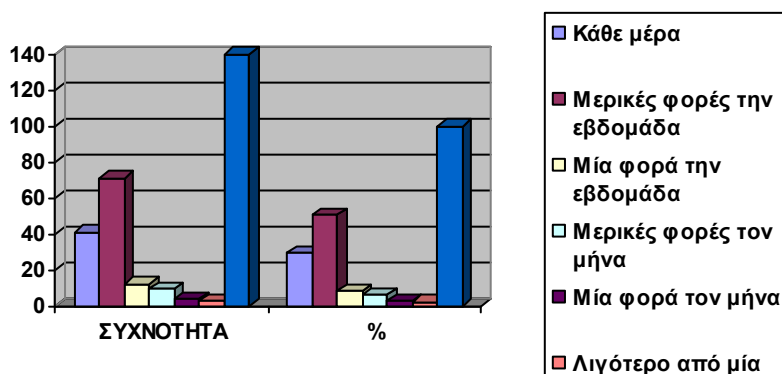
**Γράφημα 30**

Το 57,9% των ηλικιωμένων έχει τουλάχιστον 6 συγγενείς/φίλους με τους οποίους επικοινωνεί και συζητά θέματα που το αφορούν, το 26,4% έχει 2-4, το 10,7% έχει 4-6 ενώ μόλις το 5% έχει ένα άτομο. (πίνακας και γράφημα 30)

**Συχνότητα επικοινωνίας με συγγενείς/φίλους**

Συχνότητα επικοινωνίας με συγγενείς/φίλους	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Κάθε μέρα	41	29,3
Μερικές φορές την εβδομάδα	71	50,7
Μία φορά την εβδομάδα	12	8,6
Μερικές φορές τον μήνα	9	6,4
Μία φορά τον μήνα	4	2,9
Λιγότερο από μία φορά τον μήνα	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 31**



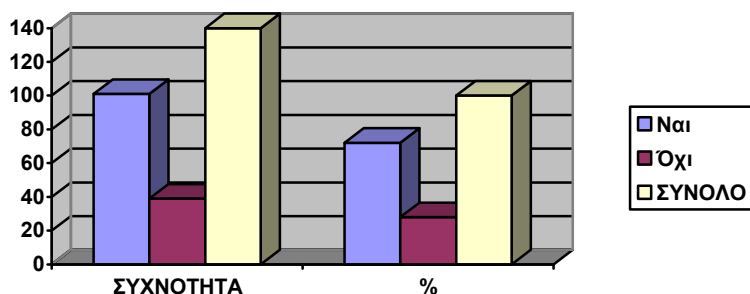
**Γράφημα 31**

Ο ένας στους δύο ηλικιωμένους ποσοστό 50,7% έρχεται σε επαφή με φίλους και συγγενείς μερικές φορές την εβδομάδα, το 29,3% κάθε μέρα, το 8,6% μία φορά την εβδομάδα, το 6,4% μερικές φορές το μήνα, το 2,9% μια φορά το μήνα και το 2,1% λιγότερο από μία φορά το μήνα. (πίνακας και γράφημα 31)

**Ικανότητα να παίρνουν με την ίδια ευκολία αποφάσεις όπως και στο παρελθόν**

Παίρνουν με την ίδια ευκολία αποφάσεις όπως και στο παρελθόν	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	101	72,1
Όχι	39	27,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 32α**



**Γράφημα 32α**

Το 72,1% των ηλικιωμένων υποστηρίζει ότι παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του όπως και στο παρελθόν, ενώ το 27,9% υποστηρίζει το αντίθετο. Το μεγάλο αυτό ποσοστό (72,1%) καταδεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν, παρά το πέρας της ηλικίας τους, να αποφασίζουν οι ίδιοι για την ζωή τους, γεγονός που καταρρίπτει την ισχύουσα αντίληψη ότι τα γηρατειά σημαίνουν για πολλούς απόσυρση από την ζωή. (πίνακας και γράφημα 32α)

**Ικανότητα να παίρνουν με την ίδια ευκολία αποφάσεις όπως και στο παρελθόν συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

				Παίρνετε με την ίδια ευκολία αποφάσεις όπως και στο παρελθόν		ΣΥΝΟΛΟ
				Ναι	Όχι	
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	50	6	56
			%	46,3%	5,6%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	35	17	52	
		%	32,4%	15,7%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	85	23	108
			%	78,7%	21,3%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	14	11	25
			%	43,8%	34,4%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	5	7	
		%	6,2%	15,6%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	16	16	32
			%	50,0%	50,0%	100,0%

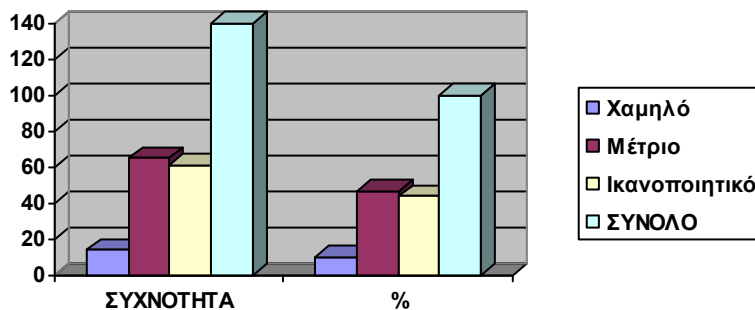
**Πίνακας 32β**

Στην ηλικία 65 με 80 ετών παρατηρούμε ότι: το 46,3% των ανδρών υποστηρίζει ότι παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του, ενώ για τις γυναίκες το ποσοστό αυτό πέφτει στο 32,4%. Αντίθετα το 5,6% των ανδρών υποστηρίζει ότι δεν παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του ποσοστό που αυξάνεται για τις γυναίκες στο 15,7%. Στην ηλικία των 80 ετών και άνω έχουμε: για τους άνδρες το 43,8% παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του, ενώ για τις γυναίκες το ποσοστό αυτό πέφτει στο 6,2%. Αντίθετα το 34,3% των ανδρών υποστηρίζει ότι δεν παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του ποσοστό που μειώνεται για τις γυναίκες στο 15,6%. Συγκρίνοντας τις δύο ηλικιακές ομάδες παρατηρούμε ότι στην ηλικία 65 με 80 ετών οι ηλικιωμένοι παίρνουν με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή τους ενώ στην ηλικία 80 ετών και άνω τα ποσοστά και στις δύο κατηγορίες (ναι ή όχι) είναι 50-50.  
(πίνακας 32β)

**Βαθμός που κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο & απασχολημένο**

Βαθμός που κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο & απασχολημένο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Χαμηλό	14	10,0
Μέτριο	65	46,4
Ικανοποιητικό	61	43,6
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 33α**



**Γράφημα 33α**

Το 46,4% έχει καταφέρει να κρατάει τον εαυτό του δραστήριο και απασχολημένο σε μέτριο βαθμό, το 43,6% σε ικανοποιητικό, ενώ το 10% σε χαμηλό βαθμό. Τα μεγάλα αυτά ποσοστά (46,4%, 43,6%) καταδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν, παρά το πέρασ της ηλικίας τους, να κρατούν τον εαυτό τους δραστήριο και απασχολημένο. (πίνακας και γράφημα 33α)

**Βαθμός που κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο & απασχολημένο συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

				Βαθμός που κρατάτε τον εαυτό σας δραστήριο & απασχολημένο			ΣΥΝΟΛΟ
				Χαμηλό	Μέτριο	Ικανοποιητικό	
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	26	30	56
			%	0,0%	24,1%	27,8%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	28	19	52	
			%	4,6%	25,9%	17,6%	48,1%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	54	49	108
			%	4,6%	50,0%	45,4%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	8	11	25
			%	18,8%	25,0%	34,4%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	3	1	7	
			%	9,4%	9,4%	3,1%	21,9%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	9	11	12	32
			%	28,1%	34,4%	37,5%	100,0%

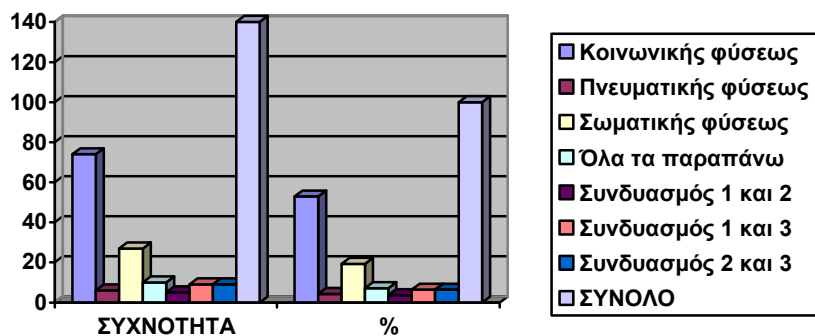
**Πίνακας 33β**

Αναλύοντας το παραπάνω πίνακα παρατηρούμε ότι οι άνδρες κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο και απασχολημένο περισσότερο από τις γυναίκες και στις δύο ηλικιακές ομάδες.( πίνακας 33β)

**Είδος δραστηριοτήτων πριν την παύση της εργασίας**

Δραστηριότητες πριν την παύση της εργασίας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Κοινωνικής φύσεως	74	52,9
Πνευματικής φύσεως	6	4,3
Σωματικής φύσεως	27	19,3
Όλα τα παραπάνω	10	7,1
Συνδυασμός 1 και 2	5	3,6
Συνδυασμός 1 και 3	9	6,4
Συνδυασμός 2 και 3	9	6,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 34α**



**Γράφημα 34α**

Το 52,9% των ηλικιωμένων πραγματοποιούσε πριν την παύση από την εργασιακή απασχόληση, δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως, το 19,3% σωματικής φύσεως και το 4,3% πνευματικής φύσεως ενώ το 7,1% συνδυάζε όλες τις παραπάνω δραστηριότητες. Το 6,4% συνδυάζε κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες καθώς και πνευματικές με σωματικές. Τέλος το 3,6% συνδυάζε κοινωνικές και πνευματικές. (πίνακας και γράφημα 34α)

**Είδος δραστηριοτήτων πριν την παύση της εργασίας συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

				Δραστηριότητες πριν την παύση της εργασίας							
				Κοινωνικής φύσεως	Πνευματικής φύσεως	Σωματικής φύσεως	Όλα τα παραπάνω	Συνδυασμός 1 και 2	Συνδυασμός 1 και 3	Συνδυασμός 2 και 3	Σύνολο
Ηλικία											
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	34	2	5	6	3	5	1	56
			%	31,5%	1,9%	4,6%	5,6%	2,8%	4,6%	,9%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	32	3	8	2	0	2	5	52	
		%	29,6%	2,8%	7,4%	1,9%		1,9%	4,6%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	66	5	13	8	3	7	6	108
			%	61,1%	4,6%	12,0%	7,4%	2,8%	6,5%	5,6%	100,0
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	1	12	2	0	1	3	25
			%	18,8%	3,1%	37,5%	6,2%	,0%	3,1%	9,4%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	0	2	0	2	1	0	7	
		%	6,2%	,0%	6,2%	,0%	6,2%	3,1%	,0%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	8	1	14	2	2	2	3	32
			%	25,0%	3,1%	43,8%	6,2%	6,2%	6,2%	9,4%	100,0

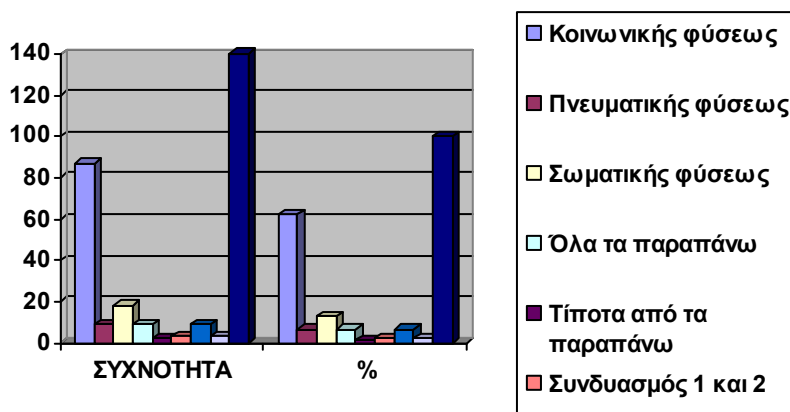
**Πίνακας 34β**

Στην ηλικία 65 με 80 ετών παρατηρούμε ότι: και οι άνδρες αλλά και οι γυναίκες ασχολούνταν κυρίως με δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως, ενώ λιγότερο με πνευματικής φύσεως. Αντίθετα στην ηλικία από 80 ετών και άνω ασχολούνται και οι άνδρες και οι γυναίκες περισσότερο με σωματικής φύσεως δραστηριότητες και εξακολουθούν να ασχολούνται λιγότερο με πνευματικές. (πίνακας 34β)

### Είδος δραστηριοτήτων μετά την συνταξιοδότηση

Δραστηριότητες μετά την συνταξιοδότηση	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Κοινωνικής φύσεως	87	62,1
Πνευματικής φύσεως	9	6,4
Σωματικής φύσεως	18	12,9
Όλα τα παραπάνω	9	6,4
Τίποτα από τα παραπάνω	2	1,4
Συνδυασμός 1 και 2	3	2,1
Συνδυασμός 1 και 3	9	6,4
Συνδυασμός 2 και 3	3	2,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 35α**



**Γράφημα 35α**

Το 62,1% των ηλικιωμένων πραγματοποιούσε μετά από την παύση από την εργασιακή απασχόληση, δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως, το 12,9% σωματικής φύσεως και το 6,4% πνευματικής φύσεως, το 6,4% συνδύαζε όλες τις παραπάνω δραστηριότητες ενώ το 1,4% δεν πραγματοποιούσε κάποια από τις προαναφερθείσες δραστηριότητες. Το 6,4% συνδύαζε κοινωνικές και σωματικές δραστηριότητες και το 2,1% πνευματικές με σωματικές. Τέλος το 2,1% συνδύαζε κοινωνικές και πνευματικές. Συνολικά το 81,4% ασχολείται με κάποια δραστηριότητα, γεγονός που καταδεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι παραμένουν ενεργοί και μετά την συνταξιοδότηση τους. Ειδικά όσον αφορά τις δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως όπου παρατηρείται αύξηση της τάξεως του 8,2%, λόγω του περισσότερου ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων. (πίνακας και γράφημα 35α)

**Είδος δραστηριοτήτων μετά από την παύση της εργασίας συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία				Δραστηριότητες μετά την συνταξιοδότηση						ΣΥΝΟΛΟ	
				Κοινωνικής φύσεως	Πνευματικής φύσεως	Σωματικής φύσεως	Όλα τα παραπάνω	Τίποτα από τα παραπάνω	Συνδυασμός 1 και 2		Συνδυασμός 1 και 3
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	32	2	7	4	1	2	7	1	56
		%	29,6%	1,9%	6,5%	3,7%	,9%	1,9%	6,5%	,9%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	33	5	8	2	1	0	2	1	52
		%	30,6%	4,6%	7,4%	1,9%	,9%	,0%	1,9%	,9%	48,1%
ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	65	7	15	6	2	2	9	2	108
		%	60,2%	6,5%	13,9%	5,6%	1,9%	1,9%	8,3%	1,9%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	18	2	2	1		1		1	25
		%	56,2%	6,2%	6,2%	3,1%		3,1%		3,1%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	0	1	2		0		0	7
		%	12,5%	,0%	3,1%	6,2%		,0%		,0%	21,9%
ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	22	2	3	3		1		1	32
		%	68,8%	6,2%	9,4%	9,4%		3,1%		3,1%	100,0%

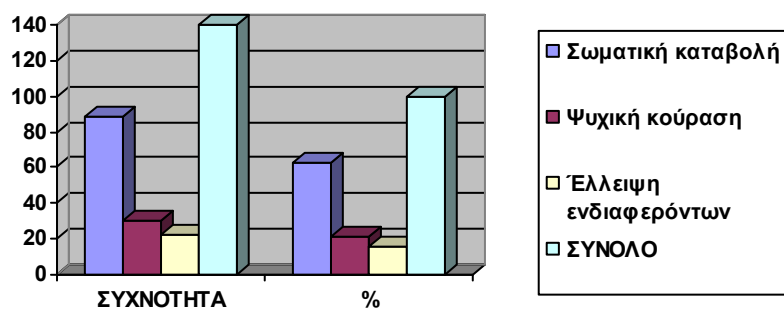
**Πίνακας 35β**

Τόσο στην ηλικία 65 με 80 ετών, όσο και στην ηλικία των 80 ετών και άνω παρατηρούμε ότι: και οι άνδρες αλλά και οι γυναίκες ασχολούνταν κυρίως με δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως, ενώ λιγότερο με πνευματικής φύσεως. Επίσης παρατηρείται ότι στην ηλικία 80 ετών και άνω το σύνολο των ηλικιωμένων έχει ασχοληθεί τουλάχιστον με μία από τις τρεις δραστηριότητες ενώ στην ηλικία 65-80 υπάρχουν άτομα που δεν είχαν ασχοληθεί με καμία από αυτές. ( πίνακας 35β)

**Λόγοι περιορισμού πραγματοποίησης δραστηριοτήτων**

Περιορισμοί δραστηριοτήτων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Σωματική καταβολή	88	62,9
Ψυχική κούραση	30	21,4
Έλλειψη ενδιαφερόντων	22	15,7
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 36α**



**Γράφημα 36α**

Το 62,9% των ηλικιωμένων θεωρεί ότι ο πρωταρχικός λόγος που το περιορίζει από την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων και άρα το αδρανοποιεί είναι η σωματική καταβολή, ακολουθεί με ποσοστό 21,4% η ψυχική κούραση και η έλλειψη ενδιαφερόντων με ποσοστό 15,7%. (πίνακας και γράφημα 36α)

### Λόγοι περιορισμού πραγματοποίησης δραστηριοτήτων συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία				Περιορισμοί δραστηριοτήτων			ΣΥΝΟΛΟ
				Σωματική καταβολή	Ψυχική κούραση	Έλλειψη ενδιαφερόντων	
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	30	7	19	56
			%	27,8%	6,5%	17,6%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	31	19	2	52	
		%	28,7%	17,6%	1,9%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	61	26	21	108
			%	56,5%	24,1%	19,4%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	21	3	1	25
			%	65,6%	9,4%	3,1%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	1	0	7	
		%	18,8%	3,1%	,0%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	27	4	1	32
			%	84,4%	12,5%	3,1%	100,0%

**Πίνακας 36β**

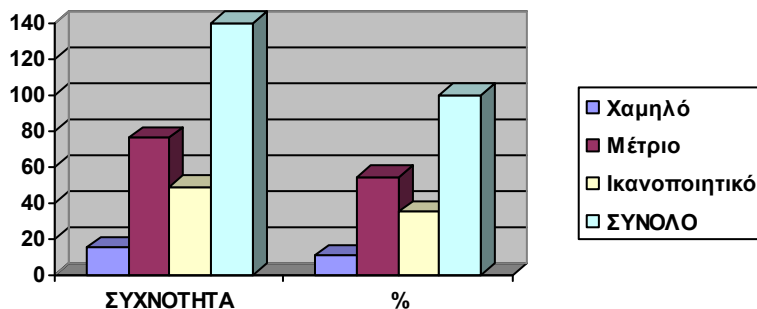
Και για τις δύο ηλικιακές ομάδες ο πρωταρχικός λόγος που θεωρούν οι ηλικιωμένοι ότι τους περιορίζει από την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων είναι η σωματική καταβολή. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην ηλικία 80 ετών και άνω το ποσοστό αυξάνεται κατά πολύ (+28%) και παράλληλα η ψυχική κούραση και η έλλειψη ενδιαφερόντων σημειώνουν σημαντική μείωση. (πίνακας 36β)



**Βαθμός που μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ζωή**

Βαθμός που μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Χαμηλό	15	10,7
Μέτριο	76	54,3
Ικανοποιητικό	49	35,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 37α**



**Γράφημα 37α**

Το 54,3% των ηλικιωμένων θεωρεί ότι μπορεί να παίξει σημαντικό και χρήσιμο ρόλο στην κοινωνική ζωή σε μέτριο βαθμό, το 35% σε ικανοποιητικό βαθμό και το 10,7% σε χαμηλό βαθμό. (πίνακας και γράφημα 37α)

**Βαθμός που μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο στην κοινωνική ζωή συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία				Βαθμός που μπορείτε να παίξετε σημαντικό ρόλο			ΣΥΝΟΛΟ
				Χαμηλό	Μέτριο	Ικανοποιητικό	
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	28	26	56
			%	1,9%	25,9%	24,1%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	31	15	52	
		%	5,6%	28,7%	13,9%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	8	59	41	108
			%	7,4%	54,6%	38,0%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	13	8	25
			%	12,5%	40,6%	25,0%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	4	0	7	
		%	9,4%	12,5%	,0%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	17	8	32
			%	21,9%	53,1%	25,0%	100,0%

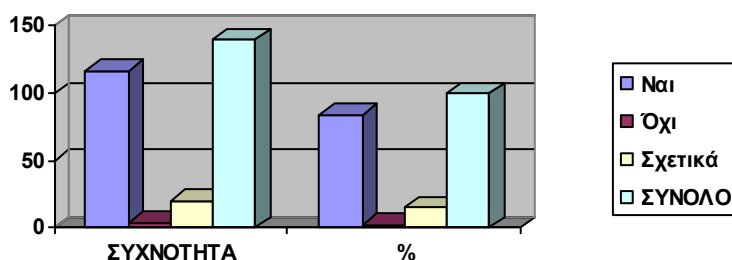
**Πίνακας 37β**

Το 54,6% των ηλικιωμένων ηλικίας 65 με 80 ετών θεωρεί ότι μπορεί να παίξει σημαντικό και χρήσιμο ρόλο στην κοινωνική ζωή σε μέτριο βαθμό, το 38% σε ικανοποιητικό βαθμό και το 7,4% σε χαμηλό βαθμό, με τις γυναίκες να έχουν χαμηλότερα ποσοστά στο χαμηλό και ικανοποιητικό βαθμό. Στην ηλικία των 80 ετών και άνω ο μέτριος βαθμός παρουσιάζει πτώση κατά 1,5%, ο ικανοποιητικός κατά 13%, ενώ ο χαμηλός αυξάνεται κατά 14,5% με τις γυναίκες να σημειώνουν μικρότερα ποσοστά σε όλους τους βαθμούς. (πίνακας 37β)

**Ικανότητα να φροντίζουν τον εαυτό τους**

Ικανότητα να φροντίζουν τον εαυτό τους	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	117	83,6
Όχι	3	2,1
Σχετικά	20	14,3
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 38α**



**Γράφημα 38α**

Το 83,6% θεωρεί ότι είναι αρκετά ικανό ώστε να φροντίζει τον εαυτό του, το 14,3% ότι είναι σχετικά ικανό και το 2,1% ότι δεν είναι ικανό. (πίνακας και γράφημα 38α)

**Ικανότητα να φροντίζουν τον εαυτό τους συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

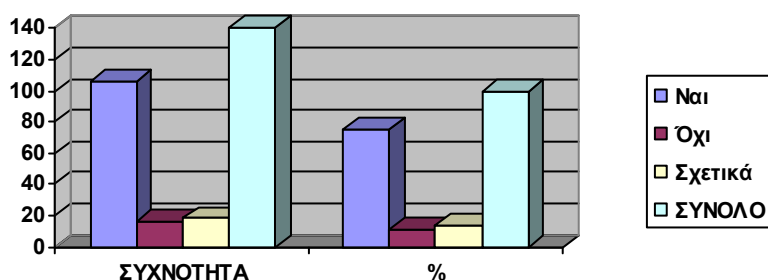
Ηλικία				Ικανότητα για φροντίδα του εαυτού σας			ΣΥΝΟΛΟ	
				Ναι	Όχι	Σχετικά		
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	47	1	8	56	
			%	43,5%	,9%	7,4%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	48	0	4	52		
		%	44,4%	,0%	3,7%	48,1%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	95	1	12	108
				%	88,0%	,9%	11,1%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	18	1	6	25	
			%	56,2%	3,1%	18,8%	78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	1	2	7		
		%	12,5%	3,1%	6,2%	21,9%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	22	2	8	32
				%	68,8%	6,2%	25,0%	100,0%

Αναλύοντας τον πίνακα παρατηρείται ότι στην ηλικία 80 ετών και άνω μειώνεται η ικανότητα για φροντίδα του εαυτού και ιδιαίτερα στις γυναίκες, ενώ αυξάνονται τα ποσοστά εκείνων των ηλικιωμένων που δεν μπορούν να φροντίσουν τον εαυτό τους καθόλου ή σχετικά. ( πίνακας 38β)

#### Ικανότητα να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού μόνοι τους

Ικανότητα να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού μόνοι τους	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	106	75,7
Όχι	16	11,4
Σχετικά	18	12,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 39α



Γράφημα 39α

Το 75,7% θεωρεί ότι είναι ικανό να κάνει δουλειές του σπιτιού, το 12,9% σχετικά ικανό και το 11,4% δεν είναι ικανό. (πίνακας και γράφημα 39α)

#### Ικανότητα να κάνουν τις δουλειές του σπιτιού μόνοι τους συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία	Ικανότητα να κάνετε δουλειές του σπιτιού			ΣΥΝΟΛΟ			
	Ναι	Όχι	Σχετικά				
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	44	5	7	56	
		%	40,7%	4,6%	6,5%	51,9%	
	Φύλο Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	43	2	7	52	
		%	39,8%	1,9%	6,5%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	87	7	14	108
			%	80,6%	6,5%	13,0%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	14	8	3	25	
		%	43,8%	25,0%	9,4%	78,1%	
	Φύλο Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	1	1	7	
		%	15,6%	3,1%	3,1%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	19	9	4	32
			%	59,4%	28,1%	12,5%	100,0%

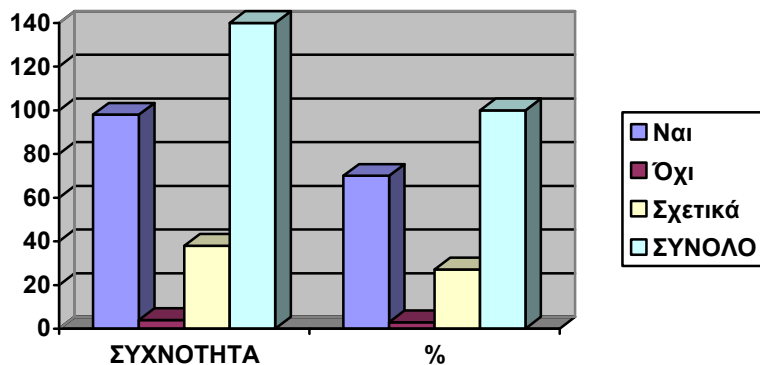
Πίνακας 39β

Αναλύοντας τον πίνακα παρατηρείται ότι στην ηλικία 80 ετών και άνω μειώνεται η ικανότητα για δουλειές του σπιτιού και ιδιαίτερα στις γυναίκες, ενώ αυξάνονται τα ποσοστά εκείνων των ηλικιωμένων που δεν μπορούν να κάνουν δουλειές του σπιτιού. ( πίνακας 39β)

**Ικανότητα να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν**

Ικανότητα να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	98	70,0
Όχι	4	2,9
Σχετικά	38	27,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 40α**



**Γράφημα 40α**

Το 70% θεωρεί ότι είναι ικανό να κάνει πράγματα που το ευχαριστούν, το 27,1% σχετικά ικανό και το 2,9% δεν είναι ικανό. Το ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων που είναι ικανό να κάνει πράγματα που το ευχαριστούν, είναι πολύ μεγάλο φανερώνει ότι είναι πιθανή ένδειξη ότι θέλουν να παραμείνουν ενεργοί. (πίνακας και γράφημα 40α)

**Ικανότητα να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

				Ικανότητα να κάνετε πράγματα που σας ευχαριστούν			ΣΥΝΟΛΟ	
				Ναι	Όχι	Σχετικά		
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	46	0	10	56	
			%	42,6%	,0%	9,3%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	36	1	15	52		
		%	33,3%	,9%	13,9%	48,1%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	82	1	25	108
				%	75,9%	,9%	23,1%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	13	1	11	25	
			%	40,6%	3,1%	34,4%	78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	2	2	7		
		%	9,4%	6,2%	6,2%	21,9%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	16	3	13	32
				%	50,0%	9,4%	40,6%	100,0%

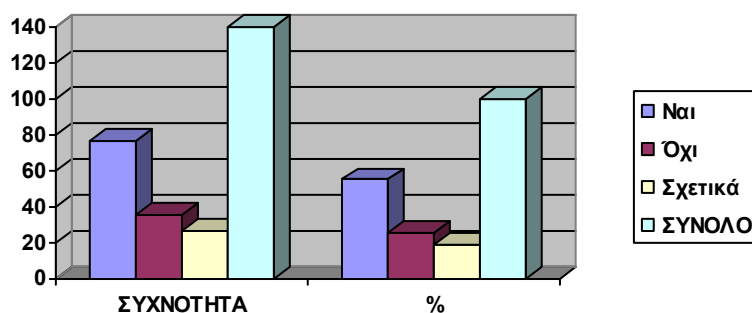
**Πίνακας 40β**

Αναλύοντας τον πίνακα παρατηρείται ότι στην ηλικία 80 ετών και άνω μειώνεται η ικανότητα για να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν και ιδιαίτερα στις γυναίκες, ενώ αυξάνονται τα ποσοστά εκείνων των ηλικιωμένων που δεν μπορούν να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν καθόλου ή σχετικά. (πίνακας 40β)

#### Εκμετάλλευση ευκαιρίας για απασχόληση

Εκμετάλλευση ευκαιρίας για απασχόληση	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	77	55,0
Όχι	36	25,7
Σχετικά	27	19,3
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 41α



Γράφημα 41α

Το 55% θα εκμεταλλευόταν ευκαιρία για απασχόληση, το 25,7% όχι και το 19,3% σχετικά. Το ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων εκμεταλλεύεται ευκαιρίες για απασχόληση, φανερώνει ότι παραμένουν ενεργά άτομα. (πίνακας και γράφημα 41α)

#### Εκμετάλλευση ευκαιρίας για απασχόληση συγκριτικά με φύλο και ηλικία

				Θα εκμεταλλευόσασταν ευκαιρία για απασχόληση				
Ηλικία				Ναι	Όχι	Σχετικά	ΣΥΝΟΛΟ	
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	37	5	14	56	
			%	34,3%	4,6%	13,0%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	26	18	8	52		
		%	24,1%	16,7%	7,4%	48,1%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	63	23	22	108
				%	58,3%	21,3%	20,4%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	11	12	2	25	
			%	34,4%	37,5%	6,2%	78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	1	3	7		
		%	9,4%	3,1%	9,4%	21,9%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	14	13	5	32
				%	43,8%	40,6%	15,6%	100,0%

Πίνακας 41β

Αναλύοντας τον πίνακα παρατηρείται ότι οι άνδρες και στις δύο ηλικιακές ομάδες θα εκμεταλλεύονταν ευκαιρία για απασχόληση, σε αντίθεση με τις γυναίκες. ( πίνακας 41β)

**Τομείς απασχόλησης που θα μπορούσαν να προσφέρουν**

Τομείς απασχόλησης που θα μπορούσαν να προσφέρουν	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Περιβάλλον	6	4,3
Μετάδοση γνώσεων	6	4,3
Στήριξη/ φύλαξη παιδιών	43	30,7
Στήριξη/ βοήθεια σε ηλικιωμένους	6	4,3
Τίποτα από τα παραπάνω	45	32,1
Συνδυασμός 1 και 2	1	,7
Συνδυασμός 1 και 3	2	1,4
Συνδυασμός 1 και 4	2	1,4
Συνδυασμός 1,2,3 και 4	1	,7
Συνδυασμός 1,3 και 4	2	1,4
Συνδυασμός 2,3 και 4	4	2,9
Συνδυασμός 3 και 4	9	6,4
Γεωργικές ασχολίες σε συνδυασμό με 3	8	5,7
Προσφορά βοήθειας προς ΚΑΠΗ	1	,7
Ραπτική	1	,7
Μαγειρική	1	,7
Συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους-φιλόπρωχα ταμεία	1	,7
Χειρωνακτική εργασία	1	,7
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

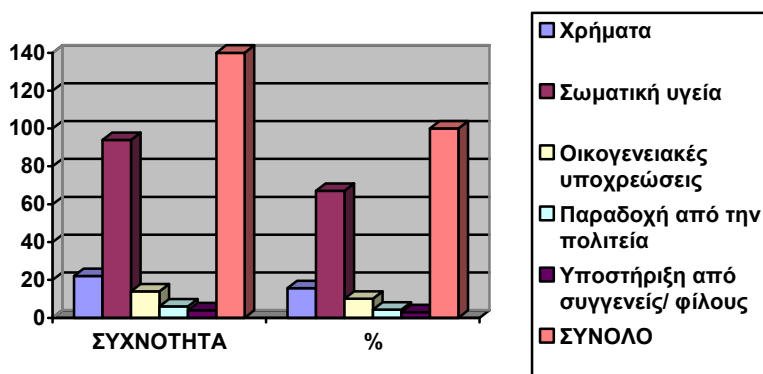
**Πίνακας 42**

Το 30,7% θεωρεί ότι θα μπορούσε να προσφέρει στον τομέα της στήριξης- φύλαξης παιδιών, το 4,3% στο περιβάλλον, στην μετάδοση γνώσεων και στην στήριξη/ βοήθεια σε ηλικιωμένους ενώ το 0,7% στην προσφορά βοήθειας προς το ΚΑΠΗ, στην ραπτική, μαγειρική συμμετοχή σε πολιτιστικούς συλλόγους και φιλόπρωχα ταμεία και στη χειρωνακτική εργασία. ( πίνακας 42)

### Παράγοντες ενεργοποίησης

Παράγοντες ενεργοποίησης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Χρήματα	22	15,7
Σωματική υγεία	94	67,1
Οικογενειακές υποχρεώσεις	14	10,0
Παραδοχή από την πολιτεία	6	4,3
Υποστήριξη από συγγενείς/ φίλους	4	2,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 43α



Γράφημα 43α

Το 67.1% των ηλικιωμένων θεωρεί ότι θα ήταν πιο ενεργό άτομο αν η σωματική του υγεία θα ήταν καλύτερη, το 15,7% αν είχε περισσότερα χρήματα, το 10% αν είχε οικογενειακές υποχρεώσεις, το 4,3% αν είχε παραδοχή από την πολιτεία και το 2,9% αν είχε υποστήριξη από συγγενείς και φίλους. Συμπερασματικά η σωματική υγεία αποτελεί τον παράγοντα κλειδί για την ενεργοποίηση των ηλικιωμένων (πίνακας και γράφημα 43α)

**Παράγοντες ενεργοποίησης συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία	Παράγοντες ενεργοποίησης					ΣΥΝΟΛΟ	
	Χρήματα	Σωματική υγεία	Οικογενειακές υποχρεώσεις	Παραδοχή από την πολιτεία	Υποστήριξη από συγγενείς/ φίλους		
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	9	31	9	6	1	56
	%	8,3%	28,7%	8,3%	5,6%	,9%	51,9%
	Γυναίκα ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	8	38	4	0	2	52
	%	7,4%	35,2%	3,7%	,0%	1,9%	48,1%
	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	17	69	13	6	3	108
	%	15,7%	63,9%	12,0%	5,6%	2,8%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	21	0		0	25
	%	12,5%	65,6%	,0%		,0%	78,1%
	Γυναίκα ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	4	1		1	7
	%	3,1%	12,5%	3,1%		3,1%	21,9%
	ΣΥΝΟΛΟ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	25	1		1	32
	%	15,6%	78,1%	3,1%		3,1%	100,0%

**Πίνακας 43β**

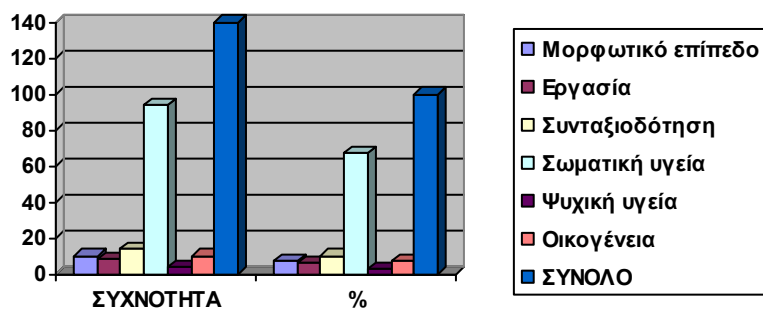
Στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω δεν αναφέρθηκε η παραδοχή από την πολιτεία ως παράγοντας ενεργοποίησης. Παράλληλα σημειώνεται αύξηση στο ποσοστό του παράγοντα της σωματικής υγείας για τους άνδρες και μείωση για τις γυναίκες σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 65- 80 ετών. ( πίνακας 43β)

**Παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητα**

Παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μορφωτικό επίπεδο	10	7,1
Εργασία	8	5,7
Συνταξιοδότηση	14	10,0
Σωματική υγεία	94	67,1
Ψυχική υγεία	4	2,9
Οικογένεια	10	7,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 44α**





**Γράφημα 44α**

Το 67,1% των ηλικιωμένων θεωρεί ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την λειτουργικότητά του είναι η σωματική του υγεία, το 10% συνταξιοδότηση, το 7,1% το μορφωτικό επίπεδο και την οικογένεια, το 5,7% την εργασία και το 2,9% την ψυχική υγεία. Μια ακόμη φορά αποδεικνύεται ότι η σωματική υγεία είναι ο κύριος παράγοντας που τους κρατάει ενεργούς. (πίνακας και γράφημα 44α)

**Παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητα συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

				Λειτουργικοί παράγοντες						ΣΥΝΟΛΟ	
				Μορφωτικό επίπεδο	Εργασία	Συνταξιοδότηση	Σωματική υγεία	Ψυχική υγεία	Οικογένεια		
Ηλικία											
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		7	5	9	32	1	2	56	
		%		6,5%	4,6%	8,3%	29,6%	,9%	1,9%	51,9%	
	Φύλο Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		2	2	3	39	2	4	52	
		%		1,9%	1,9%	2,8%	36,1%	1,9%	3,7%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		9	7	12	71	3	6	108
			%		8,3%	6,5%	11,1%	65,7%	2,8%	5,6%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		1	1	2	18	0	3	25	
		%		3,1%	3,1%	6,2%	56,2%	,0%	9,4%	78,1%	
	Φύλο Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		0	0	0	5	1	1	7	
		%		,0%	,0%	,0%	15,6%	3,1%	3,1%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		1	1	2	23	1	4	32
			%		3,1%	3,1%	6,2%	71,9%	3,1%	12,5%	100,0%

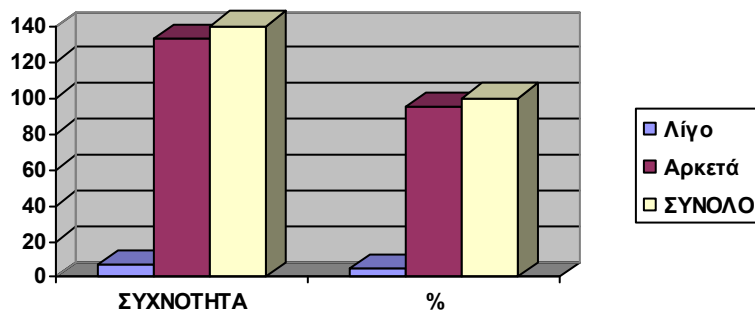
**Πίνακας 44β**

Στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω σημειώνεται αύξηση στο ποσοστό του παράγοντα της σωματικής υγείας για τους άνδρες και μείωση για τις γυναίκες σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 65- 80 ετών. (πίνακας 44β)

### Συμβολή ΚΑΠΗ στην ενεργοποίηση των ηλικιωμένων

Συμβολή ΚΑΠΗ στην ενεργοποίηση των ηλικιωμένων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Λίγο	7	5,0
Αρκετά	133	95,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 45**



**Γράφημα 45**

Το 95% των ηλικιωμένων θεωρεί ότι τα Κ.Α.Π.Η ενισχύουν τα ηλικιωμένα άτομα ώστε να παραμένουν ενεργά, ενώ το 5% όχι. (πίνακας και γράφημα 45)

### Τρόποι ενεργοποίησης μέσω ΚΑΠΗ

Τρόποι ενεργοποίησης μέσω ΚΑΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Κοινωνική εργασία	7	5,0
Φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη	13	9,3
Εργοθεραπεία	4	2,9
Επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους	27	19,3
Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις	6	4,3
Οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν	7	5,0
Βοήθεια στο σπίτι	1	,7
Εντευκτήριο	15	10,7
Επικοινωνία με συνομηλίκους	60	42,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

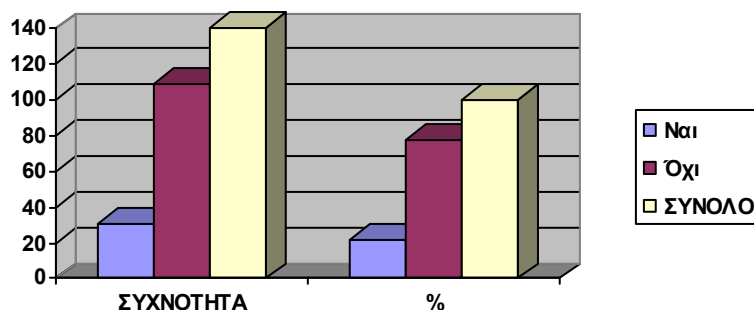
**Πίνακας 46**

Το 42,9% πιστεύει ότι πρωταρχικός τρόπος με τον οποίο τα Κ.Α.Π.Η κρατάνε τα ηλικιωμένα άτομα ενεργά είναι η επικοινωνία με τους συνομηλίκους. Ακολουθεί η επιμόρφωση, διαλέξεις, μελέτη θεμάτων, επισκέψεις σε μουσεία και αρχαιολογικούς χώρους με 19,3%, το εντευκτήριο με 10,7%, η φροντίδα και οδηγίες για Ιατροφαρμακευτική και Νοσοκομειακή περίθαλψη με 9,3%, η κοινωνική εργασία και η οργανωμένη ψυχαγωγία με πούλμαν με 5%, η συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις με 4,3%, η εργοθεραπεία με 2,9% και τέλος το βοήθεια στο σπίτι με 0,7%. (πίνακας 46)

#### Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων εκτός ΚΑΠΗ

Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων εκτός ΚΑΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	31	22,1
Όχι	109	77,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

Πίνακας 47α



Γράφημα 47α

Το 77,9% δηλώνει ότι οι δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται δεν αφορούν αποκλειστικά την παραμονή τους στο Κ.Α.Π.Η, ενώ το 22,1% το αντίθετο. (πίνακας και γράφημα 47α)

#### Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων εκτός ΚΑΠΗ συγκριτικά με φύλο και ηλικία

				Δραστηριότητες εκτός ΚΑΠΗ		ΣΥΝΟΛΟ	
				Ναι	Όχι		
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	17	39	56	
			%	15,7%	36,1%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	48	52		
		%	3,7%	44,4%	48,1%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	21	87	108
				%	19,4%	80,6%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	10	15	25	
			%	31,2%	46,9%	78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	7	7		
		%	,0%	21,9%	21,9%		
	ΣΥΝΟΛΟ			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	10	22	32
				%	31,2%	68,8%	100,0%

Πίνακας 47β

Στην ηλικιακή ομάδα των 65-80 ετών, το σύνολο των ηλικιωμένων ασχολούνται και με δραστηριότητες εκτός ΚΑΠΗ, ενώ στην άλλη ηλικιακή ομάδα το ποσοστό αυτό μειώνεται στο μισό για τις γυναίκες ενώ στους άνδρες αυξάνεται περίπου κατά 10%. (πίνακας 47β)

### Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων πέραν από εκείνων του ΚΑΠΗ

Πραγματοποίηση δραστηριοτήτων πέραν από εκείνων του ΚΑΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ασχολείστε με τις δουλειές του σπιτιού	20	14,3
Πραγματοποιείτε βόλτες/ εκδρομές	17	12,1
Επισκέπτεστε συγγενείς/ φίλους	9	6,4
Παρακολουθείτε κινηματογράφο/ θέατρο	3	2,1
Τίποτα από τα παραπάνω	11	7,9
Συνδυασμός 1 και 2	1	,7
Συνδυασμός 1 και 3	16	11,4
Συνδυασμός 2 και 3	6	4,3
Συνδυασμός 1,2 και 3	29	20,7
Συνδυασμός 1,2,3 και 4	4	2,9
Συνδυασμός 2,3 και 4	1	,7
Πλέξιμο σε συνδυασμό με 1,2,3 και 4	5	3,6
Παρακολούθηση ποδοσφαιρικών αγώνων σε συνδυασμό με 2 και 3	3	2,1
Γεωργικές ασχολίες σε συνδυασμό με 1,2 και 3	8	5,7
Συγγραφή βιβλίων σε συνδυασμό με 2,3 και 4	2	1,4
Αγροτικές και πολιτιστικές δραστηριότητες σε συνδυασμό 1,2 και 3	1	,7
Χειρωνακτική εργασία σε συνδυασμό με 3	2	1,4
Ενασχόληση με εκκλησιαστικά θέματα σε συνδυασμό με 1,2 και 3	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

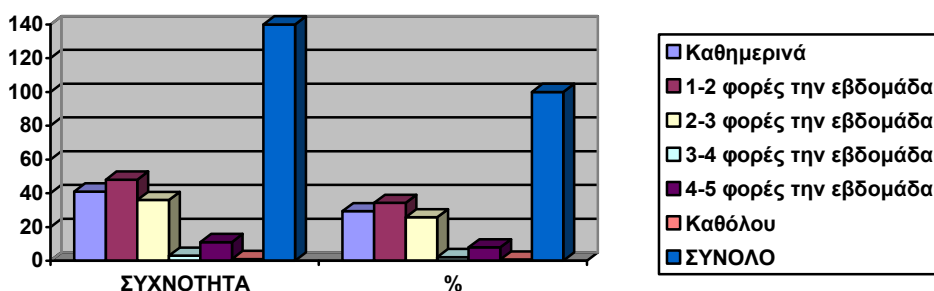
**Πίνακας 48**

Το 20,7% απάντησε ότι ασχολείται με τις δουλειές του σπιτιού, πραγματοποιεί βόλτες/εκδρομές και επισκέπτεται συγγενείς/φίλους. Το 14,3% ασχολείται μόνο με δουλειές του σπιτιού, το 12,1% πραγματοποιεί βόλτες και εκδρομές, το 6,4% επισκέπτεται συγγενείς και φίλους, ενώ το 7,9% τίποτα από τα παραπάνω. (πίνακας 48)

**Συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ**

Συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Καθημερινά	41	29,3
1-2 φορές την εβδομάδα	48	34,3
2-3 φορές την εβδομάδα	36	25,7
3-4 φορές την εβδομάδα	3	2,1
4-5 φορές την εβδομάδα	11	7,9
Καθόλου	1	,7
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 49α**



**Γράφημα 49α**

Το 34,3% των ηλικιωμένων επισκέπτεται το Κ.Α.Π.Η μία με δύο φορές την εβδομάδα, το 29,3% καθημερινά, το 25,7% 2-3 φορές την εβδομάδα, το 7,9% 4-5 φορές, το 2,1% 3-4 φορές και το 0,7% καθόλου. (πίνακας και γράφημα 49α)

**Συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

		Συχνότητα επισκέψεων στο ΚΑΠΗ						ΣΥΝΟΛΟ
		Καθημερινά	1-2 φορές την εβδομάδα	2-3 φορές την εβδομάδα	3-4 φορές την εβδομάδα	4-5 φορές την εβδομάδα	Καθόλου	
Ηλικία 65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	23	5	18	3	7	56
		%	21,3%	4,6%	16,7%	2,8%	6,5%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	34	10	0	1	52
		%	6,5%	31,5%	9,3%	,0%	,9%	48,1%
	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	30	39	28	3	8	108
		%	27,8%	36,1%	25,9%	2,8%	7,4%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	11	2	8		3	25
		%	34,4%	6,2%	25,0%		9,4%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	7	0		0	7
		%	,0%	21,9%	,0%		,0%	21,9%
	ΣΥΝΟΛΟ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	11	9	8		3	32
		%	34,4%	28,1%	25,0%		9,4%	100,0%

**Πίνακας 49β**

Από τις 59 γυναίκες που ρωτήθηκαν οι 41 επισκέπτονται το Κ.Α.Π.Η 1 με 2 φορές την εβδομάδα και μόλις οι 7 το επισκέπτονται καθημερινά. Από τους 81 άνδρες που ρωτήθηκαν οι 34 το επισκέπτονται καθημερινά. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός ότι δεν υπάρχει κανένας ηλικιωμένος 65-80 ετών, που να μην επισκέπτεται καθόλου το ΚΑΠΗ, ενώ στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω υπάρχει ένας άνδρας. Επίσης δεν υπάρχει κανένας ηλικιωμένος 80 ετών και άνω που να επισκέπτεται το ΚΑΠΗ 3-4 φορές την εβδομάδα. (πίνακας 49β)

**Επιθυμητές αλλαγές στη λειτουργία του ΚΑΠΗ**

Επιθυμητές αλλαγές στη λειτουργία του ΚΑΠΗ	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Αύξηση Κοινωνικής Εργασίας	2	1,4
Αλλαγή νοοτροπίας προσωπικού	6	4,3
Αύξηση επιμορφωτικών ομιλιών	23	16,4
Αύξηση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης	27	19,3
Τίποτα από τα παραπάνω	63	45,0
Όλα τα παραπάνω	1	,7
Συνδυασμός 2 και 4	3	2,1
Λειτουργία του ΚΑΠΗ και τα απογεύματα	9	6,4
Μεγαλύτερη αίθουσα εντευκτηρίου	2	1,4
Περισσότερες ψυχαγωγικές δραστηριότητες	2	1,4
Μείωση εισιτηρίων εκδρομών	1	,7
Μεγαλύτερη έμφαση στις ανάγκες των ηλικιωμένων	1	,7
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

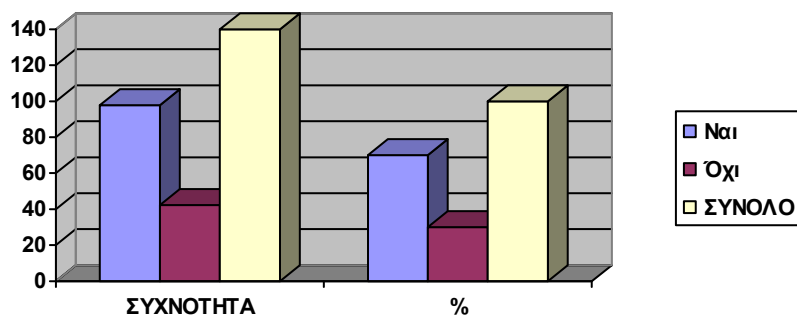
**Πίνακας 50**

Το 45% των ηλικιωμένων δεν θα ήθελε να αλλάξει τίποτα στην λειτουργία των Κ.Α.Π.Η, το 19,3% θα ήθελε αύξηση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, το 16,4% αύξηση επιμορφωτικών ομιλιών, το 4,3% αλλαγή νοοτροπίας προσωπικού και μόλις το 1,4% αύξηση της κοινωνικής εργασίας . Πολλοί ηλικιωμένοι μας ανέφεραν ότι θα ήθελαν να παραμένει το ΚΑΠΗ ανοιχτό και τα απογεύματα. (πίνακας 50)

**Δεδομένη η εξάρτηση των ηλικιωμένων**

Δεδομένη η εξάρτηση των ηλικιωμένων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	98	70,0
Όχι	42	30,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 51**



**Γράφημα 51**

Το 70% των ερωτώμενων θεωρεί δεδομένη την φυσική εξάρτηση των ηλικιωμένων ενώ το 30% όχι (πίνακας και γράφημα 51)

**Τρόποι αντιμετώπισης εξάρτησης**

Τρόποι αντιμετώπισης εξάρτησης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Με την στενή συνεργασία κράτους, τοπικής κοινωνίας και οικογένειας	27	19,3
Με την ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών ανά δήμο ώστε να έχουν οι ηλικιωμένοι ευκολότερα εξωτερική βοήθεια.	24	17,1
Με τη διεύρυνση του εθελοντικού τομέα, και τη δυνατότητα των μη κυβερνητικών οργανώσεων να προσφέρουν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους.	9	6,4
Με την συμβίωση με τα παιδιά τους.	24	17,1
Με την επικέντρωση του κράτους στην εξασφάλιση ελάχιστου ορίου σύνταξης στους ηλικιωμένους.	6	4,3
Συνδυασμός 1 και 2	18	12,9
Συνδυασμός 2 και 4	14	10,0
Συνδυασμός 3 και 4	2	1,4
Συνδυασμός 2 και 3	6	4,3
Συνδυασμός 1 και 5	1	,7
Συνδυασμός 1 και 4	7	5,0
Συνδυασμός 1 και 3	1	,7
Συνδυασμός 1,2 και 4	1	,7
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

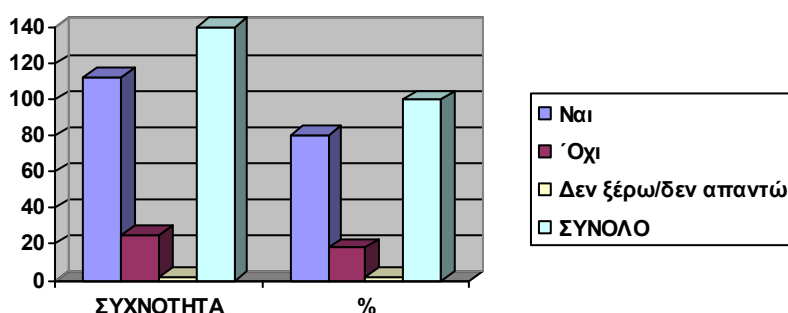
**Πίνακας 52**

Το 19,3% πιστεύει ότι η εξάρτηση μπορεί να αντιμετωπιστεί με την στενή συνεργασία κράτους, τοπικής κοινωνίας και οικογένειας, το 17,1% με την ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών ανά δήμο και με την συμβίωση με τα παιδιά τους, το 6,4% με τη διεύρυνση του εθελοντικού τομέα, και τη δυνατότητα των μη κυβερνητικών οργανώσεων να προσφέρουν υπηρεσίες στους ηλικιωμένους και το 4,3% με την επικέντρωση του κράτους στην εξασφάλιση ελάχιστου ορίου σύνταξης στους ηλικιωμένους. (πίνακας 52)

#### Βελτίωση του ρόλου και της θέσης των ηλικιωμένων

Βελτίωση του ρόλου και της θέσης των ηλικιωμένων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Ναι	113	80,7
Όχι	25	17,9
Δεν ξέρω/δεν απαντώ	2	1,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 53**



**Γράφημα 53**

Το 80,7% θεωρεί ότι η θέση και ο ρόλος των ηλικιωμένων έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια, ενώ το 17,9% όχι και το 1,4% απάντησαν δεν ξέρω/ δεν απαντώ. (πίνακας και γράφημα 53)

#### ΤΙ ΕΠΙΖΗΤΑ Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ

ΤΙ ΕΠΙΖΗΤΑ Ο ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ	ΝΑΙ		ΌΧΙ	
	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Καλύτερη παρεχόμενη ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα	76	54,3	64	45,7
Φθηνότερα φάρμακα	93	66,4	47	33,6
Μεγαλύτερες συντάξεις	104	74,3	36	25,7
Μεγαλύτερη συμμετοχή στα κοινά σε πολιτιστικές δραστηριότητες	38	27,1	102	72,9
Συχνότερη επαφή με συγγενείς και φίλους	61	43,6	79	56,4
Βοήθεια στις μετακινήσεις του για ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και ιατρικής φροντίδας	44	31,4	96	68,6
Καλύτερη ενημέρωση για ζητήματα υγείας, συνταξιοδοτικά	54	38,6	86	61,4
Βοήθεια στη προμήθεια βασικών καταναλωτικών ειδών	44	31,4	96	68,6

**Πίνακας 54**

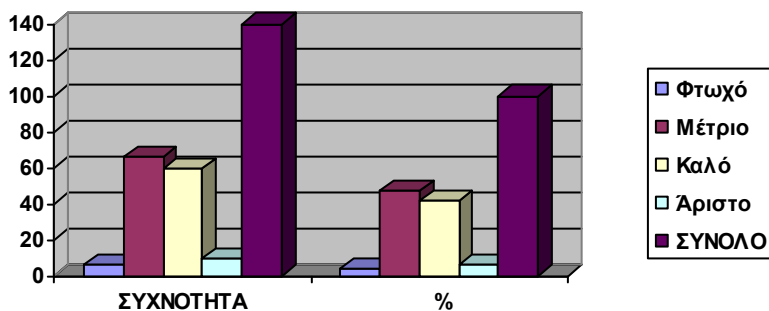
Το 74,3% πιστεύει ότι ένας ηλικιωμένος επιζητά στην καθημερινότητά του μεγαλύτερες συντάξεις, το 66,4% φθηνότερα φάρμακα, το 54,3% καλύτερη παρεχόμενη ιατρική/νοσηλευτική φροντίδα, το 43,6% συχνότερη επαφή με συγγενείς και φίλους, το 38,6% καλύτερη ενημέρωση για ζητήματα υγείας, συνταξιοδοτικά, το 31,4% βοήθεια στις μετακινήσεις του για ευκολότερη πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και ιατρικής φροντίδας και βοήθεια στη προμήθεια βασικών καταναλωτικών ειδών, ενώ μόλις το 27,1% μεγαλύτερη συμμετοχή στα κοινά και σε πολιτιστικές δραστηριότητες. (πίνακας 54)



### Επίπεδο Φυσικής Υγείας

Επίπεδο Φυσικής Υγείας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	6	4,3
Μέτριο	66	47,1
Καλό	59	42,1
Άριστο	9	6,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 55α**



**Γράφημα 55α**

Το 47,1% αξιολογούν ως μέτριο το επίπεδο της φυσικής τους υγείας, το 42,1% ως καλό, το 6,4% ως άριστο και το 4,3% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 55α)

### Επίπεδο Φυσικής Υγείας συγκριτικά με φύλο και ηλικία

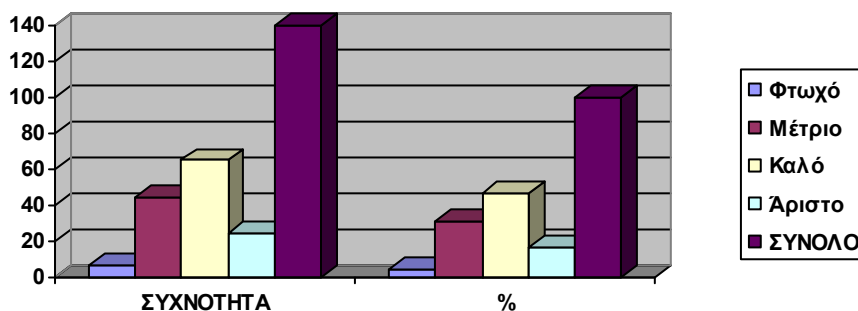
Ηλικία			Επίπεδο Φυσικής Υγείας				ΣΥΝΟΛΟ
			Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	14	32	6	56
		%	3,7%	13,0%	29,6%	5,6%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	30	17	3	52
		%	1,9%	27,8%	15,7%	2,8%	48,1%
ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	44	49	9	108
		%	5,6%	40,7%	45,4%	8,3%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		17	8		25
		%		53,1%	25,0%		78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		5	2		7
		%		15,6%	6,2%		21,9%
ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		22	10		32
		%		68,8%	31,2%		100,0%

**Πίνακας 55β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο φυσικής υγείας του ως φτωχό ή άριστο, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο της φυσικής τους υγείας μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο φυσικής υγείας από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 55β)

**Επίπεδο Ενέργειας**

Επίπεδο Ενέργειας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	7	5,0
Μέτριο	44	31,4
Καλό	65	46,4
Άριστο	24	17,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 56α****Γράφημα 56α**

Το 46,4% αξιολογούν το επίπεδο της ενέργειάς τους ως καλό, το 31,4% ως μέτριο, το 17,1% ως άριστο και το 5% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 56α)

**Επίπεδο Ενέργειας συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία				Επίπεδο Ενέργειας				ΣΥΝΟΛΟ
				Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	6	30	15	56	
		%	4,6%	5,6%	27,8%	13,9%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	20	24	8	52	
		%	,0%	18,5%	22,2%	7,4%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	26	54	23	108
			%	4,6%	24,1%	50,0%	21,3%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	13	9	1	25	
		%	6,2%	40,6%	28,1%	3,1%	78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	5	2	0	7	
		%	,0%	15,6%	6,2%	,0%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	18	11	1	32
			%	6,2%	56,2%	34,4%	3,1%	100,0%

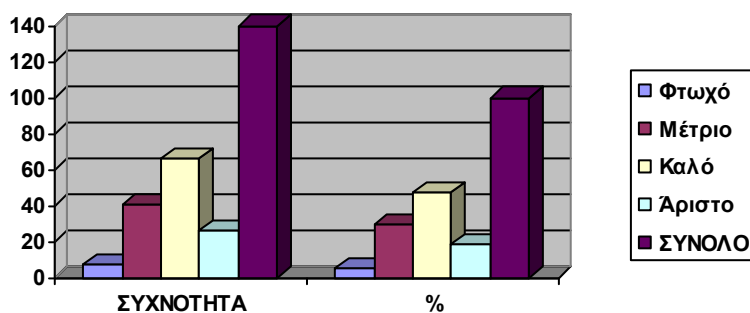
**Πίνακας 56β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω ένας ηλικιωμένος περιγράφει το επίπεδο ενέργειας του ως άριστο και δύο ως φτωχό (και οι 3 άνδρες), ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο της ενέργειας μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ενέργειας από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 56β)

### Επίπεδο Διάθεσης

Επίπεδο Διάθεσης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	7	5,0
Μέτριο	41	29,3
Καλό	66	47,1
Άριστο	26	18,6
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 57α**



**Γράφημα 57α**

Το 47,1% αξιολογεί την διάθεσή τους ως καλή, το 29,3% ως μέτρια, το 18,6% ως άριστη και το 5% φτωχή. (πίνακας και γράφημα 57α)

### Επίπεδο Διάθεσης συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία				Επίπεδο Διάθεσης				
				Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	ΣΥΝΟΛΟ
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	9	26	18	56	
		%	2,8%	8,3%	24,1%	16,7%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	21	24	5	52	
		%	1,9%	19,4%	22,2%	4,6%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	30	50	23	108
			%	4,6%	27,8%	46,3%	21,3%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	9	12	3	25	
		%	3,1%	28,1%	37,5%	9,4%	78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	2	4	0	7	
		%	3,1%	6,2%	12,5%	,0%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	11	16	3	32
			%	6,2%	34,4%	50,0%	9,4%	100,0%

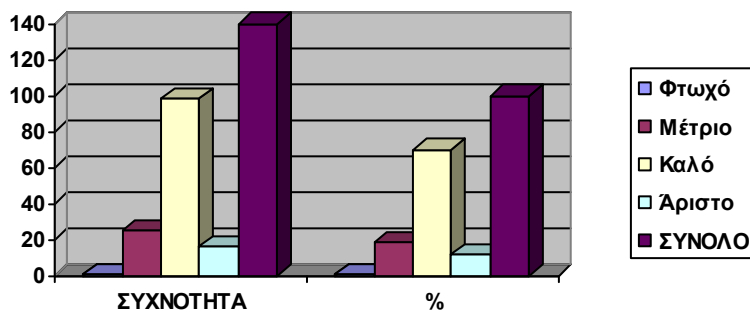
**Πίνακας 57β**

Και οι άνδρες και οι γυναίκες ηλικίας 80 ετών και άνω, θεωρούν μέτριο ή καλό το επίπεδο διάθεσης τους, σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο και οι άνδρες και οι γυναίκες φαίνεται να έχουν περίπου το ίδιο επίπεδο διάθεσης. (πίνακας 57β)

### Επίπεδο Συνθηκών Ζωής

Επίπεδο Συνθηκών Ζωής	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	1	,7
Μέτριο	25	17,9
Καλό	98	70,0
Άριστο	16	11,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 58α**



**Γράφημα 58α**

Το 70% αξιολογεί τις συνθήκες ζωής του ως καλές, το 17,9% ως μέτριες, το 11,4% ως άριστες και το 0,7% ως φτωχές. (πίνακας και γράφημα 58α)

### Επίπεδο Συνθηκών Ζωής συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία			Επίπεδο Συνθηκών Ζωής				ΣΥΝΟΛΟ	
			Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο		
65-80 ετών	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	10	38	7	56	
		%	,9%	9,3%	35,2%	6,5%	51,9%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	10	33	9	52	
		%	,0%	9,3%	30,6%	8,3%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	20	71	16	108
			%	,9%	18,5%	65,7%	14,8%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		4	21		25	
		%		12,5%	65,6%		78,1%	
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		1	6		7	
		%		3,1%	18,8%		21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		5	27		32
			%		15,6%	84,4%		100,0%

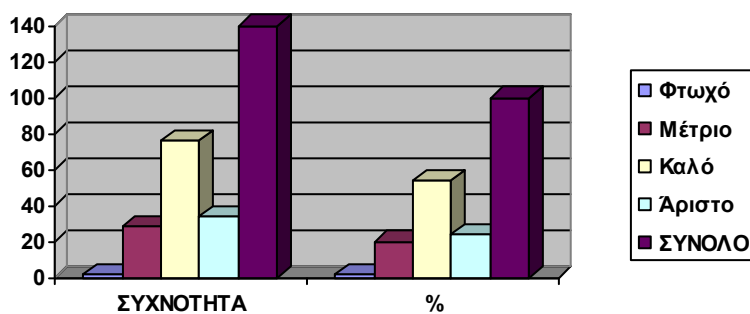
**Πίνακας 58β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο συνθηκών ζωής του ως φτωχό ή άριστο, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο συνθηκών ζωής αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο συνθηκών ζωής από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 58β)

### Επίπεδο Μνήμης

Επίπεδο Μνήμης	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	2	1,4
Μέτριο	28	20,0
Καλό	76	54,3
Άριστο	34	24,3
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 59α**



**Γράφημα 59α**

Το 54,3% αξιολογεί το επίπεδο της μνήμης του ως καλό, το 24,3% ως άριστο, το 20% ως μέτριο και το 1,4% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 59α)

### Επίπεδο Μνήμης συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία				Επίπεδο Μνήμης				ΣΥΝΟΛΟ
				Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	9	33	14	56
			%	,0%	8,3%	30,6%	13,0%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	10	27	13	52	
		%	1,9%	9,3%	25,0%	12,0%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	19	60	27	108
			%	1,9%	17,6%	55,6%	25,0%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		5	15	5	25
			%		15,6%	46,9%	15,6%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		4	1	2	7	
		%		12,5%	3,1%	6,2%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		9	16	7	32
			%		28,1%	50,0%	21,9%	100,0%

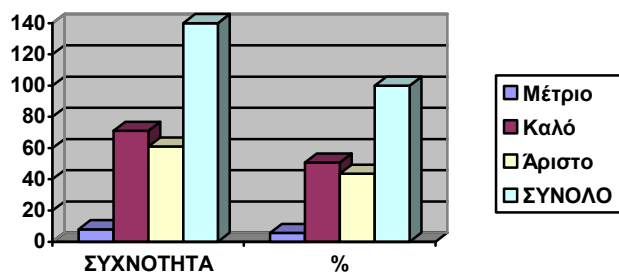
**Πίνακας 59β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο μνήμης του ως φτωχό, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο μνήμης μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο μνήμης από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 58β)

### Επίπεδο οικογένειας

Επίπεδο οικογένειας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μέτριο	8	5,7
Καλό	71	50,7
Άριστο	61	43,6
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 60α**



**Γράφημα 60α**

Το 50,7% αξιολογεί το επίπεδο της οικογένειάς του ως καλό, το 43,6% ως άριστο και το 5,7% ως μέτριο. (πίνακας και γράφημα 60α)

### Επίπεδο οικογένειας συγκριτικά με φύλο και ηλικία

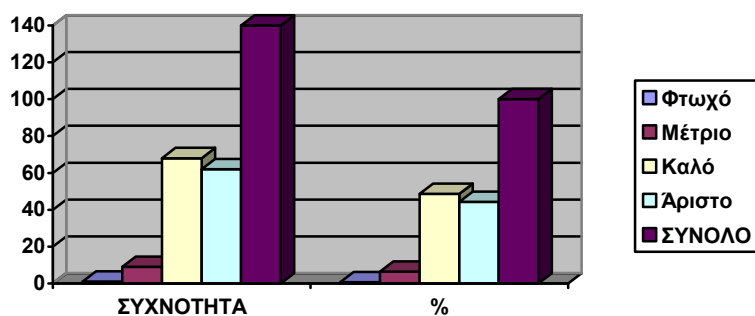
Ηλικία			Επίπεδο Οικογένειας			ΣΥΝΟΛΟ	
			Μέτριο	Καλό	Άριστο		
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	27	25	56
			%	3,7%	25,0%	23,1%	51,9%
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	23	25	52
			%	3,7%	21,3%	23,1%	48,1%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	8	50	50	108
			%	7,4%	46,3%	46,3%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		17	8	25
			%		53,1%	25,0%	78,1%
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		4	3	7
			%		12,5%	9,4%	21,9%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		21	11	32
			%		65,6%	34,4%	100,0%

**Πίνακας 60β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο οικογένειας του ως μέτριο. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο οικογένειας αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ μειώνεται το ποσοστό που το θεωρεί άριστο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο οικογένειας από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 60β)

**Επίπεδο Γάμου**

Επίπεδο Γάμου	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	1	,7
Μέτριο	9	6,4
Καλό	68	48,6
Άριστο	62	44,3
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 61α****Γράφημα 61α**

Το 48,6% αξιολογεί το γάμο του ως καλό, το 44,3% ως άριστο, το 6,7% ως μέτριο και το 0,7% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 61α)

**Επίπεδο Γάμου συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία			Επίπεδο Γάμου				ΣΥΝΟΛΟ	
			Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο		
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	3	26	26	56
			%	,9%	2,8%	24,1%	24,1%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	5	20	27	52	
		%	,0%	4,6%	18,5%	25,0%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	8	46	53	108
			%	,9%	7,4%	42,6%	49,1%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		1	16	8	25
			%		3,1%	50,0%	25,0%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		0	6	1	7	
		%		,0%	18,8%	3,1%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ		1	22	9	32
			%		3,1%	68,8%	28,1%	100,0%

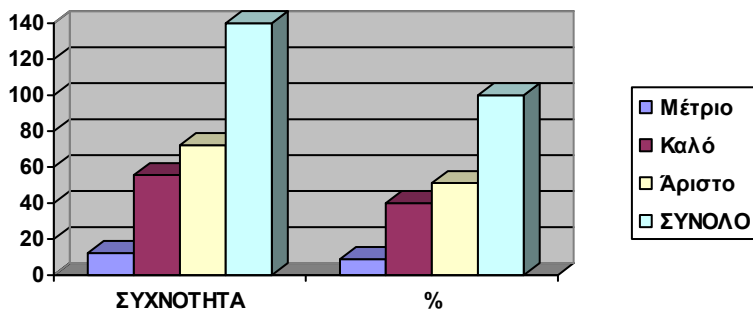
**Πίνακας 61β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο γάμου του ως φτωχό. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο γάμου αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ μειώνεται το ποσοστό που το θεωρεί μέτριο και άριστο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο γάμου από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 61β)

### Επίπεδο Φιλιών

Επίπεδο Φιλιών	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Μέτριο	12	8,6
Καλό	56	40,0
Άριστο	72	51,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 62α**



**Γράφημα 62α**

Το 51,4% αξιολογεί τις φιλίες του σαν άριστες, το 40% ως καλές και το 8,6% ως μέτριες. (πίνακας και γράφημα 62α)

### Επίπεδο Φιλιών συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία			Επίπεδο Φιλιών			ΣΥΝΟΛΟ	
			Μέτριο	Καλό	Άριστο		
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	18	32	56
			%	5,6%	16,7%	29,6%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	22	26	52	
		%	3,7%	20,4%	24,1%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	10	40	58	108
			%	9,3%	37,0%	53,7%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	11	13	25
			%	3,1%	34,4%	40,6%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	5	1	7	
		%	3,1%	15,6%	3,1%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	16	14	32
			%	6,2%	50,0%	43,8%	100,0%

**Πίνακας 62β**

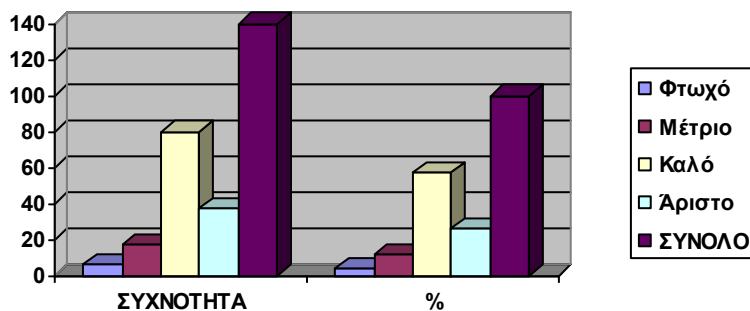
Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο φιλιών αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ μειώνεται το ποσοστό που το θεωρεί μέτριο και άριστο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο φιλιών από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 62β)



### Επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους

Επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	6	4,3
Μέτριο	17	12,1
Καλό	80	57,1
Άριστο	37	26,4
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 63α**



**Γράφημα 63α**

Το 57,1% αξιολογεί το επίπεδο φροντίδας του εαυτού του ως καλό, το 26,4% ως άριστο, το 12,1% ως μέτριο και το 4,3% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 63α)

### Επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία				Επίπεδο Φροντίδας του εαυτού σας				ΣΥΝΟΛΟ
				Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	4	39	12	56
			%	,9%	3,7%	36,1%	11,1%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	4	27	20	52	
		%	,9%	3,7%	25,0%	18,5%	48,1%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	8	66	32	108
			%	1,9%	7,4%	61,1%	29,6%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	6	12	3	25
			%	12,5%	18,8%	37,5%	9,4%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	3	2	2	7	
		%	,0%	9,4%	6,2%	6,2%	21,9%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	9	14	5	32
			%	12,5%	28,1%	43,8%	15,6%	100,0%

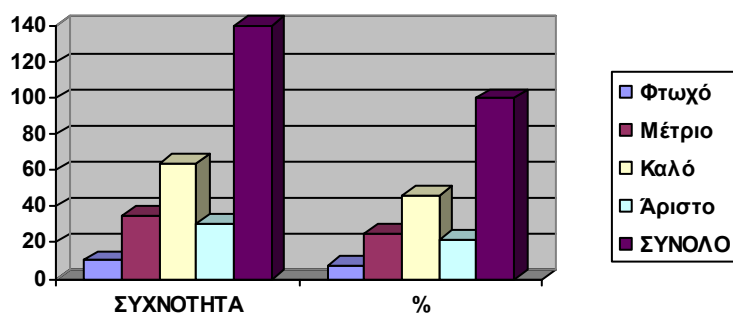
**Πίνακας 63β**

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό ή άριστο το επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 62β)

**Επίπεδο Ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού**

Επίπεδο Ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	10	7,1
Μέτριο	35	25,0
Καλό	64	45,7
Άριστο	31	22,1
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 64α**



**Γράφημα 64α**

Το 45,7% αξιολογεί ως καλό το επίπεδο ικανότητάς του να κάνει δουλειές του σπιτιού, το 25% ως μέτριο, το 22,1% ως άριστο και το 7,1% φτωχό. (πίνακας και γράφημα 64α)

**Επίπεδο Ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία				Επίπεδο Ικανότητας να κάνετε δουλειές του σπιτιού σπιτιού				
				Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	ΣΥΝΟΛΟ
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	15	29	10	56
			%	1,9%	13,9%	26,9%	9,3%	51,9%
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	8	24	19	52
			%	,9%	7,4%	22,2%	17,6%	48,1%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	23	53	29	108
			%	2,8%	21,3%	49,1%	26,9%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	8	10	0	25
			%	21,9%	25,0%	31,2%	,0%	78,1%
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	4	1	2	7
			%	,0%	12,5%	3,1%	6,2%	21,9%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	12	11	2	32
			%	21,9%	37,5%	34,4%	6,2%	100,0%

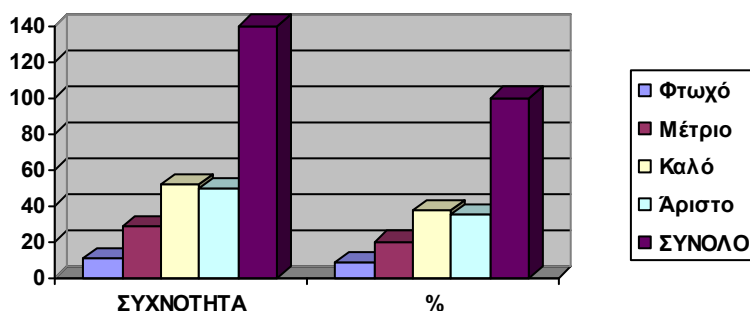
**Πίνακας 64β**

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό ή άριστο το επίπεδο ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 62β)

**Επίπεδο Ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν**

Επίπεδο Ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	11	7,9
Μέτριο	28	20,0
Καλό	52	37,1
Άριστο	49	35,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 65α**



**Γράφημα 65α**

Το 37,1% αξιολογεί σαν καλό το επίπεδο της ικανότητάς του να κάνει πράγματα που το διασκεδάζουν, το 35% ως άριστο, το 20% ως μέτριο και το 7,9% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 65α)

**Επίπεδο Ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία				Επίπεδο Ικανότητας να κάνετε πράγματα που σας				
				Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο	
65-80 ετών	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	7	24	24	56
			%	,9%	6,5%	22,2%	22,2%	51,9%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	10	20	19	52	
		%	2,8%	9,3%	18,5%	17,6%	48,1%	
			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	17	44	43	108
			%	3,7%	15,7%	40,7%	39,8%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Άνδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	5	10	7	3	25
			%	15,6%	31,2%	21,9%	9,4%	78,1%
	Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	1	1	3	7	
		%	6,2%	3,1%	3,1%	9,4%	21,9%	
			ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	11	8	6	32
			%	21,9%	34,4%	25,0%	18,8%	100,0%

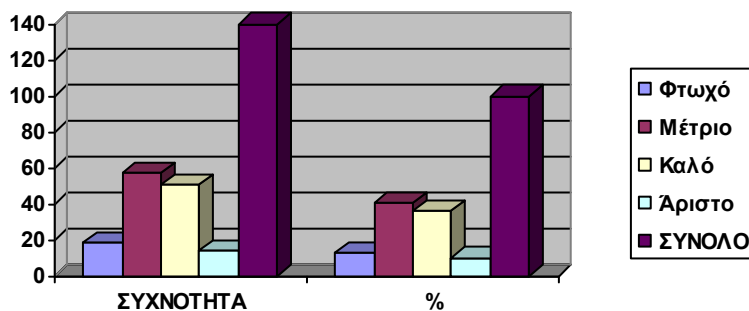
**Πίνακας 65β**

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό ή άριστο το επίπεδο ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 65β)

## Επίπεδο Χρημάτων

Επίπεδο Χρημάτων	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	18	12,9
Μέτριο	57	40,7
Καλό	51	36,4
Άριστο	14	10,0
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 66α**



**Γράφημα 66α**

Το 40,7% αξιολογεί σαν μέτριο το επίπεδο της οικονομικής του ζωής, το 36,4% ως καλό, το 12,9% ως φτωχό και το 10% ως άριστο. (πίνακας και γράφημα 66α)

### Επίπεδο Χρημάτων συγκριτικά με φύλο και ηλικία

Ηλικία			Επίπεδο Χρημάτων				ΣΥΝΟΛΟ	
			Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο		
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	17	27	8	56
			%	3,7%	15,7%	25,0%	7,4%	
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	23	16	6	52
			%	6,5%	21,3%	14,8%	5,6%	
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	11	40	43	14	108
			%	10,2%	37,0%	39,8%	13,0%	
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	6	12	7		25
			%	18,8%	37,5%	21,9%		
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	5	1		7
			%	3,1%	15,6%	3,1%		
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	7	17	8		32
			%	21,9%	53,1%	25,0%		

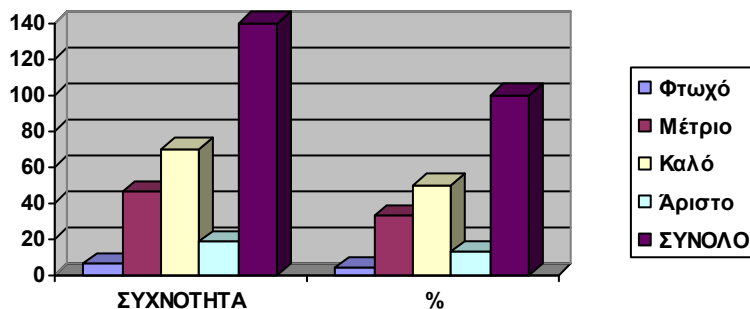
**Πίνακας 66β**

Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο χρημάτων του ως άριστο. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο χρημάτων μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο χρημάτων από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 66β)

**Ζωή ως Σύνολο**

Ζωή ως Σύνολο	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	%
Φτωχό	6	4,3
Μέτριο	46	32,9
Καλό	70	50,0
Άριστο	18	12,9
ΣΥΝΟΛΟ	140	100,0

**Πίνακας 67α**



**Γράφημα 67α**

Το 50% αξιολογεί σαν καλό το επίπεδο της ζωής του ως σύνολο, το 32,9% ως μέτριο, το 12,9% ως άριστο και το 4,3% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 67α)

**Ζωή ως Σύνολο συγκριτικά με φύλο και ηλικία**

Ηλικία			Ζωή ως Σύνολο				ΣΥΝΟΛΟ	
			Φτωχό	Μέτριο	Καλό	Άριστο		
65-80 ετών	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	3	12	29	12	56
			%	2,8%	11,1%	26,9%	11,1%	51,9%
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	1	23	23	5	52
			%	,9%	21,3%	21,3%	4,6%	48,1%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	4	35	52	17	108
			%	3,7%	32,4%	48,1%	15,7%	100,0%
80 ετών και άνω	Φύλο	Ανδρας	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	9	13	1	25
			%	6,2%	28,1%	40,6%	3,1%	78,1%
		Γυναίκα	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	0	2	5	0	7
			%	,0%	6,2%	15,6%	,0%	21,9%
	ΣΥΝΟΛΟ		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	2	11	18	1	32
			%	6,2%	34,4%	56,2%	3,1%	100,0%

**Πίνακας 67β**

Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν άριστο το επίπεδο της ζωής τους ως σύνολο μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό, μέτριο ή καλό. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ζωής ως σύνολο από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 67β)

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στα πλαίσια αυτής της μελέτης προσπαθήσαμε να παρουσιάσουμε τους παράγοντες ενεργοποίησης και αντίθετα αδρανοποίησης των ηλικιωμένων ατόμων. Παράλληλα προσπαθήσαμε να διερευνήσουμε το κατά πόσο τα ηλικιωμένα άτομα μπορούν αλλά και επιθυμούν να είναι ενεργά. Ακόμα αν το ηλικιωμένο άτομο συμμετέχει και σε δραστηριότητες πέρα των δραστηριοτήτων του ΚΑΠΗ και σε πιο βαθμό και με ποιους τρόπους συμβάλλουν τα ΚΑΠΗ στην ενεργοποίηση των ηλικιωμένων.

Το πρώτο μέρος της μελέτης αυτής περιλαμβάνει μια θεωρητική προσέγγιση της τρίτης ηλικίας, των αναγκών της, των προβλημάτων και των δικαιωμάτων- υποχρεώσεων της. Ακόμη τους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητά τους. Τις υπηρεσίες που λειτουργούν σε επίπεδο κοινότητας προς εξυπηρέτηση των αναγκών τόσο των ίδιων όσο και των οικογενειών τους. Τέλος τις σωματικές και ψυχολογικές παθήσεις που έχουν ως εναρκτήρια φάση εμφάνισης την τρίτη ηλικία.

Το δεύτερο μέρος, το εμπειρικό, περιλαμβάνει τα κριτήρια επιλογής ερευνητικού, το σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα, τη μεθοδολογία της έρευνας, την περιγραφή του δείγματος και του τρόπου συλλογής των δεδομένων καθώς επίσης και την μέθοδο της στατιστικής τους ανάλυσης. Παράλληλα αναφέρονται οι δυσκολίες που συναντήσαμε κατά τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας.

Στο δεύτερο μέρος της εργασίας, παρουσιάστηκαν με αναλυτικό τρόπο τα ευρήματα της έρευνας αυτής, από τα οποία προέκυψε ότι οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν αλλά και επιθυμούν να παραμένουν ενεργά άτομα και έτσι απαντάται το πρώτο ερευνητικό ερώτημα. (πίνακες και γραφήματα 32α&32β, 33α&β, 37α&β, 38α&β, 39α&β, 40α&β, 41α&β).

Επιπλέον αποδείχτηκε ότι οι ηλικιωμένοι αξιολογούν την σωματική υγεία ως κύριο παράγοντα που από την μία τους κρατάει ενεργούς και δραστήριους και από την άλλη τους αδρανοποιεί, όταν αυτή δεν βρίσκεται σε καλό επίπεδο. Σε μικρότερο βαθμό θεωρούν ότι τους επηρεάζουν οι παράγοντες συνταξιοδότηση, μορφωτικό επίπεδο και η ψυχική υγεία, παράγοντες που απαντούν στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα. (πίνακες και γραφήματα 36α&β, 43α&β, 44α&β)

Ακόμα τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων συμμετέχει και σε δραστηριότητες πέραν των δραστηριοτήτων του ΚΑΠΗ, σύμφωνα με τα οποία απαντάται και το τρίτο ερευνητικό ερώτημα. (πίνακες και γραφήματα 47α&β, πίνακας 48)

Τέλος η έρευνα απέδειξε ότι η λειτουργία του θεσμού των ΚΑΠΗ ενισχύει τα ηλικιωμένα άτομα ώστε να παραμένουν ενεργά και αυτό επιτυγχάνεται κυρίως με την επικοινωνία των συνομιλήκων, σύμφωνα με τις απαντήσεις που δόθηκαν. Έτσι απαντάται το τέταρτο και τελευταίο ερευνητικό ερώτημα. (πίνακας και γράφημα 45, πίνακας 46)

Συγκεκριμένα:

**1.** Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Instrumental Activities Of Daily Living- I.A.D.L. (Επικουρικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης) είχαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:

### **1<sup>η</sup> δραστηριότητα χρήση τηλεφώνου:**

Το 97,1% (136 άτομα) χρησιμοποιεί το τηλέφωνό μόνο δίχως βοήθειά, το 1,4% (2 άτομα), με μερική βοήθεια και μόνο με βοήθεια το υπόλοιπο 1,4% (2 άτομα). Να σημειωθεί ότι τα 4 αυτά άτομα ανήκουν στην τέταρτη ηλικία. (πίνακας και γράφημα 12)

### **2<sup>η</sup> δραστηριότητα μετακίνηση εκτός οικίας:**

Το 94,3% (132 άτομα) είναι σε θέση να μετακινηθούν εκτός οικίας μόνοι δίχως βοήθεια, το 4,3% (6 άτομα) με μερική βοήθεια και το 1,4% (2 άτομα) μόνο με βοήθεια. Αυτά τα 2 άτομα ανήκουν στην τέταρτη ηλικία και είναι άνδρες. (πίνακας και γράφημα 13)

### **3η δραστηριότητα αγορά προϊόντων:**

Το 87,9% (123 άτομα) πραγματοποιεί αγορές προϊόντων μόνο δίχως βοήθεια, το 5,7% (8 άτομα) με μερική βοήθεια και το 6,4% (9 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 14)

### **4<sup>η</sup> δραστηριότητα προετοιμασία φαγητού:**

Το 89,3% (125 άτομα) προετοιμάζει το φαγητό μόνο δίχως βοήθεια, το 8,6% (12 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 15)

### **5<sup>η</sup> δραστηριότητα νοικοκυριό:**

Το 87,9% (123 άτομα) ασχολείται με το νοικοκυριό δίχως βοήθεια, το 10% (14 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα, άνδρες τέταρτης ηλικίας) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 16)

### **6<sup>η</sup> δραστηριότητα λήψη φαρμάκων:**

Το 93,6% (131 άτομα) λαμβάνουν την φαρμακευτική τους αγωγή μόνοι δίχως βοήθεια, το 4,3% (6 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα άνδρες) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 17)

### **7<sup>η</sup> δραστηριότητα διαχείριση εισοδήματος:**

Το 91,4% (128 άτομα) διαχειρίζεται το εισόδημα του μόνο δίχως βοήθεια, το 7,1% (10 άτομα) με μερική βοήθεια και το 1,4% (2 άτομα άνδρες τρίτης ηλικίας) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 18)

Συνοπτικά για τις επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης το 91,6% μπορεί να τις εκτελέσει χωρίς βοήθεια, έτσι γίνεται φανερό η αυτονομία των ηλικιωμένων. Οι άντρες ηλικίας 65-80 ετών φαίνεται να έχουν μικρότερο βαθμό αυτονομίας από τους άνδρες 80 ετών και άνω. Αντίθετα οι γυναίκες 65-80 ετών έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας από τις γυναίκες 80 ετών και άνω. Συγκρίνοντας τα δύο φύλα οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας από τις γυναίκες. (πίνακας και γράφημα 19α και 19β)

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο Activities Of Daily Living- A.D.L. (Βασικές Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης) είχαμε τα ακόλουθα αποτελέσματά:

### **1<sup>η</sup> δραστηριότητα λήψη τροφής:**

Το σύνολο των ηλικιωμένων λαμβάνει την τροφή μόνο του δίχως βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 20)

### **2<sup>η</sup> δραστηριότητα χρήση τουαλέτας:**

Το 98,6% (138 άτομα) χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνο δίχως βοήθεια, ενώ μόλις το 1,4% (2 άτομα) μόνο με βοήθεια. Αυτά τα δύο άτομα είναι άνδρες τέταρτης ηλικίας. (πίνακας και γράφημα 21)

### **3<sup>η</sup> δραστηριότητα δυνατότητα μπάνιου:**

Το 94,3% (132 άτομα) έχει την ικανότητα να κάνει μπάνιο μόνο δίχως βοήθεια, το 3,6% (5 άτομα) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα, 2 άνδρες και 1 γυναίκα τέταρτης ηλικίας) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 22)

### **4<sup>η</sup> δραστηριότητα ντύσιμο:**

Το 97,1% (136 άτομα) ντύνεται μόνο του δίχως βοήθεια, το 2,1% (3 άτομα) με μερική βοήθεια και το 0,7% (1 άτομο άνδρας τέταρτης ηλικίας) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 23)

Συνοπτικά για τις βασικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης το 97,5% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, έτσι γίνεται φανερό η αυτονομία των ηλικιωμένων. Οι άντρες ηλικίας 65-80 ετών φαίνεται να έχουν μικρότερο βαθμό αυτονομίας από τους άνδρες 80 ετών και άνω. Αντίθετα οι γυναίκες 65-80 ετών έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας (το σύνολο των γυναικών τρίτης ηλικίας τις εκτελεί χωρίς βοήθεια), από τις γυναίκες 80 ετών και άνω. Συγκρίνοντας τα δύο φύλα οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας από τις γυναίκες. (πίνακας και γράφημα 24α και 24β)

Σύμφωνα με τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες που προσθέσαμε εμείς είχαμε τα ακόλουθα αποτελέσματα:

### **1<sup>η</sup> δραστηριότητα πραγματοποίηση περιπάτων/ εκδρομών:**

Το 92,1% (129 άτομα) πραγματοποιεί περιπάτους και εκδρομές μόνο δίχως βοήθεια και το 7,9% (11 άτομα, 5 άνδρες και 6 γυναίκες) με μερική βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 25)

### **2<sup>η</sup> δραστηριότητα επισκέψεις σε συγγενείς/ φίλους:**

Το 90% (126 άτομα) επισκέπτεται συγγενείς και φίλους μόνο δίχως βοήθεια, το 6,4% (9 άτομα, 4 άνδρες και 5 γυναίκες) με μερική βοήθεια και το 3,6% (5 άτομα, 3 άνδρες και 2 γυναίκες) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 26)

### **3<sup>η</sup> δραστηριότητα παρακολούθηση πολιτιστικών δραστηριοτήτων:**

Το 92,9% (130 άτομα) παρακολουθεί πολιτιστικές δραστηριότητες μόνο δίχως βοήθεια, το 4,3% (6 άτομα, 3 άνδρες και 3 γυναίκες) με μερική βοήθεια και το 2,9% (4 άτομα, 2 άνδρες και 2 γυναίκες) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 27)

### **4<sup>η</sup> δραστηριότητα παρακολούθηση κινηματογραφικών ταινιών/ θεάτρου:**

Το 91,4% (128 άτομα) παρακολουθούν κινηματογράφο και θέατρο μόνο δίχως βοήθεια, το 6,4% (9 άτομα 5 άνδρες και 4 γυναίκες) με μερική βοήθεια και το 2,1% (3 άτομα 2 άνδρες και 1 γυναίκα) μόνο με βοήθεια. (πίνακας και γράφημα 28)

Όσο αφορά τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες το 91,6% τις εκτελεί χωρίς βοήθεια, έτσι γίνεται φανερό για ακόμα μια φορά, η αυτονομία των ηλικιωμένων. Οι άντρες ηλικίας 65-80 ετών φαίνεται να έχουν μικρότερο βαθμό αυτονομίας από τους άνδρες 80 ετών και άνω. Αντίθετα οι γυναίκες 65-80 ετών έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας από τις γυναίκες 80 ετών και άνω. Συγκρίνοντας τα δύο φύλα οι άνδρες έχουν μεγαλύτερο βαθμό αυτονομίας από τις γυναίκες. (πίνακας και γράφημα 29α και 29β)

Συνοψίζοντας και συγκρίνοντας τις τρεις κατηγορίες δραστηριοτήτων, συμπεραίνουμε ότι οι ηλικιωμένοι μπορούν και επιθυμούν να παραμένουν ενεργά άτομα, έτσι γίνεται πιο ξεκάθαρη η απάντηση στο πρώτο ερευνητικό ερώτημα.

2. Αναλύοντας τις υπόλοιπες ερωτήσεις οδηγηθήκαμε στα εξής συμπεράσματα:

- ο Στην ερώτηση πόσους συγγενείς/φίλους έχουν, με τους οποίους επικοινωνούν και συζητάνε θέματα που τους αφορούν, το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων έχει τουλάχιστον 6 συγγενείς/φίλους. (πίνακας και γράφημα 30)

- ο Στην ερώτηση πόσο συχνά έρχονται σε επαφή μαζί τους, ένας στους δύο ηλικιωμένους έρχεται σε επαφή με φίλους και συγγενείς μερικές φορές την εβδομάδα. (πίνακας και γράφημα 31)

- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων στην ερώτηση αν παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του όπως και στο παρελθόν, απάντησε πως ναι. Το μεγάλο αυτό ποσοστό (72,1%) καταδεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι εξακολουθούν, παρά το πέρασ της ηλικίας τους, να αποφασίζουν οι ίδιοι για την ζωή τους, γεγονός που καταρρίπτει την ισχύουσα αντίληψη ότι τα γηρατειά σημαίνουν για πολλούς απόσυρση από την ζωή. (πίνακας και γράφημα 32α) Συγκρίνοντας με φύλο και ηλικία, και στις δύο ηλικιακές ομάδες παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών υποστηρίζει ότι παίρνει με την ίδια ευκολία αποφάσεις για τη ζωή του, ενώ για τις γυναίκες το ποσοστό αυτό πέφτει. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας του ότι οι ίδιες θεωρούν τον εαυτό τους πιο αδύναμο και έτσι αφήνουν τους άνδρες να αποφασίζουν. (πίνακας 32β)

- ο Στην ερώτηση σε ποιο βαθμό, θεωρούν ότι έχουν καταφέρει, να κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο και απασχολημένο, μετά την παύση από την εργασιακή τους απασχόληση, περίπου ο ένας στους δύο ηλικιωμένους θεωρεί ότι το έχει καταφέρει τόσο σε ικανοποιητικό βαθμό, γεγονός που αποδεικνύει την θέληση των ηλικιωμένων να παραμένουν ενεργά άτομα του κοινωνικού συνόλου. Συγκρίνοντας φύλο και ηλικία παρατηρούμε ότι οι άνδρες κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο και απασχολημένο περισσότερο από τις γυναίκες και στις δύο ηλικιακές ομάδες. (πίνακας και γράφημα 33α και 33β)

- ο Οι δραστηριότητες που πραγματοποιούσαν πριν την παύση από την εργασιακή τους απασχόληση ήταν σε μεγαλύτερο ποσοστό κοινωνικής φύσεως, ενώ εξακολουθεί μέχρι και σήμερα, σε ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό, να πραγματοποιεί δραστηριότητες κοινωνικής φύσεως λόγω του περισσότερου ελεύθερου χρόνου των ηλικιωμένων. (πίνακας και γράφημα 34α, 34β και 35α, 35β)

- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων θεωρεί ότι ο πρωταρχικός λόγος που το περιορίζει από την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων και άρα το αδρανοποιεί είναι η σωματική καταβολή, ενώ η ψυχική κούραση και η έλλειψη ενδιαφερόντων έρχονται σε δεύτερη θέση. (πίνακας και γράφημα 36α) Συγκριτικά με φύλο και ηλικία, και για τις δύο ηλικιακές ομάδες, ο πρωταρχικός λόγος που θεωρούν ότι τους περιορίζει από την πραγματοποίηση δραστηριοτήτων είναι η σωματική καταβολή. Αξιοσημείωτο είναι ότι στην ηλικία 80 ετών και άνω το ποσοστό αυξάνεται κατά πολύ και παράλληλα η ψυχική κούραση και η έλλειψη ενδιαφερόντων σημειώνουν σημαντική μείωση. (πίνακας 36β) Η άποψη αυτή των ηλικιωμένων συνάδει με την θεωρία ( κεφάλαιο 2<sup>ο</sup>, υποενότητα 2.1.2 σελ. 12) και απαντάει στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την λειτουργικότητα των ηλικιωμένων.

- ο Στο ερώτημα αν οι ηλικιωμένοι θεωρούν ότι μπορούν να παίξουν σημαντικό και χρήσιμο ρόλο στην κοινωνική ζωή, το μεγαλύτερο ποσοστό απάντησε σε μέτριο βαθμό. Η απάντησή τους αυτή δεν δίνει ένα ξεκάθαρο συμπέρασμα αναφορικά με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα εξαιτίας του ότι ο μέτριος με τον ικανοποιητικό βαθμό παρουσιάζουν μεγάλη απόκλιση και δεν επαληθεύει την απάντηση στην ερώτηση σε ποιο βαθμό, θεωρούν ότι έχουν καταφέρει, να κρατάνε τον εαυτό τους δραστήριο και απασχολημένο, μετά την παύση από την εργασιακή τους απασχόληση. (πίνακας και γράφημα 37α) Ίσως η απάντησή τους έχει να κάνει με το πως οι ίδιοι έχουν απαίτηση από τον εαυτό τους πως αναμετρούν τις δυνάμεις τους άρα ίσως θέλει περαιτέρω διερεύνηση.

- ο Στις τρεις επόμενες ερωτήσεις η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων, στους τομείς ικανοτήτων φροντίδας εαυτού, να κάνουν δουλειές του σπιτιού και να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν απάντησε ότι είναι αρκετά ικανό, επαληθεύοντας το πρώτο ερευνητικό ερώτημα. Οι ικανότητες αυτές μειώνονται στην τέταρτη ηλικία και ιδιαίτερα στις γυναίκες. Αποτέλεσμα που έρχεται σε αντίθεση με τα ευρήματα των απαντήσεων που δόθηκαν αναφορικά με τις δραστηριότητες, όπου οι άνδρες αυτής της ηλικιακής ομάδας παρουσίαζαν μεγαλύτερα ποσοστά. (πίνακες και γραφήματα 38, 39, 40 α και β)



- ο Στην ερώτηση αν θα εκμεταλλεύονταν ευκαιρία για απασχόληση ο ένας στους δύο ηλικιωμένους απάντησε θετικά και αυτό φανερώνει ότι παραμένουν ενεργά άτομα και επίσης επαληθεύει το πρώτο ερευνητικό ερώτημα. (πίνακας και γράφημα 41α) Συγκριτικά με φύλο και ηλικία, οι άνδρες και στις δύο ηλικιακές ομάδες θα εκμεταλλεύονταν ευκαιρία για απασχόληση, σε αντίθεση με τις γυναίκες. (πίνακας 40β)
- ο Στην ερώτηση σε ποιους τομείς θεωρούν ότι θα μπορούσαν να προσφέρουν απάντησαν σε μεγαλύτερο ποσοστό στον τομέα της στήριξης- φύλαξης παιδιών. (πίνακας 42) Εξαιτίας του ότι ένα μεγάλο ποσοστό δεν θέλει να προσφέρει γενικά σε κάποιον τομέα, το ερώτημα χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση.
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων απάντησε ότι θα ήταν πιο ενεργό άτομο αν η σωματική του υγεία θα ήταν καλύτερη (πίνακας και γράφημα 43α) Συγκριτικά με φύλο και ηλικία, στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω, σημειώνεται αύξηση στο ποσοστό του παράγοντα της σωματικής υγείας για τους άνδρες και μείωση για τις γυναίκες σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 65- 80 ετών. ( πίνακας 43β) Η άποψη αυτή των ηλικιωμένων απαντά στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα και επαληθεύει την άποψη ότι καλή σωματική υγεία συνεπάγεται και ενεργά ηλικιωμένα άτομα και αντιστρόφως.
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων θεωρεί ο κύριος παράγοντας που επηρεάζει την λειτουργικότητά του είναι η σωματική του υγεία. Μια ακόμη φορά αποδεικνύεται ότι η σωματική υγεία είναι ο κύριος παράγοντας που τους κρατάει ενεργούς και απαντάτε το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα. (πίνακας και γράφημα 44α) Στην ηλικιακή ομάδα 80 ετών και άνω σημειώνεται αύξηση στο ποσοστό του παράγοντα της σωματικής υγείας για τους άνδρες και μείωση για τις γυναίκες σε σχέση με την ηλικιακή ομάδα 65- 80 ετών. ( πίνακας 44β)
- ο Σχεδόν το σύνολο των ηλικιωμένων θεωρεί ότι τα Κ.Α.Π.Η ενισχύουν τα ηλικιωμένα άτομα ώστε να παραμένουν ενεργά. (πίνακας και γράφημα 45) Στην ερώτηση αυτή απαντάται ξεκάθαρα το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με την συμβολή των ΚΑΠΗ στην ενεργοποίηση των ηλικιωμένων. Επίσης συμφωνεί με το κομμάτι της θεωρίας όπου αναφέρεται ότι ένας από τους σκοπούς του ΚΑΠΗ είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμένουν ισότιμα και ενεργά μέλη του κοινωνικού συνόλου.
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων πιστεύει ότι πρωταρχικός τρόπος με τον οποίο τα Κ.Α.Π.Η κρατάνε τα ηλικιωμένα άτομα ενεργά είναι η επικοινωνία με τους συνομηλίκους. (πίνακας 46) Αυτό φανερώνει ότι τα ηλικιωμένα άτομα θεωρούν τους τρόπους ενεργοποίησης του ΚΑΠΗ σημαντικούς και απαντά στο τέταρτο ερευνητικό ερώτημα σχετικά με τους τρόπους με τους οποίους επιτυγχάνεται η ενεργοποίηση μέσω των ΚΑΠΗ.
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων δηλώνει ότι οι δραστηριότητες με τις οποίες ασχολείται δεν αφορούν αποκλειστικά την παραμονή τους στο Κ.Α.Π.Η . (πίνακας και γράφημα 47α) Τα συμπεράσματα αυτά απαντούν στο τρίτο ερευνητικό ερώτημα το οποίο διερευνάει αν οι ηλικιωμένοι συμμετέχουν σε δραστηριότητες πέραν των δραστηριοτήτων των ΚΑΠΗ.
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό στην ερώτηση στο ποιες ασχολίες πραγματοποιούν και εκτός ΚΑΠΗ απάντησε ότι ασχολείται παράλληλα με τις δουλειές του σπιτιού, πραγματοποιεί βόλτες/εκδρομές και επισκέπτεται συγγενείς/φίλους. (πίνακας 48) Επίσης εδώ απαντάται το τρίτο ερευνητικό ερώτημα.
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων επισκέπτεται το Κ.Α.Π.Η μία με δύο φορές την εβδομάδα. Από τις 59 γυναίκες που ρωτήθηκαν οι 41 επισκέπτονται το Κ.Α.Π.Η 1 με 2 φορές την εβδομάδα και μόλις οι 7 το επισκέπτονται καθημερινά. Από τους 81 άνδρες που ρωτήθηκαν οι 34 το επισκέπτονται καθημερινά. (πίνακας και γράφημα 49α και 49β )
- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων δεν θα ήθελε να αλλάξει τίποτα στην λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. Πολλοί ηλικιωμένοι μας ανέφεραν ότι θα ήθελαν να παραμένει το ΚΑΠΗ ανοιχτό και τα απογεύματα. (πίνακας 50)
- ο Ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των ερωτώμενων θεωρεί δεδομένη την φυσική εξάρτηση των ηλικιωμένων και πιστεύει ότι αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί τόσο με την στενή συνεργασία κράτους, τοπικής κοινωνίας και οικογένειας όσο και με την ανάπτυξη ενός δικτύου υπηρεσιών ανά δήμο. Αυτό έρχεται σε αντίφαση με το επίσης μεγάλο ποσοστό που παραμένει ενεργό. (πίνακας και γράφημα 51,52)
- ο Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτώμενων θεωρεί ότι η θέση και ο ρόλος των ηλικιωμένων έχει βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. (πίνακας και γράφημα 53)

- ο Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων πιστεύει ότι ένας ηλικιωμένος επιζητά στην καθημερινότητά του μεγαλύτερες συντάξεις ενώ το μικρότερο ποσοστό μεγαλύτερη συμμετοχή στα κοινά και σε πολιτιστικές δραστηριότητες. (πίνακας 54)
- 3. Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο UWMC /ADPR/QOL AGING AND DEMENTIA: QUALITY OF LIFE IN AD (Αξιολόγηση της ποιότητας ζωής στη Τρίτη Ηλικία) είχαμε τα ακόλουθα συμπεράσματα:**
  - ο **1<sup>ο</sup> επίπεδο φυσική υγεία:** Το 47,1% αξιολογεί ως μέτριο το επίπεδο της φυσικής του υγείας, το 42,1% ως καλό, το 6,4% ως άριστο και το 4,3% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 55α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο φυσικής υγείας του ως φτωχό ή άριστο, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο της φυσικής τους υγείας μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο φυσικής υγείας από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 55β)
  - ο **2<sup>ο</sup> επίπεδο ενέργεια:** Το 46,4% αξιολογεί το επίπεδο της ενέργειάς του ως καλό, το 31,4% ως μέτριο, το 17,1% ως άριστο και το 5% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 56α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω ένας ηλικιωμένος περιγράφει το επίπεδο ενέργειας του ως άριστο και δύο ως φτωχό (και οι 3 άνδρες), ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο της ενέργειας μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ενέργειας από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 56β)
  - ο **3<sup>ο</sup> επίπεδο διάθεση:** Το 47,1% αξιολογεί την διάθεσή τους ως καλή, το 29,3% ως μέτρια, το 18,6% ως άριστη και το 5% φτωχή. (πίνακας και γράφημα 57α) Και οι άνδρες και οι γυναίκες ηλικίας 80 ετών και άνω, θεωρούν μέτριο ή καλό το επίπεδο διάθεσης τους, σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο και οι άνδρες και οι γυναίκες φαίνεται να έχουν περίπου το ίδιο επίπεδο διάθεσης. (πίνακας 57β)
  - ο **4<sup>ο</sup> επίπεδο συνθήκες ζωής:** Το 70% αξιολογεί τις συνθήκες ζωής του ως καλές, το 17,9% ως μέτριες, το 11,4% ως άριστες και το 0,7% ως φτωχές. (πίνακας και γράφημα 58α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο συνθηκών ζωής του ως φτωχό ή άριστο, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μικρότερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο συνθηκών ζωής αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο συνθηκών ζωής από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 58β)
  - ο **5<sup>ο</sup> επίπεδο μνήμη:** Το 54,3% αξιολογεί το επίπεδο της μνήμης του ως καλό, το 24,3% ως άριστο, το 20% ως μέτριο και το 1,4% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 59α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο μνήμης του ως φτωχό, ενώ και οι άνδρες και οι γυναίκες, το θεωρούν μέτριο σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με την ηλικιακή ομάδα 65-80 ετών. Αντίθετα το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο μνήμης μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο μνήμης από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 58β)
  - ο **6<sup>ο</sup> επίπεδο οικογένεια:** Το 50,7% αξιολογεί το επίπεδο της οικογένειάς του ως καλό, το 43,6% ως άριστο και το 5,7% ως μέτριο. (πίνακας και γράφημα 60α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο οικογένειας του ως μέτριο. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο οικογένειας αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ μειώνεται το ποσοστό που το θεωρεί άριστο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο οικογένειας από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 60β)
  - ο **7<sup>ο</sup> επίπεδο γάμος:** Το 48,6% αξιολογεί το γάμο του ως καλό, το 44,3% ως άριστο, το 6,7% ως μέτριο και το 0,7% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 61α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο γάμου του ως φτωχό. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο γάμου αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ μειώνεται το ποσοστό που το θεωρεί μέτριο και άριστο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο γάμου από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 61β)
  - ο **8<sup>ο</sup> επίπεδο φιλίες:** Το 51,4% αξιολογεί τις φιλίες του σαν άριστες, το 40% ως καλές και το 8,6% ως μέτριες. (πίνακας και γράφημα 62α) Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο φιλιών αυξάνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ μειώνεται το ποσοστό που το θεωρεί μέτριο και άριστο.

Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο φιλιών από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 62β)

○ **9<sup>ο</sup> επίπεδο φροντίδα του εαυτού σας:** Το 57,1% αξιολογεί το επίπεδο φροντίδας του εαυτού του ως καλό, το 26,4% ως άριστο, το 12,1% ως μέτριο και το 4,3% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 63α) Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό ή άριστο το επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο φροντίδας του εαυτού τους από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 62β)

○ **10<sup>ο</sup> επίπεδο ικανότητα να κάνετε δουλειές του σπιτιού:** Το 45,7% αξιολογεί ως καλό το επίπεδο ικανότητάς του να κάνει δουλειές του σπιτιού, το 25% ως μέτριο, το 22,1% ως άριστο και το 7,1% φτωχό. (πίνακας και γράφημα 64α) Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό ή άριστο το επίπεδο ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ικανότητας να κάνουν δουλειές του σπιτιού από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 62β)

○ **11<sup>ο</sup> επίπεδο ικανότητα να κάνετε πράγματα που σας διασκεδάζουν:** Το 37,1% αξιολογεί σαν καλό το επίπεδο της ικανότητάς του να κάνει πράγματα που το διασκεδάζουν, το 35% ως άριστο, το 20% ως μέτριο και το 7,9% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 65α) Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό ή άριστο το επίπεδο ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ικανότητας να κάνουν πράγματα που τους ευχαριστούν από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 65β)

○ **12<sup>ο</sup> επίπεδο χρήματα:** Το 40,7% αξιολογεί σαν μέτριο το επίπεδο της οικονομικής του ζωής, το 36,4% ως καλό, το 12,9% ως φτωχό και το 10% ως άριστο. (πίνακας και γράφημα 66α) Στην ηλικιακή ομάδα των 80 ετών και άνω κανένας ηλικιωμένος δεν περιγράφει το επίπεδο χρημάτων του ως άριστο. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν καλό το επίπεδο χρημάτων μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό ή μέτριο. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο χρημάτων από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 66β)

○ **13<sup>ο</sup> επίπεδο ζωή ως σύνολο:** Το 50% αξιολογεί σαν καλό το επίπεδο της ζωής του ως σύνολο, το 32,9% ως μέτριο, το 12,9% ως άριστο και το 4,3% ως φτωχό. (πίνακας και γράφημα 67α) Το ποσοστό των ηλικιωμένων που θεωρούν άριστο το επίπεδο της ζωής τους ως σύνολο μειώνεται στην ηλικία 80 ετών και άνω, ενώ αυξάνεται το ποσοστό που το θεωρεί φτωχό, μέτριο ή καλό. Λαμβάνοντας υπόψη το φύλο οι άνδρες φαίνεται να έχουν καλύτερο επίπεδο ζωής ως σύνολο από ότι οι γυναίκες. (πίνακας 66β)

Συνοψίζοντας τα επίπεδα αξιολόγησης της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων διαπιστώνουμε πως θεωρούν ότι τα περισσότερα από αυτά βρίσκονται σε καλό επίπεδο, γεγονός που επαληθεύει ότι οι ηλικιωμένοι παραμένουν ενεργά άτομα. Επίσης διαφαίνεται ότι οι άνδρες έχουν καλύτερο επίπεδο ζωής και λειτουργικότητας από τις γυναίκες.

## ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ- ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως έχει αναφερθεί και νωρίτερα, είναι ευαίσθητη η τρίτη ηλικία για τον λόγο ότι βγαίνει από την παραγωγική εργασία. Και μαζί με την έκπτωση των σωματικών ικανοτήτων, αρχίζουν και προβλήματα ψυχικής υγείας, και μια διέξοδος είναι να αποκτήσει κάποια απασχόληση, όπως να διαβάζει, να ασχολείται με τα παιδιά, να τα πηγαίνει στο σχολείο, να κινείται, να παίρνει μέρος στις συζητήσεις, να πηγαίνει στα καφενεία, στα ΚΑΠΗ.

Παράγοντες κλειδιά για να παραμένουν οι ηλικιωμένοι ενεργοί είναι:

- i) Η φυσική και πνευματική δραστηριότητα.
- ii) Η κοινωνική συμμετοχή. Η ελληνική οικογένεια είναι ακόμα πολύ θετική στο να αναλαμβάνει την φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων αλλά χρειάζεται πηγές ενημέρωσης και πληροφόρησης για να υποστηρίξουν την προσπάθεια αυτή ώστε να μάθει πώς να βοηθήσει με τον καλύτερο τρόπο τα ηλικιωμένα άτομα.
- iii) Η λειτουργική ικανότητα, η οποία είναι πολύ σημαντική για τη διατήρηση της ανεξαρτησίας και της καλής ποιότητας ζωής σε όσο το δυνατόν μεγαλύτερη ηλικία. Η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση προβλημάτων λειτουργικότητας μπορεί να οδηγήσει στην άμεση αντιμετώπιση τους, έτσι ώστε να διασφαλιστεί η δυνατότητα των ηλικιωμένων να πραγματοποιούν δραστηριότητες της καθημερινής ζωής και επομένως να ζουν ανεξάρτητα. Η διατήρηση της λειτουργικής ικανότητας σε ικανοποιητικά επίπεδα οδηγεί τα άτομα τρίτης ηλικίας σε ένα ανεξάρτητο και ποιοτικότερο τρόπο διαβίωσης, μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο εμφάνισης παθήσεων. Θεωρείται σημαντικός δείκτης της πιθανής ιδρυματοποίησης και θνησιμότητας καθώς επίσης και της ευεξίας, της κατάλληλης και αποδοτικότερης χρήσης των υπηρεσιών υγείας.

Αντίθετα παράγοντες αδρανοποίησης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας και κατά σειρά αξιολόγησης από τους ηλικιωμένους είναι:

- i) Η ύπαρξη χρόνιων ασθενειών (62,9%), η οποία ενισχύει την υπολειτουργικότητα στα άτομα τρίτης ηλικίας, αφού σε αρκετές περιπτώσεις εξαιτίας αυτών αυξάνεται σημαντικά ο χρόνος εκτέλεσης μιας δραστηριότητας καθημερινής διαβίωσης.
- ii) Η ψυχική κούραση (21,4%)
- iii) Η έλλειψη ενδιαφερόντων (15,7%). (πίνακας και γράφημα 36α)

Στην παρούσα έρευνα, η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς παρουσίασε ιδιαίτερα υψηλά σκορ, κάτι που συμφωνεί με άλλες έρευνες (Reuben et al., 1995) και δείχνει ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας δεν φαίνεται να αντιμετωπίζουν δυσκολίες κατά την εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Η άποψη αυτή επιβεβαιώνεται και στην παρούσα έρευνα, όπου τα ποσοστά εκτέλεσης δίχως κανένα περιορισμό κυρίως των βασικών δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης είναι σαφώς υψηλά.

Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο λειτουργικής αξιολόγησης τα άτομα της νεότερης ηλικιακής κατηγορίας (65-80 ετών) παρουσίασαν πολύ υψηλές τιμές στην εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης (91,6% στις βασικές και 97,5% στις επικουρικές). Για την ηλικιακή αυτή κατηγορία το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε ιδιαίτερα εύκολο, ενώ για τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας 80 και άνω το ερωτηματολόγιο εμφάνισε μεγαλύτερη ευαισθησία στην καταγραφή και αξιολόγηση της λειτουργικής τους ικανότητας.

Αρκετά συχνά τα άτομα τρίτης ηλικίας τείνουν να υποεκτιμούν τις δυνατότητές τους στην εκτέλεση δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης, όταν η αξιολόγηση περιλαμβάνει δοκιμασίες πεδίου ή παρατήρησης της ποιότητας εκτέλεσης των δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας αντιλαμβάνονται τα φυσικά συμπτώματα (πόνος ή ενόχληση) από τις παθήσεις και ασθένειες που τα ταλαιπωρούν ως λειτουργικούς περιορισμούς. Εξάλλου αυτός είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω επεξεργασίας και έρευνας.

Στην παρούσα έρευνα το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν άτομα τρίτης ηλικίας που διαβίωναν στις οικογενειακές τους κατοικίες. Η πλειοψηφία των ατόμων δεν παρουσίασε δυσκολίες κατά την εκτέλεση βασικών και επικουρικών δραστηριοτήτων καθημερινής διαβίωσης.

Οι διαφορές του φύλου όσον αφορά το επίπεδο της λειτουργικής ικανότητας μεταξύ των ατόμων τρίτης ηλικίας είναι φανερές όχι όμως αποσαφηνισμένες. Σύμφωνα με την παρούσα έρευνα οι γυναίκες παρουσιάζουν μειωμένη απόδοση σε σχέση με τους άνδρες τόσο στις καθημερινές όσο και στις επικουρικές δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης σε όλες τις ηλικίες και κυρίως μετά τα 80 έτη. Επιπροσθέτως αναφέρεται ότι οι γυναίκες χρειάζονταν βοήθεια για την εκτέλεση δραστηριοτήτων

καθημερινής διαβίωσης (ΔΚΔ), και πιο συγκεκριμένα οι μεγαλύτερες σε ηλικία γυναίκες χρειάζονταν περισσότερη βοήθεια από ότι οι «νεότερες» γυναίκες τρίτης ηλικίας. Δεν είναι ξεκάθαροι οι λόγοι που κατατάσσουν τις γυναίκες σε χαμηλότερο επίπεδο λειτουργικότητας από αυτό των ανδρών. Μια πιθανή εξήγηση ίσως να είναι ότι οι γυναίκες επειδή έχουν μικρότερη φυσική δύναμη χάνουν πιο εύκολα την φυσική κατάσταση στην οποία στηρίζεται η λειτουργικότητα. Για να υπάρχουν όμως πιο έγκυρα αποτελέσματα το θέμα θα πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω.

Η αξιολόγηση των λειτουργικών ικανοτήτων ατόμων τρίτης ηλικίας, μέσω έγκυρων ερωτηματολογίων και δοκιμασιών, οι οποίες προσομοιάζουν τις δραστηριότητες καθημερινής διαβίωσης, θεωρείται πολύ σημαντική διαδικασία καθώς ανιχνεύονται και αξιολογούνται πιθανοί περιοριστικοί παράγοντες στην ποιότητα της ζωής τους. Οι χρήσιμες αυτές πληροφορίες μπορούν να αποτελέσουν βάση στήριξης για τη δημιουργία ειδικά σχεδιασμένων προγραμμάτων με στόχο τη διατήρηση αν όχι βελτίωση των λειτουργικών ικανοτήτων των ατόμων τρίτης ηλικίας μειώνοντας παράλληλα τις πιθανότητες ιδρυματοποίησης καθώς επίσης και τα ποσοστά θνησιμότητας των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Όλοι μας, έχουμε ευθύνη να παραμείνουμε, όσο μπορούμε σωματικά και πνευματικά υγιείς, ώστε να μην αποτελούμε, χωρίς λόγο, βάρος στους άλλους. Επειδή όμως αυτό, δεν άπτεται μόνο σε εμάς αλλά σε ποικίλους παράγοντες, οι οποίοι έχουν προαναφερθεί, η κοινωνία μας σαν σύνολο, θα πρέπει να στοχεύει στην καλλιέργεια, ανάπτυξη και διατήρηση ενός κλίματος αυτοεκτίμησης και σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

Σε κρατικό επίπεδο:

- ✓ η αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας
- ✓ η παροχή αξιοπρεπών συντάξεων
- ✓ η χάραξη και εφαρμογή προνοιακής και όχι επιδοματικής πολιτικής
- ✓ η ικανοποιητική λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. , των προγραμμάτων Βοήθεια στο Σπίτι και των άλλων δημόσιων φορέων προστασίας ηλικιωμένων.
- ✓ ακόμα πρέπει να δίνονται κίνητρα και ερεθίσματα στους ηλικιωμένους ώστε να αξιοποιούν τα ενδιαφέροντά τους.
- ✓ επίσης να δίνονται κίνητρα για να δημιουργούνται νέα ενδιαφέροντα ανάλογα με τις δυνάμεις τους.

Με αυτό τον τρόπο ο κρατικός μηχανισμός μπορεί να συμβάλλει θετικά και καταλυτικά στην παρακίνηση των ηλικιωμένων να συμμετέχουν ενεργά σε δραστηριότητες και να προσπαθούν να φροντίζουν τον εαυτό τους εφόσον μπορούν.

Επιπλέον τα άτομα που τους φροντίζουν να ενημερώνονται για φορείς που μπορούν να τους δώσουν χρήσιμες συμβουλές και να προσφέρουν λύσεις σε διάφορες περιπτώσεις.

Παράλληλα η ιδιωτική πρωτοβουλία μπορεί να καλύψει τις ελλείψεις και τα κενά του κράτους.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία:

1. Αμηρά Α., Γεωργιάδου Ε., Τεπέρογλου Α. (1980), *Ο Θεσμός της Ανοικτής Προστασίας των Ηλικιωμένων στην Ελλάδα*. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
2. Βενιέρης, Δ. (1997). Dimensions of social policy in Greece. *South European Societies and Politics* (Special issue on Southern European Welfare States, edited by M. Rhodes), 1,3, 67-86.
3. Βιολάκη-Παρασκευά Μ. (1989). «*Τρίτη Ηλικία*», Πρακτικά Πανελλήνιο Συνέδριο Γεροντολογίας-Γηριατρικής, Αθήνα 8-9/12/89, σελ, 11-14.
4. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών. (1996). *Διαστάσεις κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα*. Αθήνα: Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία.
5. Γαλανόπουλος, (1995). *Βασική Κλινική Ρευματολογία*. Αθήνα: Πασχαλίδης.
6. Δοντάς Α., (1991) «*Η παροχή υπηρεσιών πρόνοιας-υγείας στους ηλικιωμένους είναι ηθικά παραδεκτή;*» στο Ακαδημία Αθηνών , Οι νέοι και η τρίτη ηλικία, Αθήνα, σελ. 22-29.
7. Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία. (1997). *Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους*. Αθήνα.
8. Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1999). *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.
9. Έμκε- Πουλοπούλου, Η. (1994). «*Ο ασθενής δεν είναι αιχμάλωτος*». Ελευθεροτυπία.
10. Ζαϊμάκης, Γ., Κανδυλάκη, Α. (2005). Δίκτυα Κοινωνικής Προστασίας. Μορφές παρέμβασης σε ευπαθείς ομάδες και σε πολυπολιτισμικές κοινότητες. Αθήνα: Κριτική.
11. Καζάζη, Μ. (1995). *Ανθρώπινες Σχέσεις και Επικοινωνία*. Αθήνα, εκδόσεις Έλλην
12. Καρύδη Τ. (2003). Περιφερειακό Σύστημα Υγείας-Πρόνοιας Ιονίων Νήσων.
13. Κωσταρίδου - Ευκλείδη, Α. (1999). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
14. Μαλικιώση-Λοιζου, Μ., Κλεψτάρας, Γ. & Τζονιχάκη, Ι. (1997). *Παράγοντες που συνδέονται με τη μοναξιά στους ηλικιωμένους*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.
15. Μαλικιώση-Λοιζου, Μ., Τζονιχάκη, Ι. & Κλεψτάρας, Γ. (1998). Σύγκριση σχέσεων πεδίων ελέγχου της συμπεριφοράς με τη μοναξιά σε νέα και ηλικιωμένα άτομα. *Ψυχολογία*, 5 (3), 274-283.
16. Μάνου, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: university studio press
17. Μούγιας Α. (2001). *Νόσος Alzheimer Για Επαγγελματίες Υγείας και Φροντιστές*. Τρίπολη. Αθήνα: Mendor.
18. Μούγιας Α. (2003) *Οδηγός για τη Νόσο Alzheimer και τις άλλες μορφές Άνοιας*. Αθήνα: Mendor.
19. Μούγιας, Α., Γκουζέλης, Ι, Κανελλοπούλου, Μ., Λάγαρη, Β. & Χρονοπούλου, Ε. (1997). *Μέσα μαζικής ενημέρωσης και ηλικιωμένοι*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.
20. Μούγιας, Α., Κανελλοπούλου, Μ. & Παναγούτσος, Π. (1997). *Ψυχιατρικές δομές για ηλικιωμένους και ο ρόλος του ψυχιατρικού νοσοκομείου*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.
21. Μπαλούρδος, Δ. Τεπέρογλου, Α. Φακιολάς, Α. (1996) «*Ηλικιωμένα άτομα σε συνθήκες κοινωνικής απομόνωσης*». Στο Διαστάσεις του κοινωνικού αποκλεισμού στην Ελλάδα. Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών.
22. Μπρατάνη, Π. (1997). *Ελλάδα και ηλικιωμένοι*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.
23. Παπαδάκης, Μ. (1997). Απασχόληση ηλικιωμένων. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.
24. Παπαδόπουλος, Ν.Γ., Ζάχος Η. (1985). *Ψυχολογία – Γ' Τόμος*, Αθήνα: Κέντρο Ψυχολογικών Μελετών.
25. Παρούτσας, Κ. (2004). «*Η Τρίτη ματιά.*» Ευρυτανικά Νέα, Τεύχος 98.
26. Πατσαλίδου, Α. (2006). «*Στάδια Κρίσης της Τρίτης Ηλικίας*». Ενδιαφέρον, Τεύχος 84.
27. Ρήγα, Α., Παναγιωτακόπουλος, Δ., Βακάκη, Β., Γκόγκα, Α., Κουτσογιάννη, Ε, Πετροτρογιαννάκη,

N, και Μακρυκώστα, Π. (1997). *Οι κοινωνικές αναπαραστάσεις των ηλικιωμένων και των δύο φύλων για την αντίληψη του εαυτού (Μελέτη περιπτώσεων σε ΚΑΠΗ και Γηροκομεία της Αθήνας και του Ρεθύμνου)*. Εισήγηση στο 5ο Συνέδριο Γεροντολογίας Γηριατρικής, Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, Αθήνα, 11-13 Δεκεμβρίου.

28. Σταθόπουλος, Π. (1999). *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*. Αθήνα: έλλην

29. Στασινοπούλου, Ο. (1996). *Ζητήματα Σύγχρονης Κοινωνικής Πολιτικής*. Αθήνα: Gutenberg.

30. Τριανταφύλλου,Τ. Μεσθεναίου,Ε. Προύσκας,Κ. Γκόλτση,Π. Κοντούκα,Σ. Λουκίσης,Α. (2006). *Πανελλαδική Έρευνα: Η Οικογένεια που Φροντίζει Εξαρτημένα Ηλικιωμένα Άτομα*. Αθήνα.

#### Ξενογλώσση Βιβλιογραφία:

1. Burns, A. Lawlor, B. Craig, S. (2004). *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. Miami: Taylor& Francis.

2. Davis, J.W., Ross, P.D., Preston, S.D., Nevitt, M.C., & Wasnich, R.D. (1998). Strength, physical activity and body mass index: Relationship to performance based measures and activities of daily living among older Japanese women in Hawaii. *JAGS*, 46, 274-279.

3. Jayson, στο Real et al, *Σύγχρονη Παθολογία, Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*

4. Laukkanen, Leskinen, Kauppinen, Sakari- Rantala, & Heikkinen, E. (2000). Health and functional capacity as predictors of community dwelling among elderly people. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(3), 257-265.

5. Morris, V. (2005). *Οδηγός φροντίδας ηλικιωμένων*. Αθήνα: Mendor.

6. Merrill, S.S., Seeman, T.E., Kasl, S.V., & Berkman, L.F. (1997). Gender differences in the comparison of self-reported disability and performance measures. *Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 52A, M19-M26.

7. McCusker, J., Bellavance, F., Cardin, S., & Belzile, E. (1999). Validity of an activities of Daily Living Questionnaire among older patients in the emergency department. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52(11), 1023-1030.

8. Salazar, V.T., Rockwood, K., & McDowell, L. (1998). Multidimensionality in instrumental and basic activities of daily living. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(4), 315-321.

9. Sinoff, G., & Ore, L. (1997). The Barthel activities of Daily Living Index: Self- Reporting versus actual performance in the Old-Old (>/ 75 years). *Journal of American Geriatrics Society*, 45, 832-836.

10. Spirduso, W. W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign, IL: Human Kinetics.

#### Ιστοσελίδες:

✓ [www.50plus.gr](http://www.50plus.gr)

✓ [www.unipi.gr](http://www.unipi.gr)

✓ [www.pepkm.gr](http://www.pepkm.gr)

✓ [www.medlook.net](http://www.medlook.net)

✓ [www.europa.eu.int](http://www.europa.eu.int)

✓ [www.who.int](http://www.who.int)

✓ [www.cyta.gr](http://www.cyta.gr)