

# ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

Σχολή Επαγγελματιών Υγείας

Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας

Πτυχιακή Εργασία:

## «ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ»



των

**Ξανθοπούλου Γιάννα**

**Σιλεβίστα Ελένη**

Υπεύθυνη Καθηγήτρια:

**Ανδρεάτου Αικατερίνη**

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας.

**Σεπτέμβριος 2019**

**Copyright@ 2019 Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΣΕΥΠ, ΤΕΙ Κρήτης.  
<http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>**

*Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων Ξανθοπούλου Γιάννα και Σιλεβίστα Ελένη, της επιβλέπουσας καθηγήτριας Ανδρεάτου Αικατερίνη και του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας και προστατεύονται από τους νόμους περί πνευματικής ιδιοκτησίας (Νόμος 2121/1993 και κανόνες Διεθνούς Δικαίου που ισχύουν στην Ελλάδα).*

## Δήλωση τήρησης της ακαδημαϊκής δεοντολογίας

Οι υπογράφουσες φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του ΤΕΙ Κρήτης

Ξανθοπούλου Γιάννα

Σιλεβίστα Ελένη

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:  
«ΣΤΑΣΕΙΣ ΚΑΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ  
ΙΔΡΥΜΑΤΙΚΗ ΤΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟ ΚΡΗΤΗΣ»

είναι στο σύνολό της προϊόν δικής μας δουλειάς και ότι όλες οι πηγές που έχουν χρησιμοποιηθεί αναφέρονται πλήρως. Επίσης δηλώνουμε ότι δεν αποτελεί προϊόν οποιασδήποτε εξωτερικής μη αδειοδοτημένης βοήθειας και ότι δεν έχει υποβληθεί σε οποιοδήποτε ίδρυμα ή οργανισμό προς αξιολόγηση, ούτε έχει δημοσιευθεί στο παρελθόν μέρος αυτής ή στο σύνολό της.

(Υπογραφή)

(Υπογραφή)

\_\_\_\_\_  
Ξανθοπούλου Γιάννα

\_\_\_\_\_  
Σιλεβίστα Ελένη

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ιδρυματική προστασία και φροντίδα (Residential Care) ηλικιωμένων ατόμων, ως ένας σημαντικός τομέας της Κοινωνικής Πρόνοιας, ακολουθεί τις σύγχρονες τάσεις της κοινωνικής πολιτικής του κράτους και έχει σχέση άμεση, με το κοινωνικό σύστημα και τους θεσμούς της συγκεκριμένης κοινωνίας όπου έχει συσταθεί. Το ίδρυμα, ως κτίριο αλλά και ως υπηρεσία, αποτελεί κρίκο στην αλυσίδα των προγραμμάτων τα οποία είναι αναγκαία για την κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων. Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, το αντικείμενο της μελέτης μας είναι η καταγραφή των απόψεων και στάσεων των ηλικιωμένων ατόμων, που διαμένουν στα ιδρύματα κλειστού τύπου του Δήμου Ηρακλείου, σχετικά με την περίθαλψη που τους παρέχεται.

Στο ερευνητικό μέρος, παρατίθεται η μελέτη των ιδρυμάτων κλειστού τύπου του Δήμου Ηρακλείου. Η έρευνα διεξήχθη μέσω ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν από τα ηλικιωμένα άτομα που διαμένουν σε αυτά. Διεξήχθη ποσοτική έρευνα, με δομημένο ερωτηματολόγιο και για τη επιλογή του δείγματος χρησιμοποιήθηκε η τυχαία δειγματοληψία. Το δείγμα μας αποτέλεσαν 109 άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με διαφορετικά δημογραφικά στοιχεία. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε ότι, τα άτομα τα οποία διαμένουν σε ιδρύματα κλειστού τύπου, στην πλειοψηφία είναι ηλικίας έως 75 ετών, χήροι/ες με παιδιά, άσκησαν το επάγγελμα του αγροκτηνοτρόφου και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο είναι έως του Δημοτικού. Πάσχουν από μυοσκελετικά/ορθοπεδικά προβλήματα, απώλεια μνήμης ή υπολειτουργία του γνωστικού συστήματος. Ήταν δική τους απόφαση να εισαχθούν στο ίδρυμα, λόγω οικονομικών προβλημάτων και αισθήματος μοναξιάς. Με βάση τις απαντήσεις των ηλικιωμένων ατόμων, οι ανάγκες τους φάνηκε να καλύπτονται επαρκώς στα ιδρύματα, στα οποία διαμένουν. Μερικές και πιο σημαντικές προτάσεις που έγιναν, από τους ίδιους τους περιθαλπόμενους, ήταν η αύξηση των κλινών, του προσωπικού αλλά και των κοινωνικών εκδηλώσεων εντός και εκτός των ιδρυμάτων.

Τέλος, τα ευρήματα της έρευνας, μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βοήθημα για την λύση προβλημάτων ή καταστάσεων, όσο αφορά στην οργάνωση και την λειτουργία των ιδρυμάτων περίθαλψης ηλικιωμένων κλειστού τύπου, στο Δήμο Ηρακλείου.

ΛέξειςΚλειδιά: ηλικιωμένα άτομα, ιδρυματική περίθαλψη

## ABSTRACT

Residential Care for the Elderly, as an important area of Social Welfare, follows the modern trends of state social policy and is directly related to the social system and institutions of the particular society in which it is established. The institution, both as a building and as a service, is a link in the chain of programs, which are needed to cover the needs of older people. In the present thesis, the aim of our study is to record the views and attitudes of older people, residing in closed type institutions of the Municipality of Heraklion, regarding the care provided to them.

In the research part, the study of the closed type institutions of the Municipality of Heraklion is presented. The survey was conducted through questionnaires that were answered by the elderly people who lived in them. A quantitative study was conducted with a structured questionnaire and random sampling was used to select the sample. Our sample consisted of 109 individuals over 65 years of age, with different demographics. According to the results of the survey, it was found that people living in closed type institutions, the majority is up to 75 years old, widows with children, practiced the profession of farmer and their educational level is up to elementary level. They suffer from musculoskeletal / orthopedic problems, memory loss or cognitive dysfunction. It was their decision to be admitted to the institution, due to financial problems and a feeling of loneliness. Based on the responses of older people, their needs appeared to be adequately addressed in the institutions in which they live. Some and more important suggestions made by the caregivers, were the increase in beds, staff and social events inside and outside institutions. Finally, the findings of the survey can be used as a tool for solving problems or situations in the organization and operation of closed-type elderly care institutions in the municipality of Heraklion.

Key Words: elderly people, elderly care

## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερος την καθηγήτριά μας κα Ανδρεάτου Αικατερίνη, για την καθοδήγηση και την αισιοδοξία που μας μετέφερε καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Επίσης, τα ιδρύματα φροντίδας ηλικιωμένων για την φιλοξενία που μας παρείχαν με σκοπό την υλοποίηση της έρευνας και συγκεκριμένα τους κοινωνικούς λειτουργούς για τη βοήθεια και καθοδήγησή τους.

Ακόμα, ευχαριστούμε όλους/-ες τους/τις ηλικιωμένους/-ες που συμμετείχαν στην έρευνα, με την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Τέλος, ευχαριστούμε τις οικογένειές μας για την κατανόηση και την υπομονή που μας έδειξαν όλον αυτόν τον καιρό, αλλά και για την στήριξή τους.

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT.....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	6
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	14

### ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΓΗΡΑΝΣΗ .....	17
1.1.: Ηλικιωμένος πληθυσμός.....	17
1.2.: Γήρανση.....	18
1.2.1. : Τα κυριότερα νοσήματα των ηλικιωμένων .....	21
1.2.2. : Σωματικές μεταβολές .....	22
1.2.3.: Νευρολογικές και ψυχιατρικές μεταβολές.....	25
1.2.4.: Συναισθηματικές μεταβολές.....	27
1.3.: Οι ανάγκες των ηλικιωμένων .....	28
1.4. : Ποιότητα ζωής.....	29
1.4.1. : Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής.....	31
1.5. : Τα σύγχρονα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων.....	33
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ .....	36
2.1. : Επίσημες δομές φροντίδας .....	36
2.2. : Ανεπίσημες δομές φροντίδας.....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ .....	40

### ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΥΡΕΥΝΗΤΙΚΟ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 <sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
4.1. : Το πλαίσιο της έρευνας .....	43
4.2. : Σκοπός-Στόχος της έρευνας.....	43
4.3. : Ερευνητικά ερωτήματα.....	44
4.4. : Χρησιμότητα της έρευνας .....	44
4.5. : Περιορισμοί της έρευνας.....	44
4.6. : Μεθοδολογική Προσέγγιση.....	45

4.7. : Το δείγμα της έρευνας και κριτήρια αποκλεισμού.....	46
4.8. :Ερευνητικά εργαλεία .....	46
4.9. : Ηθικοί κανόνες και δεοντολογία της έρευνας .....	48
4.10.: Ανάλυση των δεδομένων .....	48
4.11. : Εγκυρότητα και Αξιοπιστία.....	49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>:ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ-ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ  
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ .....

5.1. : Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	52
5.1.1. : Ιατρική περίθαλψη.....	63
5.2. : Χαρακτηριστικά διαβίωσης στο ίδρυμα .....	72
5.3. : Αξιολόγηση υπηρεσιών- προγραμμάτων .....	83
5.3.1. : Ασφάλεια, προβλήματα και προτάσεις βελτίωσης.....	84
5.3.1.1. : Αίσθηση ασφάλειας στο ίδρυμα .....	84
5.3.1.2. : Προβλήματα του ιδρύματος.....	85
5.3.1.3. : Προτάσεις βελτίωσης .....	89
5.3.2. : Επιλεγμένες συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών.....	93

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ.....

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ .....



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ ΚΑΙ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

### Πίνακες

Πίνακας 1: Φύλο .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 2: Ηλικία.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 3: Επίπεδο εκπαίδευσης .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 4: Επάγγελμα.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 5: Οικογενειακή κατάσταση.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 6: Ύπαρξη παιδιών .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 7: Αριθμός παιδιών.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 8: Διαμονή παιδιών .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 9: Διαμονή τα περισσότερα χρόνια της ζωήςΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 10: Διαμονή πριν την εισαγωγή στο γηροκομείοΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 11: Οικονομική κατάσταση.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 12: Υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση υγείαςΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 13: Ύπαρξη ασθένειας .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 14: Αισθητηριακά και ΩΡΛ .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 15: Αναπνευστικά.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 16: Ενδοκρινικά, Μεταβολισμού, ΑίματοςΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 17: Ορθοπαιδικά/Μυοσκελετικά ...Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 18: Καρδιαγγειακά .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 19: Προβλήματα πεπτικού και ουροποιητικού συστήματοςΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 20: Κατάγματα και ατυχήματα.....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 21: Νεοπλασίες (καλοήθειες-κακοήθειες)Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 22: Νευρολογικά .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 23: Ψυχιατρικά .....Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 24: Χρήση διαρκούς ιατρικής περίθαλψηςΣφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 25: Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 26: Σίτιση.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 27: Ιατρική περίθαλψη .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 28: Ψυχοκοινωνική στήριξη.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 29: Άλλη ανάγκη .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 30: Κατάλληλος χώρος στέγασης για τους ηλικιωμένους**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 31: Προσωπική επιλογή εισαγωγής στο γηροκομείο**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 32: Αιτίες εισαγωγής στο ίδρυμα .**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 33: Παραμονή στο ίδρυμα.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 34: Συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 35: Συγκατοίκηση στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 36: Αριθμός συγκατοίκων .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 37: Συχνότητα επισκέψεων .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 38: Ικανοποίηση από τις επισκέψεις**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 39: Ικανοποίηση των ηλικιωμένων**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 40: Αίσθηση ασφάλειας εντός του ιδρύματος**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 41: Ανεπαρκής ιατρική περίθαλψη**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 42: Μη ικανοποιητική σίτιση .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 43: Ελλιπής καθαριότητα .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 44: Ανεπαρκής χωρητικότητα .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 45: Αύξηση των διαθέσιμων κλινών και θέσεων για τους ηλικιωμένους .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 46: Εμπλουτισμός του μενού του καθημερινού φαγητού**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Πίνακας 47: Πρόσληψη προσωπικού για την επαρκή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Πίνακας 48: Έλεγχος για την τήρηση κανόνων υγιεινής και φροντίδας των χώρων των ιδρυμάτων .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Πίνακας 49: Διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός του ιδρύματος ή/και διοργάνωση εκδρομών .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Πίνακας 50.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

### **Γραφήματα**

Γράφημα 1 Φύλο.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 2 Ηλικία .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 3 Εκπαίδευση .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 4 Επάγγελμα.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 5 Οικογενειακή κατάσταση .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 6 Παιδιά .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 7 Αριθμός παιδιών .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 8 Διαμονή παιδιών .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 9 Πού έχετε ζήσει τα περισσότερα χρόνια της ζωής σας;**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 10 Πριν την εισαγωγή σας στο γηροκομείο πού μένατε;**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 11 Οικονομική κατάσταση .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 12 Υγεία.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 13 Ασθένεια .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 14 Αισθητηριακά και ΩΡΛ .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 15 Αναπνευστικά .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 16 Ενδοκρινολογικά, Μεταβολισμού, Αίματα**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 17 Ορθοπαιδικά/Μυολοσκελετικά**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 18 Καρδιαγγειακά.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 19 Προβλήματα πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**  
Γράφημα 20 Κατάγματα και ατυχήματα ....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Γράφημα 21 Νεοπλασίες (καλοήθειες-κακοήθειες)**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 22 Νευρολογικά.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 23 Ψυχιατρικά.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 24 Χρειάζεστε διαρκή ιατρική περίθαλψη;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 25 Έχετε δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 26 Σίτιση.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 27 Ιατρική περίθαλψη.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 28 Ψυχοκοινωνική στήριξη.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 29 Άλλη ανάγκη.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 30 Αποτελεί κατάλληλο χώρο στέγασης για τους ηλικιωμένους; ....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 31 Ήταν δική σας επιλογή να εισαχθείτε στο γηροκομείο;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 32 Ποιοί είναι οι λόγοι για τους οποίους έγινε η εισαγωγή σας στο ίδρυμα; .....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 33 Πόσο διάστημα βρίσκεστε στο ίδρυμα;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 34 Πώς είναι οι συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 35 Συγκατοικείτε στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 36 Αριθμός συγκατοίκων.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 37 Πόσο συχνά έχετε επισκέψεις;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 38 Είστε ικανοποιημένος/η από τις επισκέψεις;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 39 Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στο ίδρυμα;**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 40 Ανεπαρκής ιατρική περίθαλψη**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 41 Μη ικανοποιητική σίτιση.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 42 Ελλιπής καθαριότητα.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 43 Ανεπαρκής χωρητικότητα.....**Σφάλμα!** Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.

Γράφημα 44 Αύξηση των διαθέσιμων κλινών και θέσεων για τους ηλικιωμένους  
.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Γράφημα 45 Εμπλουτισμός του μενού του καθημερινού φαγητού**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Γράφημα 46 Πρόσληψη προσωπικού για την επαρκή κάλυψη **Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Γράφημα 47 Έλεγχος για την τήρηση κανόνων υγιεινής και φροντίδας των χώρων των ιδρυμάτων .....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

Γράφημα 48 Διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός του ιδρύματος ή/και διοργάνωση εκδρομών.....**Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.**

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει τίτλο «Στάσεις και απόψεις των ηλικιωμένων ατόμων για την ιδρυματική τους φροντίδα στο Ηράκλειο Κρήτης», εκπονήθηκε στα πλαίσια ολοκλήρωσης των προϋποθέσεων, για την λήψη του πτυχίου από το Α. Τ. Ε. Ι. Κρήτης, τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. Η επιλογή του θέματος της εργασίας, προήλθε από τις εποπτείες που κάναμε κατά την φοίτησή μας στο Α. Τ. Ε. Ι. καθώς κατά τις επισκέψεις στα ιδρύματα που φιλοξενούν ηλικιωμένους, κατανοήσαμε πως υπάρχει η ανάγκη να μελετηθούν οι απόψεις και οι ανάγκες τους και πως τα αποτελέσματα της έρευνας, ίσως αποτελέσουν ένα βοήθημα για τα ιδρύματα αυτά, για την καλύτερή τους λειτουργία. Η πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, το θεωρητικό κομμάτι και το ερευνητικό κομμάτι της.

Αρχικά, το θεωρητικό μέρος της παρούσας εργασίας αποτελείται από τρία κεφάλαια. Αναλυτικότερα, στο πρώτο κεφάλαιο με τίτλο "Γήρανση", γίνεται αναφορά στον ηλικιωμένο πληθυσμό, ποιες ηλικίες συμπεριλαμβάνονται, τα ποσοστά της γήρανσης παγκοσμίως, όπως και μια γενικότερη έννοια της λέξης γήρανση. Στη συνέχεια, καταγράφονται τα κυριότερα νοσήματα των ηλικιωμένων, οι σωματικές, νευρολογικές, ψυχιατρικές και συναισθηματικές μεταβολές που προκαλούνται από το γήρας, αλλά και οι ανάγκες που προκύπτουν. Επιπλέον, αναφορά γίνεται και στην ποιότητα ζωής, όπως και στις διαστάσεις της, καθώς και στα πιο σύγχρονα προβλήματα των ηλικιωμένων.

Στο δεύτερο κεφάλαιο με τίτλο «Δομές Φροντίδας Ηλικιωμένων» πραγματοποιείται καταγραφή των επίσημων και ανεπίσημων μονάδων φροντίδας. Επίσης, στο τρίτο και τελευταίο κεφάλαιο με τίτλο «Ιστορική Αναδρομή Παλαιότερων Μελετών», πραγματοποιείται ιστορική αναδρομή σχετικά με το γήρας στην Ελλάδα. Αυτό γίνεται με τη βοήθεια παλαιότερων μελετών.

Εκτός από τα παραπάνω στο δεύτερο μέρος της παρούσας εργασίας αναλύεται η ερευνητική της πλευρά. Πιο συγκεκριμένα, στο τέταρτο κεφάλαιο με τίτλο «Μεθοδολογία Έρευνας», παρουσιάζεται το πλαίσιο της έρευνας, ο σκοπός και ο στόχος αυτής, καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα που την πλαισιώνουν. Δεν αρκούν, όμως, μόνο αυτά. Για αυτό τον λόγο, αναφέρεται η χρησιμότητα της παρούσας έρευνας και οι περιορισμοί της. Ακόμη, καταγράφεται η μεθοδολογική προσέγγιση που χρησιμοποιήθηκε, η επιλογή του δείγματος και τα κριτήρια

αποκλεισμού αυτού, αλλά και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, στο κεφάλαιο αυτό αναλύονται οι ηθικοί κανόνες που ακολουθήθηκαν και καταγράφεται ο τρόπος της ανάλυσης των δεδομένων, αλλά και γίνεται λόγος ως προς την εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας.

Επιλογικά, στο πέμπτο κεφάλαιο με τίτλο «Αποτελέσματα Ποσοτικής Έρευνας- Περιγραφικά Αποτελέσματα-Συσχετίσεις», διεξάγονται τα αποτελέσματα της έρευνας που παρουσιάζονται με γραφήματα και πίνακες συσχετίσεων. Στη συνέχεια ακολουθούν συμπεράσματα και συζήτηση.

# **ΜΕΡΟΣ Α΄ - ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ**

---



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΓΗΡΑΝΣΗ

### **1.1. : Ηλικιωμένος πληθυσμός**

Όλα τα άτομα άνω των 65 ετών ανήκουν, ουσιαστικά, σε τρεις πληθυσμιακές ομάδες ατόμων της τρίτης, της τέταρτης και της πέμπτης ηλικίας (στάδια της ζωής). Ο πληθυσμός αυτός αποτελείται από ένα πολυσύνθετο άθροισμα ανόμοιων ατόμων, των οποίων η πνευματική, μορφωτική και κοινωνική κατάσταση διαφοροποιείται, όπως και οι ανάγκες τους.

Το 2010 τα ηλικιωμένα άτομα, από 65ετών και άνω, ήταν 8% του συνολικού πληθυσμού παγκοσμίως, ενώ σήμερα 16% (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Απογραφή 2011). Η πλειοψηφία των υπερηλίκων (85+) ζει στις υπό ανάπτυξη ή λιγότερο αναπτυγμένες χώρες. Στις προαναφερόμενες χώρες, ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, αναμένεται, να σημειώσει αύξηση μεγαλύτερη από 250% , ενώ στις αναπτυγμένες ή περισσότερο αναπτυγμένες χώρες 71%. Οι υπερήλικες (85+) αποτελούν την υποομάδα των ηλικιωμένων που αυξάνεται ταχύτατα. Επιπροσθέτως, τα ποσοστά αυτά, μας δείχνουν ότι επειδή σε κάποιες χώρες, όπως η Κίνα, η Ταϊλάνδη, Βραζιλία και η Ν. Κορέα, η γήρανση εγκαθίσταται σε μικρό χρονικό διάστημα σε σχέση με άλλες χώρες, όπως η Γαλλία, η Σουηδία, οι Η.Π.Α και το Η.Β., κάποιες χώρες ενδέχεται να γεράσουν, πριν προλάβουν να προετοιμαστούν οικονομικά και κοινωνικά (Kinsella & He, 2009).

Το ηλικιακό όριο των 65 ετών, δεν αφορά τόσο στη δυσλειτουργία των σωματικών και πνευματικών λειτουργιών των ατόμων, αλλά στη συνταξιοδότηση τους. Αυτό συμβαίνει επειδή, η διαδικασία, κατά την οποία το ανθρώπινο σώμα δυσκολεύεται να εκτελέσει κάποιες φυσιολογικές λειτουργίες είναι συνεχής, κατά την πάροδο του χρόνου, και προκαλεί συχνά κλινικά προβλήματα. Ηλικιωμένος/η χαρακτηρίζεται ένα άτομο, το οποίο είναι άνω των 65 ετών. Οι στατιστικές απογραφής επί το πλείστον, ταξινομούν στον ηλικιωμένο πληθυσμό, τα άτομα άνω των 60-65 ετών.

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί πως, το αποτέλεσμα της παραπάνω ταξινόμησης, κατηγοριοποιεί στην ίδια ομάδα ηλικιωμένους/ες με μεγάλη ηλικιακή διαφορά, δημιουργώντας μια ομάδα με μεγάλες διακυμάνσεις στην φυσική κατάσταση και διανοητική υγεία. Ως ηλικιακά ώριμος θεωρείται αυτός που για βιολογικούς λόγους παύει να εργάζεται. Ο ορισμός μπορεί, όμως, διαφοροποιείται

στις περισσότερες ανεπτυγμένες χώρες, και διαμορφώνεται με βάση την ηλικία συνταξιοδότησης. Παρότι, δεν υπάρχει σαφής ορισμός για τον όρο «ηλικιωμένος», έχει γίνει αποδεκτός ο ορισμός, από τις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, ότι η μετάβαση ενός ατόμου στην Τρίτη ηλικία, που γίνεται στο 65ο έτος της ηλικίας του, αποκτά και την ονομασία ηλικιωμένος-η. Με βάση τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO 2011), τα έτη 75-90 αντιστοιχούν στην 4η ηλικία και τα έτη πάνω από 90 στην 5η ηλικία. Επίσης, ως πραγματικά υπερήλικες χαρακτηρίζονται οι άνω των 75 ετών, ενώ ως νεότεροι υπερήλικες, οι μεταξύ 65-74 ετών (Χανιώτης, 1999).

«Υπερήλικος ασθενής θεωρείται εκείνος, του οποίου η κατάσταση της υγείας αρχίζει να επηρεάζει τις αποφάσεις στις κατευθυντήριες γραμμές της υγείας» (World Health Organisation, 1984).

## 1.2.: Γήρανση

Τα τελευταία χρόνια, η αύξηση της αναλογίας των ηλικιωμένων στον πληθυσμό, έχει ανησυχήσει όλες τις χώρες της Ευρώπης, οδηγώντας στην λήψη μέτρων για την χάραξη των ευρωπαϊκών πολιτικών. Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή, στο πλαίσιο της Ευρωπαϊκής Σύμπραξης και Καινοτομίας για την Ενεργό και Υγιή Γήρανση, προσπαθεί μέσω των δράσεων της, να διευκολύνει την περίθαλψη του ηλικιωμένου ασθενή από το νοσοκομείο στο σπίτι, ώστε να εξασφαλίζεται η καλύτερη ποιότητα ζωής του. Επεξηγηματικά, με την παραπάνω στρατηγική, ο/η ηλικιωμένος/νη έχει την δυνατότητα να είναι περισσότερο αυτόνομος/η και παραγωγικός/ή, καθώς ο ηλικιωμένος-η νιώθει περισσότερη άνεση στο δικό του σπίτι([http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)).

Μετά από μια μελέτη των πληθυσμιακών ομάδων, η Ελλάδα, φαίνεται να μην ξεφεύγει από την τάση για την γήρανση του πληθυσμού. Μια μελέτη που διεξήχθη την δεκαετία του '80, για τις πληθυσμιακές μεταβολές, ανέδειξε πως και στην Ελλάδα υπάρχει αύξηση της δημογραφικής γήρανσης. Πιο αναλυτικά, οι ηλικιωμένοι/ες, στην Ελλάδα αυξάνονται, ενώ οι γεννήσεις μειώνονται. Όλα τα παραπάνω, προκαλούν το ενδιαφέρον των επιστημόνων, αλλά και της κοινής γνώμης (Δοντάς, 1981).

Η γήρανση επέρχεται σε όλους τους ανθρώπους, επιρεάζοντας την λειτουργία των οργάνων, σταδιακά, αλλά και μη αναστρέψιμα. Είναι μια φυσιολογική διαδικασία, η οποία διακρίνεται σε «χρονολογικής» και «βιολογικής» γήρανση. Η δεύτερη απεικονίζει τη φυσιολογική φθορά, κατά την οποία ο οργανισμός χάνει κάθε χρόνο (μετά το 40ο έτος της ηλικίας) το 1% των φυσιολογικών λειτουργιών του. Μια βασική βιολογική λειτουργία, η οποία μειώνεται σταδιακά, κατά κύριο λόγο στις γυναίκες, είναι η αναπαραγωγική της ικανότητα της. Έτσι, στις γυναίκες ένα μεγάλο μέρος του ποσοστού της γονιμότητας τους αρχίζει να χάνεται από το 30ο έτος ως το 50ο έτος ηλικίας περίπου, όπου ξεκινάει η εμμηνόπαυση. Επιπλέον, οι λειτουργίες όπως η νευρική αγωγιμότητα, η καρδιακή και η νεφρική λειτουργία, η αναπνευστική ικανότητα και γενικότερα, το έργο που παράγει ένας άνθρωπος φαίνεται να μειώνονται σημαντικά με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας (Myers, 1990).

Το σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων δεν μπορεί να χαρακτηριστεί απλά ως ένα υποσύνολο του γενικού πληθυσμού, καθώς ο όρος δεν είναι επακριβώς διασαφηνισμένος, και περικλύονται διαφορετικά χαρακτηριστικά μέσα στο υποσύνολο αυτό. Ένα χαρακτηριστικό, θα μπορούσε να είναι η σταθερή υπεροχή του γυναικείου φύλου, που στην ηλικία των 85 ετών φτάνει την αναλογία 3:1. Ένα άλλο χαρακτηριστικό είναι, ειδικότερα στην Ελλάδα, αύξηση των «πολύ ηλικιωμένων», ηλικίας άνω των 80 ετών, καθώς οι συνθήκες διαβίωσής τους αλλάζουν δραματικά πάνω από την ηλικία των 65 ετών. Τα φαινόμενα αυτά δεν βιώνονται ως μεμονωμένες εμπειρίες, αλλά αποτελούν βιώματα γενεών. Οι άνθρωποι εισέρχονται στα «γηρατεία» ως άτομα αλλά και ως μέλη ενός συνόλου με κοινές εμπειρίες, αντιλήψεις και προσδοκίες (Buchner et al., 1997).

Στην διεθνή βιβλιογραφία, οι μειώσεις των σωματικών και γνωσιακών δεξιοτήτων που επιφέρει η γήρανση, είναι κοινά στοιχεία της και αποτελούν εμπόδιο στην αυτόνομη διαβίωση και στην μνήμη. Η χρονολογική ηλικία είναι ένας φτωχός προγνωστικός παράγοντας της λειτουργικής κατάστασης αλλά και του προσδόκιμου επιβίωσης ενός ασθενή, καθότι σημαντικές κρίνονται άλλες παράμετροι, όπως το φύλο, το οργανικό προφίλ, το ιστορικό ασθενειών και της επακόλουθής τους νοσηρότητας, καθώς και το κοινωνικό πλαίσιο (π.χ., οικονομικοί πόροι, οικογενειακή υποστήριξη), το οποίο παίζει επίσης σημαντικό ρόλο (Binder, 2002).

Αρχικά, χαρακτηριστικό του γήρατος, αποτελεί η μεγάλη ποικιλία και η μεταβλητότητα που υπάρχει μεταξύ ατόμων. Μπορεί να προσεγγιστεί και από

βιολογική, κοινωνικοϊστορική, όπως και από οικολογική και ψυχολογική άποψη. Για αυτό, κάθε ηλικιωμένο άτομο πρέπει να κατανοηθεί ως μία «βιοψυχοκοινωνική ενότητα». Υπάρχουν πολλές προσεγγίσεις στη βιολογική θεωρία του γήρατος, όλες όμως συμπίπτουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση ως προς το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος (Τσιώλη, 1996).

Δευτερεύον χαρακτηριστικό της γήρανσης, είναι η υποκειμενικότητα. Ειδικότερα οι βιολογικές διαδικασίες που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα, διαφέρουν σημαντικά από το πώς τις βιώνουν άλλες πολιτισμικές ομάδες. Συγχρόνως, το ίδιο συμβαίνει και στο τρόπο βίωσης της σωματικότητας, η οποία συνδέεται με την βιολογική ταυτότητα διαχρονικά. Αυτό σημαίνει ό τι οι βιολογικές λειτουργίες του ανθρώπου, μπορούν να επηρεάσουν και να εκφραστούν στην βιολογική αυτονόηση του (Τσιώλη, 1996).

Τρίτον, χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μειωμένη απόδοση των κυττάρων στα διάφορα όργανα, αλλά παράλληλα και της ζωτικότητας τους. Η διαδικασία αυτή, δεν συμβαίνει την ίδια χρονική περίοδο, αλλά σταδιακά. Με άλλα λόγια, η διαδικασία του γήρατος, δηλαδή, η γήρανση του μυαλού, μπορεί να συμβεί, ενώ τα υπόλοιπα, όργανα διατηρούν σε μεγάλο ποσοστό την αποδοτικότητά τους, ή μπορεί να συμβεί και ακριβώς το αντίθετο (Πουλοπούλου, 1999).

Τέταρτον, στα χαρακτηριστικά του γήρατος, δηλαδή, οι μη αναστρέψιμες βιολογικές μεταβολές, που επέρχονται διαχρονικά σε όλους τους ανθρώπους, συνδέονται με την ηλικία και τις δομικές και λειτουργικές αλλαγές. Επιπλέον, οι αλλαγές αυτές είναι αθροιστικές, δηλαδή, η κάθε μεταβολή προστίθεται στις ήδη υπάρχουσες και μειώνει ακόμα περισσότερο την λειτουργικότητα του ατόμου. Οι αλλαγές αυτές διαμορφώνονται σταδιακά, λόγω εσωτερικών αιτιών και είναι αναπόδραστες, δηλαδή δε μπορεί να το αποφύγει κανείς. Οι επιπτώσεις της γήρανσης στο ανθρώπινο οργανισμό, γίνονται αντιληπτές στην μείωση της ευελιξίας/ αντοχής του ατόμου στην βίωση των εξωτερικών πιέσεων, αλλά και στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου (Lemme, 1995 στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

Συνοψίζοντας τα χαρακτηριστικά του γήρατος, μπορούμε να επισημάνουμε πως παρά την καθολικότητα των βιολογικών μεταβολών, δεν μπορούμε να προσδιορίσουμε επακριβώς την ηλικία και μια συγκεκριμένη μορφή, σε όλους τους ανθρώπους. Η χρονική περίοδος και η μορφή τους, συνδέονται με τους περιβαλλοντικούς, παράγοντες, αλλά και τον τρόπο ζωής του καθενός (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

Ειδικότερα, οι διαφορές στους παραπάνω παράγοντες, κατά κύριο λόγο, είναι η οικονομική και κοινωνική τους θέση, η φυσική(χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), δημογραφική ( τρίτη και τέταρτη ηλικία) και οικογενειακή τους κατάσταση (χήροι-ες, ζευγάρια, συμβιώνοντες με παιδιά ή μη συμβιώνοντες κ.λπ.) (Μωυσίδης, 1998).

### **1.2.1. : Τα κυριότερα νοσήματα των ηλικιωμένων**

Το ανθρώπινο σώμα είναι φυσιολογικό, με την παρέλευση του χρόνου, να υφίστανται φθορά των οργάνων, χωρίς ωστόσο να παραλείπονται οι πιθανότητες ο εκάστοτε ηλικιωμένος να προσβληθεί από κάποια ασθένεια.

Επομένως, με το πέρασμα του χρόνου οι μεταβολές που επέρχονται μπορεί να ποικίλουν και να διακρίνονται σε σωματικές, νευρολογικές, ψυχιατρικές μεταβολές και μεταβολές στην ψυχολογία τους (συναισθήματα) (Tucker, 1997).

Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να ασθενήσουν και να αποκτήσουν κάποια αναπηρία, για τον λόγο αυτό χρησιμοποιούν περισσότερο τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας και προκαλούν μεγαλύτερες δαπάνες ιατρικής περίθαλψης. Αν και δεν υπάρχει αμφιβολία ότι η προχωρημένη ηλικία είναι προάγγελος νοσηρότητας και θνησιμότητας, η αξία αυτής της πρόβλεψης είναι μάλλον περιορισμένη. Το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων είναι καλύτερο από ότι γενικά θεωρείται και διαφέρει σημαντικά από άτομο σε άτομο (Γαρεφαλλάκη και συν., 2011).

Η αύξηση της νοσηρότητας και της εξάρτησης που παρατηρείται στους ηλικιωμένους έχει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά (BroeseV. Etal., 1997):

- 1. Υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης:** Παρατηρείται, στα ηλικιωμένα άτομα, ότι είναι πιο επιρρεπείς στα προβλήματα υγείας, απ' ότι τα νεότερα σε ηλικία άτομα.
- 2. Εμφάνιση των ασθενειών του γήρατος:** Κυριαρχούν τα χρόνια εκφυλιστικά νοσήματα και ιδιαίτερα οι ασθένειες του καρδιαγγειακού συστήματος, οι νόσοι των αγγείων του εγκεφάλου, τα ατυχήματα, οι ψυχικές διαταραχές, η φυσική αναπηρία και οι σχετιζόμενες με το γήρας πνευματικές διαταραχές. Η γεροντική άνοια είναι μια τυπική ασθένεια των ηλικιωμένων για την οποία απαιτούνται συχνά επαγγελματικές υπηρεσίες φροντίδας.

3. **Επιβράδυνση της ίασης:** Με το πέρας του χρόνου, η λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος του ανθρώπου μειώνεται, με αποτέλεσμα να επιβραδύνεται η διαδικασία της ανάρρωσης, ή ακόμη και μια ασθένεια να γίνεται χρόνια.
4. **Χρήση υπηρεσιών υγείας:** Όπως ειπώθηκε παραπάνω, οι ηλικιωμένοι/ες, χρειάζονται περισσότερο χρόνο ανάρρωσης, συνεπώς γίνεται μεγαλύτερη χρήση των υγειονομικών υπηρεσιών, σε σύγκριση με τον υπόλοιπο πληθυσμό.
5. **Πολλαπλή νοσηρότητα:** Συχνά τα ηλικιωμένα άτομα ταλαιπωρούνται με περισσότερες από μια ασθένειες ταυτοχρόνως.

### 1.2.2. : Σωματικές μεταβολές(Tucker, 1997)

- **Εμφάνιση:**Όσον αφορά στην εμφάνιση των ηλικιωμένων, συχνό χαρακτηριστικό είναι τα άσπρα μαλλιά, οι ρυτίδες, η δομή του σώματος, δηλαδή το να χάνουν ύψος και βάρος, αλλά και αντίθετα η αύξηση λίπους γύρω από τη μέση τους.
- **Κινητικότητα:**Τα μυοσκελετικά και αρθρικά προβλήματα, που επιφέρει το γήρας,δηλαδή, τον περιορισμό των κινήσεων, ειδικότερα στην εκτέλεση των λεπτών κινήσεων, που σχετίζονται με τα χέρια. Συγχρόνως, μπορούμε να παρατηρήσουμε πως οι ηλικιωμένοι/ες συχνά δυσκολεύονται στο ανέβασμα της σκάλας ή το κάθισμα στην καρέκλα, γεγονός το οποίο οφείλεται στους πόνους και την έλλειψη ευελιξίας των ποδιών. Τέλος, τα μυοσκελετικά προβλήματα αυξάνουν τις πιθανότητες πτώσεων και καταγμάτων.
- **Διαφόρων τύπων λοιμώξεις:**Οι ηλικιωμένοι/ες, έχουν μεγαλύτερο ποσοστό κινδύνου, κατά την επαφή τους με ένα λοιμογόνο παράγοντα, σε σύγκριση με άτομα, μικρότερης ηλικίας. Αυτό οφείλεται, στο ό τι το ανοσοποιητικό σύστημα των ηλικιωμένων εμφανίζει μια πτώση, όπως συμβαίνει και με την αναπνευστική εφεδρεία. Κάθε λοίμωξη, όμως, ακόμη και η πιο ελαφριά μπορεί να οδηγήσει, έναν/μια ηλικιωμένο/η πολύ γρήγορα, σε σοβαρά προβλήματα υγείας, σε αντίθεση με άτομα μικρότερης ηλικίας, που ο οργανισμός τους αμύνεται με ποικίλους τρόπους.

Για τους παραπάνω λόγους, θα πρέπει να παρέχονται στα ηλικιωμένα άτομα, ενισχυτικά εμβόλια τόνωσης, του ανοσοποιητικού συστήματος κατά την

διάρκεια της παθολογικής ιατρικής εξέτασης, αφού πρώτα αξιολογηθεί η ανοσολογική κατάσταση του οργανισμού. Σημαντικό είναι επίσης, να μην παραβλέπεται ο προληπτικός τακτικός έλεγχος, διότι μέσω της πρόληψης, μπορούν να εντοπιστούν και να θεραπευτούν έγκαιρα προβλήματα υγείας, που συμβάλουν στην αλλοίωση της σωστής άμυνας. Τέτοια νοσήματα και παθολογικές καταστάσεις είναι η αύξηση του σακχάρου, η νεφρική ανεπάρκεια, η ηπατική ανεπάρκεια. Θα αποτελούσε παράλειψη να μην αναφέρουμε, πως οι συνήθειες της καθημερινότητας είναι σημαντικές για την τόνωση του αμυντικού συστήματος. Αρχικά, η διατροφή πρέπει να περιλαμβάνει φρούτα, όσπρια, λαχανικά και γαλακτοκομικά προϊόντα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά. Και δευτερευόντως, ο/η ηλικιωμένος/η θα πρέπει να περπατά καθημερινώς κατά το δυνατόν, να απέχει από το κάπνισμα και την κατάχρηση αλκοόλ, να έχει φυσιολογικό βάρος και να κοιμάται επαρκώς.

Σε αντίθετη περίπτωση, οι ηλικιωμένοι/μένες θα πρέπει να ακολουθούν ειδικά διατροφικά προγράμματα και προγράμματα καθημερινότητας, ανάλογα με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, θα πρέπει να αποφεύγεται η στενή επαφή με άτομα, που πάσχουν από κάποιο λοιμώδη νόσημα, να μην αμελείται η φροντίδα υγιεινής των ιδίων των ηλικιωμένων, αλλά και των χώρων στον οποίο ευρίσκονται. Τέλος, θα πρέπει να γίνεται ελεγχόμενη χρήση των φαρμάκων, καθώς η αλόγιστη χρήση αυτών, μπορεί να επιφέρει αντίθετα αποτελέσματα.

- **Καρδιαγγειακό σύστημα:** Στον ανθρώπινο οργανισμό, με το πέρασμα του χρόνου, υπάρχουν και μεταβολές στην λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών, καθώς μειώνεται η ποσότητα του αίματος που πηγαίνει στα κύτταρα. Επιπλέον, μια ακόμη μεταβολή είναι και η μείωση του οξυγόνου στους μύες.

Αξίζει να σημειωθεί πως, η καρδιακή νόσος είναι σήμερα η κύρια αιτία θανάτου για τα άτομα της Τρίτης ηλικίας. Σύνηθες εκδηλώσεις της είναι το έμφραγμα και ο αιφνίδιος θάνατος. Τέλος, παθολογικοί παράγοντες που μπορούν να αυξήσουν την καρδιολογική απορύθμιση είναι α) το κάπνισμα, β) η παχυσαρκία, γ) η κακή διατροφή (μειωμένη κατανάλωση φρούτων και λαχανικών, η κατανάλωση πολλών λιπαρών κλπ), δ) το στρες, ε) η αδρανής καθημερινότητα, ζ) η υπέρταση, η) η αύξηση των επιπέδων ορισμένων δεικτών φλεγμονής, θ) η αυξημένη ομοκυστεΐνη, ι) ο σακχαρώδης διαβήτης, κ) το μεταβολικό σύνδρομο και τέλος, τα νοσήματα που οφείλονται σε αθηροσκλήρωση αγγείων (π.χ. ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής, αθηροσκλήρωση καρωτίδων).

- **Αναπνευστικό σύστημα:** Το γήρας έχει ως συνέπεια την μείωση της ποσότητας των αερίων που ανταλλάσσονται στους πνεύμονες, με αποτέλεσμα να υπάρχει λιγότερο οξυγόνο στο αίμα απ' ό,τι στον αέρα. Ταυτόχρονα, ο αέρας που εισπνέεται και εκπνέεται μένει στους πνεύμονες σε μεγάλο βαθμό.
- **Εκκριτικό σύστημα:** Τα επίπεδα υγρών, μεταβάλλονται συνεχώς, στο σώμα των ηλικιωμένων, λόγω της πτώσης της εκκριτικής λειτουργίας, με αποτέλεσμα να μην γίνεται σωστή λειτουργία των νεφρών. Επακόλουθο αυτού είναι, αρχικά, να μειώνεται και ο ρυθμός αποβολής των φαρμάκων από τον οργανισμό και μετέπειτα, η ακράτεια των ούρων.
- **Τροφή και πέψη:** Το πεπτικό σύστημα των ηλικιωμένων δεν επηρεάζεται σημαντικά. Οι πιο συχνές μεταβολές εμφανίζονται στον οισοφάγο και σχετίζονται με τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι και άλλες στην έκκριση των γαστρικών υγρών. Επιπλέον, επηρεάζονται τα έντερα, αφού μειώνεται η απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.
- **Το αυτόνομο νευρικό σύστημα(ΑΝΣ):** Με την αύξηση της ηλικίας, παρατηρείται δυσλειτουργία στις δύο από τις κύριες λειτουργίες του ΑΝΣ, τη ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Επεξηγηματικά, τα ηλικιωμένα άτομα δεν προσαρμόζονται εύκολα στις ακραίες μεταβολές της περιβαλλοντικής θερμοκρασίας. Ακόμα, οι ηλικιωμένοι/ες μπορεί να πάσχουν από διαταραχές ύπνου, που συνήθως εμφανίζονται λόγω της άπνοιας, την συχνή ανάγκη για ούρηση, τον πόνο στα πόδια ή την καρδιά.
- **Το αναπαραγωγικό σύστημα:** Τα άτομα άνω των 64 ετών, παρουσιάζουν αλλαγές και στο αναπαραγωγικό σύστημα και την σεξουαλικότητα τους. Κυρίως, επηρεάζονται οι γυναίκες, καθώς βιώνουν την μεταβατική περίοδο της κλιμακτηρίου, μέχρι την εμμηνόπαυση, όπου υπάρχουν μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών. Από την άλλη πλευρά, στους άντρες μεταβάλλεται η σεξουαλική λειτουργία, που συνδέεται με την λειτουργία του προστάτη.
- **Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων:** Οι επιπτώσεις του γήρατος, στους αισθητήρες του ανθρώπινου οργανισμού, έχουν ως αποτέλεσμα να δυσχεραίνουν και τις πέντε αισθήσεις. Αρχικά, εμφανίζεται ο καταρράκτης και μειώνεται το μέγεθος της κόρης του ματιού, αλλά και η ανταπόκρισή της στις αλλαγές φωτός. Πρόβλημα, επίσης αποτελεί και η μείωση της οπτικής οξύτητας. Ειδικότερα, τα ηλικιωμένα άτομα δεν έχουν καθαρή εικόνα σε κοντινές αποστάσεις και



εμφανίζεται η πρεσβυωπία, ενώ παράλληλα μειώνεται η χρωματική όραση. Δευτερευόντως, το κύριο πρόβλημα στις αισθήσεις, με το πέρασ της ηλικίας, εμφανίζεται στην ακοή, αν και δεν επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό την καθημερινότητα. Κάποιες από τις μεταβολές είναι η πρεσβυακοή, δηλαδή η μειωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας και η δυσκολία διαφοροποίησης των περιβαλλοντικών θορύβων από τους κοντινούς. Τρίτον, σημαντικά επηρεάζεται η γεύση και η όσφρηση μετά τα 50 χρόνια, και έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής που συχνά οδηγεί σε μειωμένη όρεξη και κακή διατροφή. Τέλος, μειώνεται και η αίσθηση της αφής, παρόλα αυτά δεν έχει καταγραφεί κάποια σημαντική αναφορά για την μεταβολή στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων.

- **Επιδράσεις στα δύο φύλα:** Όσο αφορά στις διαφορές μεταξύ των δυο φύλων, το ποσοστό θνησιμότητας των ανδρών είναι μεγαλύτερο από αυτό των γυναικών. Δεν είναι γνωστά τα αίτια της μακροβιότητας των γυναικών, αλλά σημαντικό ρόλο παίζουν οι βιολογικοί και οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, αλλά και ο τρόπος ζωής. Από την άλλη πλευρά, παρότι οι γυναίκες ζουν περισσότερο, η ποιότητα της ζωής τους είναι χειρότερη, γεγονός για το οποίο ευθύνονται οι χρόνιες ασθένειες, που προσβάλλουν τις γυναίκες σε μεγαλύτερο βαθμό απ' ό,τι τους άντρες. Αντίθετα, οι άντρες πλήττονται, συνήθως, από οξείες καταστάσεις (Tucker, 1997).

### 1.2.3.: Νευρολογικές και ψυχιατρικές μεταβολές

Οι μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες περιλαμβάνουν την επεξεργασία των πληροφοριών, τον προσανατολισμό στο χώρο και στο χρόνο, την εγχάραξη των νέων πληροφοριών, τη διάρκεια εστίασης της προσοχής, την ικανότητα υπολογισμών, την ανάκληση πληροφοριών, τη γλώσσα και τη νοημοσύνη (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

- **Επεξεργασία πληροφοριών:** Η επιβράδυνση των ηλικιωμένων ατόμων σε καθημερινές λειτουργίες, ευθύνεται στην υπολειτουργία του γνωστικού συστήματος. Η ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, αλλά και εκτέλεση κινήσεων ή αποφάσεων, μειώνεται σημαντικά, σε σχέση με τον χρόνο.

- **Μνήμη:** Οι ηλικιωμένοι/ες, συχνά, χαρακτηρίζονται από απώλεια μνήμης. Με αφετηρία την θέση αυτή, το μέρος της μνήμης που χάνεται, είναι η εργαζόμενη μνήμη. Επεξηγηματικά, είναι το πιο ενεργό κομμάτι του μνημονικού συστήματος, και σχετίζεται με τις πληροφορίες για την λύση ενός προβλήματος ή την κατανόηση μιας κατάστασης.
- **Νοημοσύνη:** Στο τομέα της νοημοσύνης δεν μπορούν να αναφερθούν ξεκάθαρα οι μεταβολές που συμβαίνουν με το πέρασμα του χρόνου. Αυτό συμβαίνει επειδή, η νοημοσύνη του ανθρώπου εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, η σωματική και ψυχική υγεία, η καλή λειτουργία του εγκεφάλου, η γενική μόρφωση και οι ιστορικές πολιτισμικές καταστάσεις που έχει βιώσει τα άτομο.
- **Το κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ):** Το κεντρικό νευρικό σύστημα, δεν επηρεάζεται μόνον από το γήρας, καθώς μεταβολές του παρατηρούνται και στην νόσο του Alzheimer και στην νόσο του Parkinson. Δεν προσβάλλονται το ίδιο όλα τα ηλικιωμένα άτομα, στις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου. Οι ηλικιωμένοι/ες, συχνά, πάσχουν από άνοια, που αρχικά προσβάλλει την μνήμη, και εν συνεχεία παρουσιάζονται διαταραχές ομιλίας, οπτική αίσθηση του χώρου και αποδιοργάνωση του χαρακτήρα. Μεγάλο κίνδυνο διατρέχουν τα άτομα, που φτάνουν στο τελικό στάδιο, όπου υπάρχει πλήρη απώλεια μνήμης, της κρίσης, της λογικής, αλλά και της γνωστικής ικανότητας. Η νόσος Alzheimer, μια νευροεκφυλιστική ασθένεια, όπου σταδιακά καταστρέφονται τα κύτταρα του εγκεφάλου καθώς γίνεται μια κακή αιμάτωση. Παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα, ένα άτομο να προσβληθεί από την νόσο, είναι η έκθεση σε βαρέα μέταλλα, η αυξημένη χοληστερόλη, η υπέρταση, η αδράνεια στη καθημερινή ζωή και στις πνευματικές δραστηριότητες ([www.ygeiaonline.gr](http://www.ygeiaonline.gr)).

Στην περίπτωση που, ένα άτομο βιώνει πολλούς από τους παραπάνω παράγοντες, είναι εύλογο να του χορηγηθεί προληπτικά ορισμένα αντιοξειδωτικά, βιταμίνες και προστατευτικά βότανα, ώστε να σταθεροποιηθεί το νευρικό τους σύστημα, σε συνδυασμό με μια ισορροπημένη διατροφή ([www.ygeiaonline.gr](http://www.ygeiaonline.gr)).

Η διανοητική κατάσταση, με το πέρασ του χρόνου, μπορεί να υπολειτουργήσει και λόγω των εγκεφαλικών επεισοδίων, που συχνά προέρχονται από κακή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, του σακχάρου, της χοληστερόλης και του μεταβολικού συνδρόμου. Σημαντικό, επίσης, να αναφερθεί είναι και δυσκινησία, που

επέρχεται από ένα ή περισσότερα εγκεφαλικά επεισόδια. Για τους παραπάνω, προαναφερθέντες λόγους, ένα άτομο άνω των 64, θα πρέπει συχνά να κάνει προληπτικούς ιατρικούς ελέγχους, όσον αφορά στα νοσήματα, που λειτουργούν ως αιτίες για τα εγκεφαλικά επεισόδια.

Τέλος, όσον αφορά στα νοσήματα του νευρικού συστήματος, πιο συχνή διαταραχή είναι η νόσος Parkinson. Η νόσος, συνηθέστερα, επηρεάζει την κινητικότητα των ηλικιωμένων ατόμων. Τα συμπτώματα που προκαλούνται είναι η βραδυκινησία, η δυσκινησία, ο μη έλεγχος στο τρέμουλο των χεριών, η δυσκολία στο περπάτημα, κυρτωμένη στάση σώματος και νευροψυχιατρικά προβλήματα.

#### **1.2.4.: Συναισθηματικές μεταβολές**

Η ψυχολογία των ηλικιωμένων ατόμων, μεταβάλλεται πολύ, για τον λόγο αυτό θα πρέπει να γίνει σωστή και σταδιακή προετοιμασία για αυτή την μετάβαση. Συχνά, παρατηρείται το φαινόμενο τα ηλικιωμένα άτομα, να νιώθουν νεότερα, απ' ότι ένιωθαν νέοι. Αυτό συμβαίνει επειδή, το γήρας επιφέρει συνειδητοποίηση του εαυτού και της αξίας της ζωής, με αποτέλεσμα να ζουν το παρόν και όχι με τις αναμνήσεις του παρελθόντος, όπως συμβαίνει στις νεώτερες ηλικίες. Η καλή διάθεση, λοιπόν, των ηλικιωμένων, παίζει σημαντικό ρόλο στην καλή ψυχική υγεία και στην πνευματική δραστηριότητα (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

Το γήρας, πολλές φορές συνδέεται με την μοναξιά, την απομόνωση και την σκέψη του θανάτου. Ο φόβος για τον θάνατο έχει συσχετιστεί με το φόβο των γηρατειών και την εικόνα που έχουν οι άλλοι για την τρίτη ηλικία. Οι απόψεις σε μεγάλο βαθμό είναι αρνητικές και συνδέονται με την εικόνα της πτώσης, της φθοράς, η αρχή του τέλους που οδηγεί στο θάνατο (Kramlinger, 2001). Τα παραπάνω στοιχεία, όμως, θα πρέπει να αποτρέπονται και τα ηλικιωμένα άτομα να μην νιώθουν οίκτο για τον εαυτό τους, αλλά να αποδέχονται την γήρανση ως μέρος του κύκλου ζωής. Σημαντικό ρόλο παίζει και η εισαγωγή ενός ηλικιωμένου ατόμου σε γηροκομείο κλειστής περίθαλψης, καθώς συχνά αντιμετωπίζουν πρόβλημα προσαρμογής. Η απόφαση της οικογένειας ή του ίδιου του ηλικιωμένου να κατοικήσει σε ένα γηροκομείο, παραλληλίζεται με την εγκατάλειψη από συγγενείς ή την αίσθηση του «βάρους» στο οικογενειακό περιβάλλον. Στην περίπτωση αυτή, ο/η

ηλικιωμένος/η, είναι αναγκαίο να λάβει την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον και τους ειδικούς. Επεξηγηματικά, θα πρέπει με ειλικρίνεια και υπομονή να γίνει κατανοητό πως η εισαγωγή αυτή συνέβη για να παρέχεται στο ηλικιωμένο άτομο καλύτερη ποιότητα ζωής και η κατάλληλη φροντίδα. Τέλος, από την πλευρά του οικογενειακού περιβάλλοντος, είναι αναγκαίο να διαβεβαιωθεί, αλλά και να τηρηθεί η υπόσχεση συχνής επίσκεψής του και συμπαράστασης σε όποια δυσκολία μπορεί να αντιμετωπίσει (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999).

### **1.3.: Οι ανάγκες των ηλικιωμένων**

Όλοι οι άνθρωποι είναι αναγκαίο να εκπληρώνουν τις βασικές ανάγκες τους, αλλά και τις προσωπικές. Πολλές φορές, επικρατεί η άποψη πως τα ηλικιωμένα άτομα, έχουν λιγότερες ανάγκες από τα νεότερα. Η άποψη αυτή είναι λανθασμένη, καθότι οι ανάγκες των ηλικιωμένων διαφοροποιούνται ως προς τον βαθμό εκπλήρωσης τους και την ποιότητά τους(Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999α). Επεξηγηματικά, αρχικά, όσον αφορά στις βασικές ανάγκες, θα πρέπει να εξασφαλίζονται η τροφή, η ένδυση, η προσωπική υγιεινή και η εξασφάλιση κατοικίας.

Δεύτερον, θα πρέπει να εξασφαλίζεται η μετακίνηση τους και η οικιακή βοήθεια, καθώς είτε υπάρχει η ανάγκη εξωτερικής μετακίνησης, είτε εσωτερικής (μπαστούνι, πατερίτσα, αναπηρικό αμαξίδιο). Τρίτον, σημαντική είναι συντροφιά, οι ανθρώπινες σχέσεις, η οικογενειακή θαλπωρή και η φροντίδα από το οικογενειακό περιβάλλον, χωρίς να δημιουργηθεί το αίσθημα του “βάρους”. Τέταρτον, υπάρχει η ανάγκη για σεβασμόπρος τον άνθρωπο, την αυτονομία τους και την ελευθερία τους. Πέμπτον, θα πρέπει να έχουν δικαίωμα συμμετοχής στα κοινωνικά δρώμενα, ώστε να δραστηριοποιούνται και να νιώθουν το αίσθημα του ανήκει, αλλά και για την ψυχαγωγία τους. Έκτον, θα πρέπει να μπορούν να έχουν πλήρη πρόσβαση στην ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη και την κατ’ οίκον βοήθεια και νοσηλεία, χωρίς η ιατρική φροντίδα να θεωρείται τελευταία προτεραιότητα της οικογένειάς τους, λόγω της ηλικίας τους. Τέλος, οι ηλικιωμένοι έχουν ανάγκη από ασφάλεια και την δυνατότητα να πεθαίνουν δίπλα σε αγαπημένα

τους πρόσωπα (Tucker, 1997).

Με αφορμή τα παραπάνω, θα αναφερθούμε, στο αποτέλεσμα της μη κάλυψης των παραπάνω αναγκών. Αρχικά, λόγω της μειωμένης κοινωνικής δραστηριοποίησης, θεωρείται πως μειώνονται και τα έξοδα τους. Η αδρανοποίηση και η δυσλειτουργία του σώματός τους, όμως, δημιουργεί την ανάγκη για βοήθεια από τρίτους, και η κάλυψη για την πληρωμή αυτών είναι πολυέξοδη. Λόγου χάρη, η επισκευή και συντήρηση του σπιτιού (βάψιμο, μικροεπισκευές, καθάρισμα κήπου), η μετακίνηση τους (ταξί), οι οικιακές δουλειές(οικιακοί βοηθοί), η αγορά προσωπικών ειδών (ένδυση, υπόδηση, τροφή) (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999).

#### **1.4. : Ποιότητα ζωής**

Ο όρος «ποιότητα της ζωής» που έχει περάσει πολλές ιστορικές φάσεις και έχει λάβει πολλές ερμηνείες, ακόμη και από αρχαιότερους χρόνους, έχει απασχολήσει ακόμη και τους Έλληνες φιλοσόφους. Συγκεκριμένα, ο Αριστοτέλης, ο μεγαλύτερος στοχαστής της αρχαιότητας, φιλόσοφος, θεμελιωτής πολλών επιστημών και δημιουργός της Λογικής, με τη λέξη «ευδαιμονία», όπως την ανέλυε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε προφανώς ό,τι και ο όρος «ποιότητα ζωής» (Κουτσιμανή,2009).Ο όρος «ποιότητα της ζωής» αναδείχθηκε μέσα από τις έρευνες για τις συνθήκες ζωής που αναπτύχθηκαν προς τα τέλη του 19ου αιώνα και στις πρώτες δεκαετίες του 20ου αιώνα, στις χώρες της Ευρώπης και στην Αμερική, αγκαλιάζοντας τελικά στη δεκαετία του '30 ένα φάσμα φαινομένων που οδήγησε στη χρησιμοποίηση του όρου. Με αυτή την έννοια, η έρευνα για την ποιότητα της ζωής έκανε την εμφάνισή της αρχικά στις Η.Π.Α. Ειδικότερα, το 1929 ιδρύθηκε στις Η.Π.Α. η πρώτη προεδρική επιτροπή για την καταγραφή των συνθηκών ζωής διαφόρων στρωμάτων της αμερικανικής κοινωνίας και των τάξεων διαφοροποίησής τους. Ακολούθησαν κι άλλες μελέτες, κυρίως στις Η.Π.Α. στη δεκαετία του '30 για να συνεχισθούν, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, στη δεκαετία του '50 και στις άλλες χώρες του κόσμου. Από το 1970 και μετά έχουν γίνει πολλές επιστημονικές συζητήσεις και έχουν καταγραφεί μελέτες με θέμα την ποιότητα της ζωής. Από τις έρευνες αυτές διαπιστώθηκε πως η ποιότητα της ζωής είναι μια ιστορική κατηγορία, με λίγα λόγια μια έννοια που το περιεχόμενό της αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, τις κυρίαρχες αξίες της ζωής και το δυναμισμό των

κοινωνικών δυνάμεων, που οραματίζονται και αγωνίζονται για έναν ανώτερο τρόπο ζωής. Ο όρος, βέβαια, έχει ορισμένα σταθερά σημεία που σχετίζονται με τη "φυσικότητα" και την "κοινωνικότητα" του ανθρώπου (Βακαλιός, 1984).

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

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως στις Κοινωνικές Επιστήμες. Όμως, εφαρμόστηκε και σε άλλα επιστημονικά πεδία, όπως στην Ιατρική και γενικότερα στον χώρο της υγείας ως καθημερινό ποθητό επίτευγμα. Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, φιλοσόφοι, κοινωνικοί επιστήμονες και πολιτικοί άρχισαν να δείχνουν ενδιαφέρον για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Ειδικότερα, το ενδιαφέρον αυτό εκδηλώθηκε στην προσπάθειά τους να αντιμετωπίσουν προβλήματα που δημιουργούνται από τις ανισότητες κατανομής των πόρων και αφορούσαν το γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας, συνδιαστικά και με τις ανησυχίες που προκαλεί η προοδευτική αύξηση του πληθυσμού σχετικά με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών (Οικονόμου και συν, 2001). Η ποιότητα ζωής είναι μια έννοια με πολύ μεγάλο περιεχόμενο και αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Το πλούσιο περιεχόμενό της απαιτεί, από τη μια πλευρά, την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και από την άλλη την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις. Όταν επιχειρείται ο προσδιορισμός της ποιότητας ζωής με τέτοιο τρόπο, που να είναι δυνατή η εκτίμηση και μέτρησή της, τότε γίνεται αντιληπτό ότι έχει πολλαπλές αλληλοεπιδράσεις, που δυσκολεύουν το έργο της μέτρησης. Είναι αντιληπτό πως η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια και αποτελείται από διάφορες συνθήκες ή συστατικά. Κάθεαφηρημένη ή πολυδιάστατη έννοια, η μέτρηση της ποιότητας ζωής μπορεί να διεξαχθεί με ποικίλους και διαφορετικούς τρόπους (Υφαντόπουλος και συν, 2001).

#### 1.4.1. : Οι διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί πολλές ερευνητικές προσπάθειες, με σκοπό να σχεδιαστούν και να δημιουργηθούν κατάλογοι, πίνακες, βαθμολογήσεις, ερωτηματολόγια, δείκτες στοχεύοντας στην αποτύπωση διαφόρων πεδίων και διαστάσεων της ποιότητας ζωής. Με λίγα λόγια, έχουν χρησιμοποιηθεί εργαλεία μέτρησης δραστηριοτήτων και λειτουργιών, ψυχικής υγείας και ψυχικών νόσων, κοινωνικής στήριξης, αντίληψης του ανθρώπου για την υγεία του και την παροχή υπηρεσιών (Βαλάσση- Αδάμ, 2001).

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

Με βάση των αποτελεσμάτων της έρευνας των Bury Michael και Holme Anthea (1990), η μέτρηση της ποιότητας της ζωής, μεταξύ των ηλικιωμένων εξαρτάται από έννοιες που είναι αρκετά δύσκολονα προσδιοριστούν. Ειδικότερα, ένας διαφορετικός τρόπος ζωής μπορεί να είναι το αποτέλεσμα από καταστάσεις ή από επιλογή, ή από έναν συνδυασμό παραγόντων γενικότερα. Οι δείκτες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι κοινοί με τις περισσότερες έρευνες σε αυτόν τον τομέα (George et al., 1980 , Taylor et al. 1983 in Bury et al, 1990): κατάσταση της υγείας, συνθήκες διαβίωσης, ευημερίας και ηθικής. Ακόμη, μεγάλης σημασίας είναι αναγκαίο να είναι η φύση και η σημαντικότητα, για το άτομο, των επίσημων και άτυπων δικτύων στήριξης, η ποιότητα και ο βαθμός της καθημερινής φροντίδας. Αλλά είναι, βέβαια, η αλληλεπίδραση των διαφορετικών επιρροών, που συνδέεται με την υποκειμενική απάντηση του ίδιου του προσώπου, η οποία καθορίζει την ποιότητα της ζωής του (Bury et al, 1990).

Η «ποιότητα ζωής» εξαρτάται από πολλούς παράγοντες: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητά του να πραγματοποιεί τις καθημερινές του δραστηριότητες ώστε να έχει μια ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή. Επίσης, η κοινωνική στήριξη είναι μια σημαντική έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ έχει σχέση με την υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων του

ηλικιωμένου, ο βαθμός στον οποίο επικοινωνεί με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, καθώς και το πώς το ίδιο το άτομο αντιλαμβάνεται την προσωπική του ευημερία, και την ποιότητα της ζωής του (Fernández-Ballesteros, 2002).



## 1.5. : Τα σύγχρονα προβλήματα των ηλικιωμένων ατόμων

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στην Τρίτη Ηλικία είναι συνέπεια των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην μέχρι τώρα ζωή τους. Δηλαδή, η εκπαίδευση, η εργασιακή απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία.

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι: α) η μοναξιά (με την απώλεια συγγενών και κυρίως του ή της συζύγου) δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Ταυτόχρονα, στενεύει ο κύκλος συγγενικών προσώπων, των φίλων και των γνωστών. β) Οικονομικά προβλήματα (υπάρχει μεγάλη οικονομική ανισότητα). Υπάρχουν, δηλαδή, άτομα με υψηλά εισοδήματα, μεσαία, αλλά και αρκετοί είναι στο επίπεδο της φτώχειας όταν φυσικά η σύνταξη είναι η μόνη πηγή εισοδήματος (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α). γ) Τα προβλήματα που προκαλούνται από διάφορες ασθένειες. δ) Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης και γνώσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων. ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και δυσκολία επικοινωνίας. στ) Προβλήματα κατοικίας-στέγης και περιβάλλοντος. Η διαμόρφωση των κατοικιών πλέον αναγκάζει τους υπερήλικες να ζουν σε χώρους που δεν επιτρέπουν την άνετη διαμονή τους και βαραίνουν στον ψυχισμό τους. ζ) Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων με χαμηλό εισόδημα. η) Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου. θ) Η κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους που τις περισσότερες φορές είναι λανθασμένη (ο/η ηλικιωμένος-η θεωρείται από την κοινωνία βάρος). ι) Η έλλειψη σεβασμού στα δικαιώματα των ηλικιωμένων. ια) Η απώλεια της αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου (Πουλοπούλου, 1999).

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

Τα ηλικιωμένα άτομα εκτός από τις βασικές ανάγκες διαβίωσης και επιβίωσης έχουν εξίσου συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες. Μάλιστα, εξαιτίας της ηλικίας τους, στις ανάγκες προστίθενται κάποια θέματα φροντίδας που πρέπει να καλύπτονται για να μπορέσουν, κατά τη διάρκεια που θα ενταχθούν σε ένα σύστημα ιδρυματικής περίθαλψης αλλά και όταν βρίσκονται στο οικογενειακό περιβάλλον, να ζουν με αξιοπρέπεια.

Για να μπορέσουν να τηρηθούν τα όσα αναφέρθηκαν είναι αναγκαίο (Kim, H., Etal., 2000):

- Να διατηρούν τις ανθρώπινες σχέσεις και το αίσθημα της συντροφικότητας(διαρκή ενσωμάτωση στην οικογένεια).
- Να υπάρχει παροχή ιατροφαρμακευτικής κάλυψης και νοσοκομειακή περίθαλψη (ανεξάρτητα την οικονομική ευχέρεια).
- Να τους παρέχεται κατάλληλη σίτιση, ένδυση και υπόδηση.
- Να μπορούν να μετακινούνται, αλλά και να έχουν την κατάλληλη στέγη και ένα ικανοποιητικό εισόδημα που θα βοηθά στην κάλυψη βασικών αναγκών.
- Να έχουν διαρκή ενασχόληση και απασχόληση μέσω διαφόρων δραστηριοτήτων όπου θα μπορούν να ενταχθούν σε διάφορες κοινωνικές ομάδες.
- Να παρέχονται υπηρεσίες από άτομα αλλά και χρήση διαφόρων βοηθημάτων όπως μαστούνη, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο (σε άτομα που είναι περισσότερο ευάλωτα, ασθενείς ή ανάπηροι).

Παράλληλα, οι ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν σε Μονάδες Φροντίδας δεν αλλάζουν από αυτές που έχουν οι ηλικιωμένοι που ζουν στα δικά τους σπίτια. Τα δικαιώματά τους είναι εύλογο να γίνονται σεβαστά όπου και αν διαμένουν, είτε σε Μονάδες Φροντίδας, κατοικίες, είτε σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων. Η εισαγωγή σε ίδρυμα προϋποθέτει διάλογο και σαφώς συναίνεση των ίδιων των ηλικιωμένων, οι οποίοι θα επιλέξουν ανάλογα με τις επιθυμίες τους. Ταυτόχρονα, το ίδρυμα έχει ως όφελος να λειτουργεί με τρόπο που να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ατόμων της τρίτης ηλικίας και να διαθέτει προσωπικό χώρο για το κάθε άτομο ξεχωριστά.

Πιο ειδικά, οι ανάγκες των ηλικιωμένων που ζουν σε ίδρυμα είναι:

- Η προσαρμογή του ηλικιωμένου στο νέο περιβάλλον, με στόχο την καλύτερη διαβίωση.
- Η ανάγκη ιδιωτικής ζωής (προσωπικός χώρος).
- Η ανάγκη επικοινωνίας, εκπαίδευσης, κοινωνικών επαφών, ενασχόλησης και απασχόλησης με νέα ενδιαφέροντα, ενώ αποτρέπεται ο αποκλεισμός, η απομόνωση και βέβαια η απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.
- Η αναγνώριση σε συνδιασμό με τον σεβασμό των δικαιωμάτων τους, της προσωπικότητάς τους, της ελευθερίας τους (να ζουν με τους δικούς τους ρυθμούς).
- Η εξασφάλιση κατάλληλης νοσηλευτικής και ιατρικής περίθαλψης ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους αλλά και σε τυχόν περίπτωση ανάγκης περίθαλψης εκτός ιδρύματος.

- Η ενθάρρυνση για συμμετοχή σε δραστηριότητες, η επικοινωνία με φίλους, γνωστούς και οικογένεια οι οποίοι πρέπει να είναι ευπρόσδεκτοι στο ίδρυμα, καθώς και η αυτονομία διαχείρισης των προσωπικών τους χρηματικών πόρων που θα μπορούν να διαχειρίζονται κατά το δοκούν (Πανέρα, 1999).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>: ΔΟΜΕΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ**

Οι φορείς παροχής κοινωνικών υπηρεσιών κατατάσσονται σε τέσσερις τομείς σύμφωνα με τον Seibel(1989).Ο καθένας, μάλιστα, με τα δικά του χαρακτηριστικά. Αυτοί οι τομείς είναι ο Δημόσιος, ο Εθελοντικός μη-κερδοσκοπικός, οΙδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας, καθώς και τα άτυπα δίκτυα φροντίδας (Σταθόπουλος, 1999). Οι φορείς του Δημόσιου τομέα, του Εθελοντικού μη κερδοσκοπικού και του Ιδιωτικού κερδοσκοπικού, όπως Γραμμή Ζωής, Εταιρεία Alzheimer και Συγγενών Διαταραχών, Ελληνική Γηριατρική & Γeronτολογική Εταιρεία κλπ, αναφέρονται και ως επίσημα δίκτυα φροντίδας. Αξίζει να σημειωθείπως αυτή η ταξινόμηση γίνεται για αναλυτικούς λόγους, διότι στην καθημερινή επαγγελματική πρακτική γνωστοποιείταιότι υπάρχει επικάλυψη των φορέων στην παροχή υπηρεσιών.

### **2.1. : Επίσημες δομές φροντίδας**

Στις επίσημες δομές φροντίδας ανήκουν φορείς που κατατάσσονται στον δημόσιο τομέα, στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό και στον ιδιωτικό κερδοσκοπικό τομέα. Στους φορείς, όπως Ο.Γ.Α, Προγράμματα Δομών κατ' οίκον βοήθειας, Διεύθυνση Κοινωνικής Ανάπτυξης, τμήμα Επιδοματικής Πολιτικής και Ελέγχου των Δήμων, Κέντρα Κοινοτικής Φροντίδας (ΚΕ.ΚΟΙ.Φ-Α.Π.Η.), που στο Δημόσιο τομέα περιλαμβάνονται οι κρατικές υπηρεσίες, κυρίως εκείνες του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, και οι κοινωνικές υπηρεσίες τις οποίες παρέχουν Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.) και φορείς της Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999). Ένα από τα χαρακτηριστικά των προνοιακών φορέων του δημοσίου τομέα είναι ότι αποτελούν θεσμοθετημένα όργανα με νομική υπόσταση. Με λίγα λόγια, έχουν νομική υποχρέωση να παρέχουν τις προνοιακές υπηρεσίες στους πολίτες, δωρεάν. Ακόμη, εξασφαλίζουν ένα επίπεδο οικονομικής διαβίωσης με τα επιδόματα και άλλες μορφές προστασίας σε άτομα και οικογένειες που δυσκολεύονται.

Στον εθελοντικό μη κερδοσκοπικό τομέα κατατάσσονται φορείς μη κυβερνητικοί όπως είναι οι Εθελοντικές Οργανώσεις, η Εκκλησία και τα Φιλανθρωπικά σωματεία. Ειδικότερα, είναι Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, τα οποία λειτουργούν κάτω από την εποπτεία των Υπουργείων Υγείας &

Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και το Υπουργείο Οικονομικών (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

Οι βασικοί ρόλοι του εθελοντικού τομέα είναι (Σταθόπουλος, 1999):

A. Ο δημιουργικός ρόλος. Ο εθελοντικός τομέας μπορεί και καινοτομεί, αλλά και να αναλαμβάνει προγράμματα και δραστηριότητες για την πλήρη ανάπτυξη των ατόμων και των οικογενειών.

B. Στο δεύτερο ρόλο παροχής υπηρεσιών, ο εθελοντικός τομέας λειτουργεί συμπληρωματικά καθώς και υποβοηθητικά προς το δημόσιο τομέα. Αυτό ισχύει και για το ρόλο του εθελοντικού τομέα σχετικά με τις οικονομικές παροχές ως προς το δημόσιο τομέα.

Στον ιδιωτικό τομέα κατατάσσονται ιδιωτικοί κερδοσκοπικοί φορείς. Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι υπεύθυνο για την έκδοση άδειας λειτουργίας και την εποπτεία τέτοιων οργανισμών. Ταυτόχρονα, οι εξυπηρετούμενοι ή οι οικογένειές τους καλύπτουν τα έξοδα που χρειάζονται για την παροχή υπηρεσιών. Επιλογικά, ο ιδιωτικός κερδοσκοπικός τομέας λειτουργεί με πιο γρήγορους ρυθμούς από το Δημόσιο.

## **2.2. : Ανεπίσημες δομές φροντίδας**

Στις δομές φροντίδας ηλικιωμένων, στον τέταρτο τομέα, εντάσσονται τα δίκτυα άτυπης φροντίδας και οι φορείς αυτοβοήθειας. Οι ομάδες αυτοβοήθειας, συνήθως, λειτουργούν ως σωματείο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, όπου υπάρχει νομικό πλαίσιο λειτουργίας. Αλλά, κατά κανόνα δεν υπάρχει νομικό πλαίσιο λειτουργίας. Η κατηγορία αυτή χαρακτηρίζεται κατά κύριο λόγο από τον ανεπίσημο τρόποοργάνωσης και λειτουργίας (Στασινοπούλου, 1992).

Με τη χρήση του όρου "ανεπίσημη φροντίδα" γίνεται ουσιαστικά διάκριση μεταξύ παρόμοιων μορφών φροντίδας, η οποία όμως παρέχεται με αμοιβή από οικιακές βοηθούς, πρακτικές νοσοκόμες, φροντιστές ηλικιωμένων κ.ά. Θέλοντας να περιγράψουμε συνοπτικά τον όρο ανεπίσημη φροντίδα θα λέγαμε πως πρόκειται για τη βοήθεια και τη στήριξη που προσφέρουν τα λεγόμενα "άτυπα δίκτυα", δηλαδή τα οικογενειακά σχήματα, οι συγγενείς, οι γείτονες, οι φίλοι, οι συνάδελφοι στο χώρο εργασίας. Βασικός φορέας άτυπης φροντίδας είναι η οικογένεια, και ακολουθούν οι συγγενείς, οι φίλοι, οι γείτονες.

Όπως προκύπτει από διάφορες έρευνες, η οικογένεια θεωρείται το πιο

σημαντικό άτυπο κοινωνικό δίκτυο, τόσο στη χώρα μας όσο και στις χώρες με ανεπτυγμένα συστήματα κράτους πρόνοιας. Στην Ελλάδα, συγκεκριμένα, επικρατεί η αντίληψη ότι τα άτυπα δίκτυα, ιδιαίτερα τα οικογενειακά και ευρύτερα συγγενικά δίκτυα, παρέχουν ένα μεγάλο μέρος της φροντίδας, καθώς αντικαθιστούν ή συμπληρώνουν σε μεγάλο βαθμό το επίσημο δίκτυο των κοινωνικών υπηρεσιών.

Ένα από τα βασικά αλλά και κίνητρο στη λειτουργία των άτυπων δικτύων είναι η αυτοβοήθεια, καθώς και το ενδιαφέρον για εξυπηρέτηση ατόμων με παρόμοιες ανάγκες και προβλήματα. Οι ομάδες αυτοβοήθειας σχηματίζονται από ανθρώπους που αντιμετωπίζουν ένα κοινό πρόβλημα. Ταυτόχρονα, οι ομάδες αυτές είναι πλέον συνηθισμένο φαινόμενο στις σύγχρονες κοινωνίες για τους εξής λόγους: α) αδυναμία του κράτους στο να καλύψει όλες τις ανάγκες για κοινωνική προστασία, β) επικρατεί η αντίληψη ότι οι πολίτες πρέπει να ενεργούν αυτόνομα και να στηρίζονται στις δικές τους δυνάμεις, από το να περιμένουν λύσεις στα προβλήματα τους από τις κρατικές υπηρεσίες, γ) υπάρχει η πεποίθηση πως, αν οργανωθούν οι πολίτες σε ομάδες αυτοβοήθειας, θα επιτύχουν περισσότερα από το να δράσουν ατομικά. Με λίγα λόγια, αναπτύσσεται η συλλογική δράση και οι πολίτες νιώθουν ότι έχουν τον έλεγχο των πράξεων τους και δεν εξαρτώνται από το ενδιαφέρον των κρατικών λειτουργών (Μαυραντωνάκης και συν., 2003).

Οι μεταξύ σχέσεις του επίσημου τομέα παροχής κοινωνικής φροντίδας και του ανεπίσημου τομέα είναι δύσκολο να ερευνηθούν εμπειρικά, διότι υπάρχουν πολλές εννοιολογικές ασάφειες και μεθοδολογικές δυσκολίες. Ωστόσο, κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι σχέσεις είναι συμπληρωματικές, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι οι δυνατότητες διαπλοκής και συντονισμού είναι περιορισμένες ή ακόμη και ανύπαρκτες. Παράλληλα, δεν είναι σαφές πως αλληλοεπηρεάζονται οι δύο τομείς. Για την έκταση και τη μορφή της ανεπίσημης φροντίδας γίνεται αναφορά στην έμφαση που δίνεται στην παροχή υπηρεσιών μέσα στην κοινότητα. Αυτό άρχισε με την πολιτική αποασυλοποίησης και συρρίκνωσης των ιδρυμάτων κλειστής περίθαλψης για χρονίως πάσχοντες από ψυχολογικές διαταραχές και σωματικές αναπηρίες. Συγκεκριμένα, η αποασυλοποίηση επιδιώκει την ενσωμάτωση του ατόμου στο οικογενειακό και κοινοτικό του περιβάλλον. Η έμφαση που δίνεται είναι στη φροντίδα μέσα στην κοινότητα από την ίδια την τοπική κοινότητα. Η φροντίδα μέσα στην κοινότητα, αναφέρεται "στη δημιουργία εξωϊδρυματικών αλλά κυρίως επίσημων μορφών φροντίδας με ενδιαφέρον για την ενεργό συμμετοχή της τοπικής κοινότητας" (Στασινοπούλου 1992). Η φροντίδα από την κοινότητα αφορά συγκεκριμένα στη λειτουργία άτυπων δικτύων κυρίως από την

οικογένεια, τους συγγενείς, τους φίλους και τις γυναίκες. Από τη πλευρά της παροχής φροντίδας, η τοπική κοινότητα ενδιαφέρει από τη μια σαν πλαίσιο μέσα στο οποίο λειτουργούν τα διάφορα άτομα και άλλα κοινωνικά δίκτυα, από την άλλη και σαν φορέας παροχής φροντίδας. Με την θεσμοθέτηση του δευτέρου βαθμού τοπικής αυτοδιοίκησης στην Ελλάδα, έχει τεθεί το θέμα των αρμοδιοτήτων και του ρόλου της Κεντρικής Εξουσίας και Τοπικής Αυτοδιοίκησης (1<sup>ου</sup> και 2<sup>ου</sup> βαθμού) στον τομέα της κοινωνικής πρόνοιας. Δεν είναι ακόμη ξεκάθαρο πώς θα πραγματοποιηθεί ο διαχωρισμός αυτός και ποιος ρόλος θα κληθεί να παίξει η Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση. Η Κεντρική διοίκηση έχει την τελική ευθύνη για τον στρατηγικό σχεδιασμό του συνόλου των κοινωνικών υπηρεσιών, δηλαδή Κοινωνική Ασφάλεια/ Ασφάλιση, Υγεία/ Ψυχική υγεία, Κοινωνική Κατοικία, Προσωπικές Κοινωνικές Υπηρεσίες, Εκπαίδευση (Σταθόπουλος, 1999).

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>: ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΠΑΛΑΙΟΤΕΡΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Η μελέτη μεθόδων προστασίας του γήρατος στα προηγμένα κράτη άρχισε πιο εντατικά από τις αρχές του 20ου αιώνα και η κοινωνική δράση για το γήρας περίπου στα μισά αυτού του αιώνα. Το 1980 έγιναν μελέτες προβλημάτων του γήρατος στην Ευρώπη και στις Η.Π.Α. Το έτος αυτό διεθνείς οργανώσεις όπως οΟ.Η.Ε., το συμβούλιο της Ευρώπης, και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας εντάσσουν στα προγράμματά τους θέματα που ενδιαφέρουν και αφορούν στους ηλικιωμένους. Το 1982 ψηφίστηκε στη Βιέννη από τα κράτη μέλη του Ο.Η.Ε. ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων. Δηλαδή, είναι ευθύνη κάθε κράτους μέσα στα πλαίσια των παραδόσεων, δομών, και πολιτιστικών αλλαγών, να εφαρμόσει και να διαμορφώσει πολιτική για τα ηλικιωμένα άτομα σχετικά με α) την ασφάλεια, β) την ευημερία και γ) την προαγωγή δραστηριοτήτων. Πριν απ' αυτό, η φροντίδα του ηλικιωμένου γινόταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης (εισαγωγή σε γηροκομείο) και πρόνοιας με τη μορφή της φιλανθρωπίας και πιο λίγο της κρατικής μέριμνας. Είναι γνωστό πως για χρόνια οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν ότι δεν έχουν ανάγκη, ότι δεν αξίζουν να έχουν υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργών, ιδίως στις Η.Π.Α., όπου η Κοινωνική Εργασία είχε αναπτυχθεί σε σχέση με παιδιά ή άλλες κοινωνικές ομάδες. Το επιχείρημα ήταν πως οι διάφορες υπηρεσίες είναι δύσκολο ή αδύνατο να φέρουν αλλαγή στην στάση και τη συμπεριφορά των ηλικιωμένων, επομένως, Κοινωνική Εργασία με αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι απώλεια χρόνου (Πανέρα, 1999).

Στην Ελλάδα, πριν την δημιουργία του νεότερου Ελληνικού κράτους, η μικρή κλειστή κοινότητα είχε ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κοινωνικοοικονομική, πολιτική και πολιτιστική ζωή του τόπου και φυσικά στην φροντίδα των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς αποτελούσε μια προέκταση της ευρείας οικογένειας, και ανάμεσα στα μέλη της υπήρχε συναισθηματική και συχνά οικονομική αλληλοϋποστήριξη, (Συμεωνίδου, 1996). Σύμφωνα με την Ελληνική και Γηριατρική Εταιρεία, όμως, όπως: α) η ανάπτυξη των δυνατοτήτων της ιατρικής και της φαρμακολογίας και τα επιστημονικά επιτεύγματα που αποσκοπούν στην έγκαιρη επισήμανση ασθενειών και στην αντιμετώπισή τους και έχουν ως αποτέλεσμα την μακροζωία. β) Οι δημογραφικές αλλαγές. γ) Το γεγονός ότι τους επιστήμονες δεν τους απασχολεί μόνο η παράταση ζωής, αλλά η διατήρηση των ηλικιωμένων στην ενεργό ζωή. Ενισχύονται με αυτόν τον τρόπο οι αντιλήψεις που έχει η σύγχρονη επιστήμη, η οποία αναθεωρεί τις παλιές πεποιθήσεις σύμφωνα με τις οποίες το πέρασμα του χρόνου και τα γηρατειά μειώνουν την πνευματικότητα του ατόμου. Η



προκατάληψη που υπάρχει, ότι τα γηρατεία είναι μια αξιοθρήνητη κατάσταση ξεπεράστηκε. δ) Υπάρχει μια ομάδα που έχει ένα δυναμικό παρόν στη σύγχρονη κοινωνία, διότι οι ηλικιωμένοι/-ες αντιπροσωπεύονται πολύ καλύτερα από ότι οι νεότεροι στις σημαντικότερες θέσεις της κρατικής μηχανής και στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Στην Ελλάδα, μετά το 1950, οι Έλληνες πρωθυπουργοί ήταν πάνω από 60 ετών και ηλικιωμένοι υπάρχουν όχι μόνο στην πολιτική αλλά και στην οικονομική ζωή του κάθε τόπου γενικά. Τα δεδομένα που αναφέρθηκαν αποσκοπούν στο να υποχρεώσουν τις κυβερνήσεις να αναθεωρήσουν τα κοινωνικά τους προγράμματα και να δημιουργήσουν νέα πολιτική τόσο στον τομέα της υγείας όσο και σε άλλους τομείς που αναφέρονται στην ψυχολογική σφαίρα, καθώς και στην οικονομική (Πανέρα, 1999).

Η έρευνα των Μαυραντωνάκη Α., Στυλιανίδη Κ. και Τσίχλα Δ. που παρουσιάστηκε το 2003 είχε ως σκοπό την καταγραφή των απόψεων των ηλικιωμένων για τα γηροκομεία ως τόπο διαμονής. Με άλλα λόγια, εκθέτονται παραστατικά οι απόψεις των ηλικιωμένων, οι οποίοι διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας. Στη μελέτη αυτή, αναφέρθηκαν τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων, οι ανάγκες οι οποίες παρουσιάζουν, χωρίς να γίνεται παρουσίαση των συνθηκών που επικρατούν στα ιδρύματα κλειστής φροντίδας και των επιπτώσεων, που πιθανόν βάλλουν τον/την ηλικιωμένο/-η.

Σε αντίστοιχη μελέτη των Σωμαράκη Κ., Τσόκας Ν. και Χατζηγεωργίου Μ. το 2007 παρουσιάζεται μια προσπάθεια κατανόησης και διερεύνησης των προβλημάτων και των αναγκών φροντίδας των ηλικιωμένων ατόμων, καθώς και της ικανοποίησης που αντλούν από τα επίσημα και τα ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας.

Τέλος, στη μελέτη των Γαρεφαλάκη, Καρνιάτη και Μαυροκεφαλίδου (2011) διερευνήθηκαν οι στάσεις και πρακτικές των επαγγελματιών υγείας, για τις ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπρόσθετα, εστίασαν, στα ανθρώπινα δικαιώματα και ιδιαίτερα σε εκείνα που θεσπίζονται για την υγεία, όπως επίσης και έρευνα στα πλαίσια του έργου RELAISPLUS (LeonardodaVinci) όπου γίνεται καταγραφή των απόψεων των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν σε ιδρύματα.

Στην παρούσα εργασία, διερευνάται η προσωπική άποψη και οι στάσεις των ηλικιωμένων ατόμων για τα ιδρύματα κλειστού τύπου στα οποία διαμένουν. Πιο ειδικά η έρευνα διεξάγεται στα ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων, κλειστού τύπου, στο Δήμο Ηρακλείου Κρήτης.

# **ΜΕΡΟΣ Β΄ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ**

---

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **4.1. : Το πλαίσιο της έρευνας**

Ως τόπος, όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα αποτελεί το Ηράκλειο Κρήτης. Η έρευνα υλοποιήθηκε σε τρία, από τα πέντε, ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων κλειστού τύπου στο δήμο Ηρακλείου (Παναγία η Γοργοεπήκοος, Απόστολος Τίτος, Πτωχοκομείο Ηρακλείου, ΗΡΑ 1, Αγία Ειρήνη η Χρυσοβαλάντη). Παρόλα αυτά, δεν μπορούν να αναφερθούν στην παρούσα πτυχιακή εργασία καθώς, κατά την συνάντησή μας με τους διευθυντές και τους κοινωνικούς λειτουργούς των ιδρυμάτων, για να μας επιτρέψουν το μοίρασμα των ερωτηματολογίων, συμφωνήθηκε να μην παρουσιαστούν τα ονόματα των ιδρυμάτων φροντίδας, διότι ήθελαν να αποφευχθεί η μεταξύ τους σύγκριση. Αναζητήθηκαν αρκετές πηγές, αλλά δεν ανευρέθηκαν συναφείς έρευνες με την καταγραφή των απόψεων και στάσεων των ηλικιωμένων ατόμων που διαβιούν σε δομή κλειστής του Δήμου Ηρακλείου, σχετικά με την περίθαλψη που τους παρέχεται. Το γεγονός αυτό αναδεικνύει τη σημαντικότητα της έρευνας στο συγκεκριμένο αντικείμενο.

### **4.2. : Σκοπός-Στόχος της έρευνας**

Στα πλαίσια της παρούσας έρευνας αποσκοπούμε να διερευνήσουμε τις στάσεις, αλλά και τις απόψεις των ηλικιωμένων ατόμων, αναφορικά με την ιδρυματική τους φροντίδα στο Ηράκλειο Κρήτης. Ειδικότερα, μέσα από την μελέτη μας, θα επιχειρήσουμε να καταγράψουμε τα δημογραφικά, αλλά και τα κοινωνικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ατόμων που διαβιούν σε ιδρύματα της πόλης του Ηρακλείου, αλλά και να σκιαγραφήσουμε τα διάφορα προβλήματα που ενδεχομένως αντιμετωπίζουν.

Επιπροσθέτως, μέσα από το συγκεκριμένο μας εγχείρημα, θα καταβληθεί προσπάθεια με στόχο να αποτυπωθεί η ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων που συμμετείχαν σε αυτήν από τις διάφορες υπηρεσίες των ιδρυμάτων στα οποία διαβιούν, καθώς επίσης και οι λόγοι για τους οποίους επιλέγουν τα συγκεκριμένα ιδρύματα.

Τέλος, ευελπιστούμε ότι η παρούσα έρευνα θα αποτελέσει το εφαλτήριο για την διατύπωση νέων προτάσεων από τα ηλικιωμένα άτομα που θα έχουν σαν σκοπό τους, την βελτίωση της ιδρυματικής φροντίδας στο Ηράκλειο Κρήτης.

### **4.3. : Ερευνητικά ερωτήματα**

Η επιλογή της ποσοτικής έρευνας αποσκοπεί στην αξιοπιστία και στην ακρίβεια που την διακρίνει. Τα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν ήταν τα εξής:

- Ποιο είναι το προφίλ των περιθαλζόμενων που διαβιούν στο ίδρυμα;
- Ποια είναι η άποψή τους για το βαθμό κάλυψης των αναγκών φροντίδας που τους παρέχει το ίδρυμα;

### **4.4. : Χρησιμότητα της έρευνας**

Η χρησιμότητα μιας έρευνας στο τομέα της ψυχικής υγείας, μπορεί να γίνει αντιληπτή, άμεσα, με το να αποτελέσει σημαντικό εργαλείο στην κοινότητα στην οποία διεξήχθη, αλλά και έμμεσα στην ευρύτερη κοινότητα. Αρχικά, μπορεί να βοηθήσει τους εργαζόμενους στα ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων ατόμων κλειστού τύπου, να κατανοήσουν καλύτερα τις ανάγκες των ηλικιωμένων, όπως και την ευρύτερη κοινότητα, στο να συμβάλει στην βελτίωση των συνθηκών διαβίωσης των ηλικιωμένων. Η σημαντικότητα της έρευνας προκύπτει, λόγω της ολιγάριθμης υπαρξής ελληνικών μελετών, για την κοινότητα των ιδρυμάτων αυτών. Τέλος, η έρευνα μπορεί να δώσει το έναυσμα σε άλλους ερευνητές, να διερευνήσουν περαιτέρω την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων που διαβιούν σε ιδρύματα.

### **4.5. : Περιορισμοί της έρευνας**

Είναι σημαντικό να επισημάνουμε σε αυτό το σημείο, ότι η έρευνά μας υπόκειται σε κάποια όρια και περιορισμούς, κάτι το οποίο συμβαίνει σε κάθε ποσοτική έρευνα, καθότι είναι αδύνατον να διεξαχθεί μία τέλεια έρευνα. Αναφορικά

με την επιλογή του δείγματος, προέκυψαν κάποιοι περιορισμοί. Οι συμμετέχοντες έπρεπε να είναι ικανοί να συμμετέχουν, να έχουν δηλαδή καλή επικοινωνιακή ικανότητα. Να δώσουν αληθείς απαντήσεις, χωρίς να παρεμποδίζονται από κάποια σοβαρή ασθένεια, ή πρόβλημα υγείας.

Επιπροσθέτως, το γεγονός ότι, οι συμμετέχοντες διαβιούσαν σε ιδρύματα του Δήμου Ηρακλείου, δεν μας επιτρέπει να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας, αφού το δείγμα μας έχει περιοριστεί στο συγκεκριμένο δήμο, κάτι που σημαίνει ότι, είχαν εξαρχής τεθεί γεωγραφικά όρια.

Τέλος, η υποχρέωσή μας να συνάδουμε με τα ηθικά ζητήματα και τα θέματα δεοντολογίας κατά την διεξαγωγή της έρευνάς μας, μας έθεσε εκ των πραγμάτων κάποια όρια, τόσο ως προς την υλοποίηση της έρευνας, όσο και ως προς την επεξεργασία των δεδομένων, αφού δεν υπήρχε η δυνατότητα να αναφερθούμε σε προσωπικά στοιχεία των ηλικιωμένων ατόμων.

#### **4.6. : Μεθοδολογική Προσέγγιση**

Η συγκεκριμένη μελέτη είναι μια ποσοτική έρευνα που πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο του δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα προσέγγισης μεγάλου μέρους από τον πληθυσμό. «Η ποσοτική έρευνα, σε αντίθεση με την ποιοτική, έχει σταθερή και δύσκαμπτη δομή. Ο σχεδιασμός της επιδέχεται ελάχιστες αλλαγές εφόσον η έρευνα έχει ξεκινήσει, ενώ βασικό της γνώρισμα είναι ότι επιτρέπει τη σύνδεση δύο ή περισσότερων χαρακτηριστικών για μεγάλο αριθμό περιπτώσεων, αναδεικνύοντας έτσι τις γενικές τάσεις που εμφανίζονται στο δείγμα. Η δυνατότητα που έχει ο ερευνητής να προσεγγίσει μεγάλο μέρος του πληθυσμού είναι ένα βασικό στοιχείο για την προτίμηση που επιδεικνύεται προς τις ποσοτικές μεθόδους όταν πρόκειται για τον έλεγχο της θεωρίας» (Κυριαζή, 2011). Ως πεδίο μελέτης αποτέλεσε το Ηράκλειο Κρήτης. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι η απλή τυχαία δειγματοληψία. Σύμφωνα με τη μέθοδο αυτή, τα άτομα που ήταν σε θέση να απαντήσουν, είχαν ίσες πιθανότητες να επιλεγθούν (Κορρές Κ., 2013). Αυτό διότι, πολλοί από τους/τις ηλικιωμένους/-νες είχαν προβλήματα υγείας, όπως για παράδειγμα άνοια, με βάση την ενημέρωση που υπήρχε σε κάθε ίδρυμα από τον/την κοινωνικό/-η λειτουργό. Κύριο μέλημα η συλλογή ενός αντιπροσωπευτικού

δείγματος, όσον αυτό ήταν δυνατόν και η διαμόρφωση ενός κατάλληλου για την έρευνα ερωτηματολογίου.

#### **4.7. : Το δείγμα της έρευνας και κριτήρια αποκλεισμού**

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, η συγκεκριμένη έρευνα διεξήχθη κατά τις δύο τελευταίες εβδομάδες του μήνα Νοεμβρίου του έτους 2017, σε κλειστά ιδρύματα περίθαλψης ηλικιωμένων, όπου βρίσκονται στο δήμο Ηρακλείου Κρήτης. Αναφορικά με το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας, αυτό αποτελείται από ηλικιωμένα άτομα και των δύο φύλων, τα οποία διαβιούν σε ΜΦΗ, έστω και για μικρό χρονικό διάστημα. Επίσης, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι, εφαρμόστηκε στην πράξη η απλή τυχαία δειγματοληψία, με βασικό κριτήριο η ικανότητα επικοινωνίας και η θέληση για συμμετοχή. Αναγκαία βέβαια, η εχεμύθεια προς τους ίδιους και το ίδρυμα, που διαμένουν.

Τέλος, κατά την επιλογή των ατόμων που τελικά αποτέλεσαν το δείγμα μας, στο σύνολο εκατόν εννιά (109) άτομα, εφαρμόστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια αποκλεισμού, με βάση τα οποία, οι ηλικιωμένοι/ες που επιλέχθηκαν, σε ίση περίπου αριθμητική αναλογία ως προς το φύλο, με τη βοήθεια των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονταν στο εκάστοτε ίδρυμα, ήταν ικανά να απαντήσουν στις ερωτήσεις, κάτι που ουσιαστικά σημαίνει ότι, απορρίφθηκαν από την έρευνά μας τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία είχαν άνοια ή έπασχαν από σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία λειτουργούσαν ως τροχοπέδη στην συμμετοχή τους, αλλά και στη λήψη αληθών απαντήσεων.

#### **4.8. :Ερευνητικά εργαλεία**

Όσον αφορά στο εργαλείο της παρούσας έρευνας, αυτό ήταν το ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελούνταν από ερωτήσεις κλειστού τύπου. Με λίγα λόγια, το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε βήμα-βήμα προσαρμοσμένο στους ηλικιωμένους, όπου και απευθυνόταν. Πραγματοποιήθηκαν, στη συνέχεια, τροποποιήσεις στο αρχικό πλάνο του ερωτηματολογίου για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ερωτηθέντων με βάση τις ανάγκες τους, αφού πρώτα

πραγματοποιήθηκε δοκιμή για την προσέγγισή τους. Προκειμένου να απαντήσουμε στα ερευνητικά ερωτήματα που τέθηκαν αρχικά, έχει διενεργηθεί ποσοτική έρευνα και ειδικότερα, μία εμπειρική μελέτησυγχρονικού τύπου, με σωστά δομημένες και κατάλληλα επιλεγμένες ερωτήσεις, τις οποίες και κλήθηκαν να απαντήσουν τα άτομα που απαρτίζουν το δείγμα μας.

Οι θεματικές ενότητες του ερωτηματολογίου ήταν οι εξής:

- Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά
- Χαρακτηριστικά διαβίωσης στο ίδρυμα
- Αξιολόγηση υπηρεσιών-προγραμμάτων

Πιο συγκεκριμένα, μέσα από ερωτηματολόγιο, επιχειρούμε να αποκομίσουμε πληροφορίες. Στην πρώτη θεματική ενότητα,πραγματοποιείται συλλογή πληροφοριών αναφορικά με τα κοινωνικό-δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Αποτελείται από δεκαπέντε (15) ερωτήσεις, όπως είναι παραδείγματος χάριν η ηλικία, το φύλο τους, η οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, καθώς και στοιχεία για άλλες μεταβλητές, οι οποίες αφορούν σε ποιοτικά χαρακτηριστικά των ερωτηθέντων.

Στην δεύτερη θεματική ενότητα, συλλέγονται τα χαρακτηριστικά διαβίωσης στο ίδρυμα. Αποτελείται από εννέα (9)ερωτήσεις, όπως είναι για παράδειγμα ποιες ανάγκες καλύπτονται από το ίδιο το ίδρυμα, τις συνθήκες διαβίωσης. Στην τρίτη θεματική ενότητα, πραγματοποιείται αξιολόγηση των υπηρεσιών και προγραμμάτων από τους/τις ερωτηθέντες και αποτελείται από τέσσερις (4) ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων. Σε κάποιες από αυτές, καλούνται να απαντήσουν σχετικά με την ικανοποίηση, την ασφάλειά τους και να αναφέρουν τυχόν προβλήματα που μπορεί να υπάρχουν αλλά και προτάσεις βελτίωσης της ιδρυματικής φροντίδας.

Πριν από την τελική έρευνα, βέβαια, προηγήθηκε πιλοτική έρευνα σε μικρό αριθμό ερωτηθέντων για να γίνει δοκιμή του ερωτηματολογίου. Ακόμη, για τη συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις με καταγραφή των απαντήσεων από τον συνεντευκτή, καθώς υπήρχε δυσκολία από έναν αριθμό ηλικιωμένων να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια.

## **4.9. : Ηθικοί κανόνες και δεοντολογία της έρευνας**

Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να τονίσουμε ότι, καθόλη την διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας έρευνας, προσπαθήσαμε και τελικά επιτύχαμε σε σημαντικό βαθμό, να εναρμονιστούμε με τις επιταγές που ορίζουν οι ηθικοί κανόνες, αλλά και η δεοντολογία που διέπει κάθε τέτοιου είδους έρευνα.

Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο συνοδευόταν από συνοδευτική επιστολή, η οποία αποσκοπούσε στο να παρουσιάσει, αλλά και να ενημερώσει τους συμμετέχοντες για την σημασία της συγκεκριμένης έρευνας, αλλά και να τους διαβεβαιώσει για την ανωνυμία των απαντήσεων που θα δοθούν από εκείνους, αλλά και την μη κοινοποίηση των προσωπικών τους δεδομένων.

Πράγματι, καθόλη την διάρκεια εκπόνησης του συγκεκριμένου εγχειρήματος, δεν αναφέρθηκαν καθόλου τα προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, τόσο των ατόμων που απάρτιζαν το δείγμα μας, όσο και των κοινωνικών λειτουργών που μας βοήθησαν στην επιλογή τους, ενώ τέλος, κρίθηκε αναγκαίο να λάβουμε την άδεια από το εκάστοτε ίδρυμα περίθαλψης ηλικιωμένων, προτού μεταβούμε στο χώρο του για να διεξάγουμε την έρευνά μας.

## **4.10.: Ανάλυση των δεδομένων**

Αναφορικά με τον τρόπο ανάλυσης των δεδομένων, αξίζει να αναφέρουμε ότι, οι απαντήσεις των ερωτηθέντων κωδικοποιήθηκαν και στην συνέχεια εισήχθησαν, αναλύθηκαν ποσοτικά και παρουσιάστηκαν με την βοήθεια του στατιστικού πακέτου SPSS (StatisticalPackageforSocialSciences).

Πιο αναλυτικά, πραγματοποιήθηκε μια ακολουθία πράξεων που περιείχε την καταχώρηση των δεδομένων, περιγραφική στατιστική (ποσοστά, συχνότητες, αριθμητικοί μέσοι, τυπικές αποκλίσεις) με πίνακες συχνοτήτων όπου θα υπολογίζεται η συχνότητα (N) και η σχετική συχνότητα (ποσοστό) για τις απαντήσεις των ηλικιωμένων. Επιπλέον, στατιστικές τεχνικές που χρησιμοποιούν μεταβλητές, καθώς πίνακες και γραφήματα. Συνάμα, η παρουσίαση των δεδομένων έγινε με στατιστικούς και αριθμητικούς πίνακες, με ραβδογράμματα και γραφήματα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναλύθηκαν με βάση τα ερευνητικά ερωτήματα και τους στόχους που είχαν



τεθεί. Στη συνέχεια, ακολούθησε η εξαγωγή συμπερασμάτων (Γναρδέλλης, 2003).

#### **4.11. : Εγκυρότητα και Αξιοπιστία**

Στην έρευνα είναι αναγκαίο τα αποτελέσματα που προκύπτουν να είναι βάσιμα, δηλαδή να καλύπτει το φάσμα της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας. Με άλλα λόγια, πετυχημένη έρευνα θεωρείται εκείνη, στην οποία διασφαλίζεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερευνητικού εργαλείου (το ερωτηματολόγιο). Με τον όρο εγκυρότητα, εννοούμε την ιδιότητα της κλίμακας να μετρά αυτό που ισχυρίζεται ότι μετρά (Ψαρού και Ζαφειρόπουλος, 2004).

Στη παρούσα έρευνα, το ερωτηματολόγιο περιείχε ερωτήματα, τα οποία εξέταζαν την άποψη των ηλικιωμένων για την ποιότητα φροντίδας τους, το βαθμό ικανοποίησης από το ίδρυμα. Πέρα από την διερεύνηση των πλευρών σχετικά με το θέμα της έρευνας, το ερωτηματολόγιο περιείχε και πρόσθετες ερωτήσεις όπως φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης, οικογενειακή και οικονομική κατάσταση κ.α. για περαιτέρω πληροφορίες. Αναμφισβήτητα, ήταν σαφής ο καθορισμός και η έννοια της μελέτης προς τους συνεντευξιαζόμενους, οι οποίοι συμμετείχαν οικειοθελώς και επικύρωσαν τα ευρήματα της έρευνας.

Η διερεύνηση των απόψεων των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στα ιδρύματα κλειστού τύπου, στο Δήμο Ηρακλείου, έγινε κατά βάση με την κλίμακα Likert και αποτελείται από απαντήσεις με διαφορετικό βαθμό διαφωνίας ή συμφωνίας. Η χρήση της συγκεκριμένης κλίμακας έγινε λόγω το ότι η έρευνα που διεξήχθη μετρά στάσεις και απόψεις μεγάλης ομάδας ηλικιωμένων ατόμων στο Δήμο Ηρακλείου.

Η διαδικασία αξιολόγησης των οργάνων μέτρησης, στην παρούσα έρευνα των κλιμάκων Likert και Guttman, κρίνει σε μεγάλο βαθμό την αξία ολόκληρης της έρευνας που έχει διεξαχθεί. Στο στάδιο αυτό θα χρησιμοποιηθούν κυρίως οι έννοιες αξιοπιστία και εγκυρότητα. Η επίτευξη των δύο αυτών δομικών χαρακτηριστικών σε υπέρτατο βαθμό είναι πρακτικά ανέφικτο, παρόλα αυτά θα πρέπει να αποτελεί στόχο κάθε ερευνητή. Επιπλέον, η αξιολόγηση προσδίδει στα αποτελέσματα της έρευνας τους χαρακτηρισμούς αληθείς, πιστευτά ή ότι ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα.

Αρχικά, ο όρος αξιοπιστία σημαίνει πως το αριθμητικό αποτέλεσμα δεν θα εμφανίσει ποικιλία εάν είναι αξιόπιστο. Η έννοια της αξιοπιστίας εμπεριέχει τρία βασικά χαρακτηριστικά τα οποία θα χαρακτηρίσουν και την κλίμακα ως αξιόπιστη. Το πρώτο χαρακτηριστικό είναι η σταθερότητα κατά την οποία επαναλαμβάνουμε την εφαρμογή του οργάνου και μας δίνει τα ίδια αποτελέσματα. Το χαρακτηριστικό αυτό χωρίζεται σε τρεις διαφορετικές μεθόδους, ο έλεγχος-επανελέγχος, οι εναλλακτικοί τύποι αξιοπιστίας και η στατιστική συσχέτιση αποτελεσμάτων. Στην παρούσα έρευνα θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος του ελέγχου- επανελέγχου, κατά την οποία πρέπει οι συγκρίσεις να γίνονται σε παρόμοιες συνθήκες. Η σύγκριση εκφράζεται με το συντελεστή γραμμικής συσχέτισης του Pearson,  $r$ . Όταν η τιμή του  $r > 0,70$  τότε το όργανο θεωρείται αξιόπιστο. Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι η εσωτερική συνοχή ή συνάφεια. Οι τεχνικές που μπορούν να χρησιμοποιηθούν είναι η αξιοπιστία των διαιρεμένων μισών, ο συντελεστής  $\alpha$  του Cronbach, ο συντελεστής Kuder-Richardson και η τεχνική ItemTotalCorelation. Στην έρευνα μας θα χρησιμοποιηθεί ο συντελεστής Kuder-Richardson και η τεχνική ItemTotalCorelation. Η πρώτη θα χρησιμοποιηθεί στην κλίμακα Guttman και ο συντελεστής είναι  $KR_{20} = (n/n-1)(1-\Sigma r^2/\sigma^2)$ . Ο δείκτης ItemTotalCorelation θα χρησιμοποιηθεί στην κλίμακα Likert, όπου θα υπολογισθεί η σχέση ανάμεσα σε κάθε μια από τις καταγραφές και την κλίμακα στο σύνολο της. Το τρίτο χαρακτηριστικό είναι η ισοδυναμία, όπου θα χρησιμοποιηθεί η μέθοδος των διαιρεμένων μισών δηλαδή θα πρέπει να υπάρχει υψηλή ισοδυναμία όταν ο συντελεστής συσχέτισης ανάμεσα στα αποτελέσματα συμφωνεί με δύο ή περισσότερα άτομα (Saunders, Lewis, Thornhill, 2012).

Το δεύτερο χαρακτηριστικό είναι η εγκυρότητα όπου αξιολογούμε την κλίμακα σχετικά με τις μεταβλητές. Το χαρακτηριστικό αυτό διακρίνεται σε ορισμένες μορφές. Η πρώτη είναι η εγκυρότητα περιεχομένου, κατά την οποία βλέπουμε τον βαθμό που μία κλίμακα υπολογίζει σωστά τα χαρακτηριστικά και τους παράγοντες που προτίθεται να μετρήσει. Έπειτα είναι η εγκυρότητα όψεως ή φαινομενική εγκυρότητα. Η διαδικασία αυτή αφορά στο βαθμό όπου μια διαδικασία μέτρησης δίνει την εντύπωση ότι μετρά αυτό για το οποίο δημιουργήθηκε να μετρήσει. Ουσιαστικά, είναι μια διαδικασία η οποία βασίζεται στην μαρτυρία κάποιων στο ότι το συγκεκριμένο εργαλείο φαίνεται να είναι έγκυρο. Ο τύπος αυτός είναι ένας χρήσιμος τρόπος αξιολόγησης, παρόλο που δεν είναι αυστηρά επιστημονικός, ωστόσο καθώς έχει προκύψει πως από προηγούμενες έρευνες έχει μια φαινομενική εγκυρότητα, τότε το ποσοστό που θα θεωρήσει την έρευνα μη έγκυρη θα

είναι πολύ χαμηλό. Συμπερασματικά, χρησιμοποιήθηκαν και οι δύο παραπάνω μέθοδοι συνδυαστικά, ώστε να μην υπάρξει σύγχυση για την εγκυρότητα του αποτελέσματος.

Πέρα από τα παραπάνω, η έρευνα διεξήχθη με έντιμο και ηθικό τρόπο, δίνοντας τη δυνατότητα στους αποδέκτες να ασκήσουν έλεγχο στα αποτελέσματα και τις διαδικασίες με τις οποίες παρήχθησαν. Ακόμη, η συμμετοχή των ηλικιωμένων ατόμων ήταν συνειδητή, έχοντας γνώριμη την ύπαρξη ανωνυμίας στις απαντήσεις τους.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ- ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΣΧΕΤΙΣΕΙΣ**

Στο κεφάλαιο που ακολουθεί περιγράφονται τα αποτελέσματα της στατιστικής επεξεργασίας των ερωτηματολογίων.

### **5.1. : Κοινωνικό- δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος**

**Πίνακας 1: Φύλο**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άνδρας	57	52,3	52,3	52,3
Γυναίκα	52	47,7	47,7	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 2: Ηλικία**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <65	19	17,4	17,4	17,4
66-75	34	31,2	31,2	48,6
76-85	30	27,5	27,5	76,1
>86	26	23,9	23,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 3: Επίπεδο εκπαίδευσης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αναλφάβητος	13	11,9	11,9	11,9
Δεν έχει αποφοιτήσει από Δημοτικό	24	22,0	22,0	33,9
Δημοτικό	30	27,5	27,5	61,5
6-τάξιο Γυμνάσιο	26	23,9	23,9	85,3
Ανώτερη/ανώτατη εκπαίδευση	16	14,7	14,7	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 4:Επάγγελμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Αγρότης, Κτηνοτρόφος, Αλιέας	27	24,8	24,8	24,8
Εργάτης, Τεχνίτης	19	17,4	17,4	42,2
Έμπορος, Επιχειρηματίας, Ελ. επαγγελματίας	16	14,7	14,7	56,9
Ιδιωτικός υπάλληλος	20	18,3	18,3	75,2
Δημόσιος υπάλληλος	19	17,4	17,4	92,7
Άλλο	8	7,3	7,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 5:Οικογενειακή κατάσταση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Άγαμος	22	20,2	20,2	20,2
Έγγαμος	23	21,1	21,1	41,3
Διαζευγμένος	31	28,4	28,4	69,7
Χήρος	33	30,3	30,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 6: Ύπαρξη παιδιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	65	59,6	59,6	59,6
Όχι	44	40,4	40,4	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 7:Αριθμός παιδιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	43	39,4	39,4	39,4
1	15	13,8	13,8	53,2
2	24	22,0	22,0	75,2
3	16	14,7	14,7	89,9
4	9	8,3	8,3	98,2
5	2	1,8	1,8	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 8: Διαμονή παιδιών**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	43	39,4	39,4	39,4
Ίδια πόλη	30	27,5	27,5	67,0
Valid Άλλη περιοχή εντός Κρήτης	23	21,1	21,1	88,1
Εκτός Κρήτης	13	11,9	11,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 9: Διαμονή τα περισσότερα χρόνια της ζωής**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Χωριό	15	13,8	13,8	13,8
Κωμόπολη <10.000	28	25,7	25,7	39,4
Valid Πόλη <50.000	35	32,1	32,1	71,6
Πόλη >50.000	31	28,4	28,4	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 10: Διαμονή πριν την εισαγωγή στο γηροκομείο**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Δικό μου σπίτι	42	38,5	38,5	38,5
Ενοίκιο	40	36,7	36,7	75,2
Valid Φιλοξενία από παιδιά	18	16,5	16,5	91,7
Άλλο γηροκομείο	6	5,5	5,5	97,2
Άλλο	3	2,8	2,8	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 11: Οικονομική κατάσταση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Πολύ καλή	9	8,3	8,3	8,3
Καλή	34	31,2	31,2	39,4
Valid Μέτρια	37	33,9	33,9	73,4
Κακή	18	16,5	16,5	89,9
Πολύ κακή	11	10,1	10,1	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 12: Υποκειμενική αντίληψη για την κατάσταση υγείας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Πολύ καλή	7	6,4	6,4	6,4
Καλή	50	45,9	45,9	52,3
Μέτρια	39	35,8	35,8	88,1
Κακή	13	11,9	11,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 13: Υπαρξη ασθένειας**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	50	45,9	45,9	45,9
Όχι	59	54,1	54,1	100,0
Total	109	100,0	100,0	

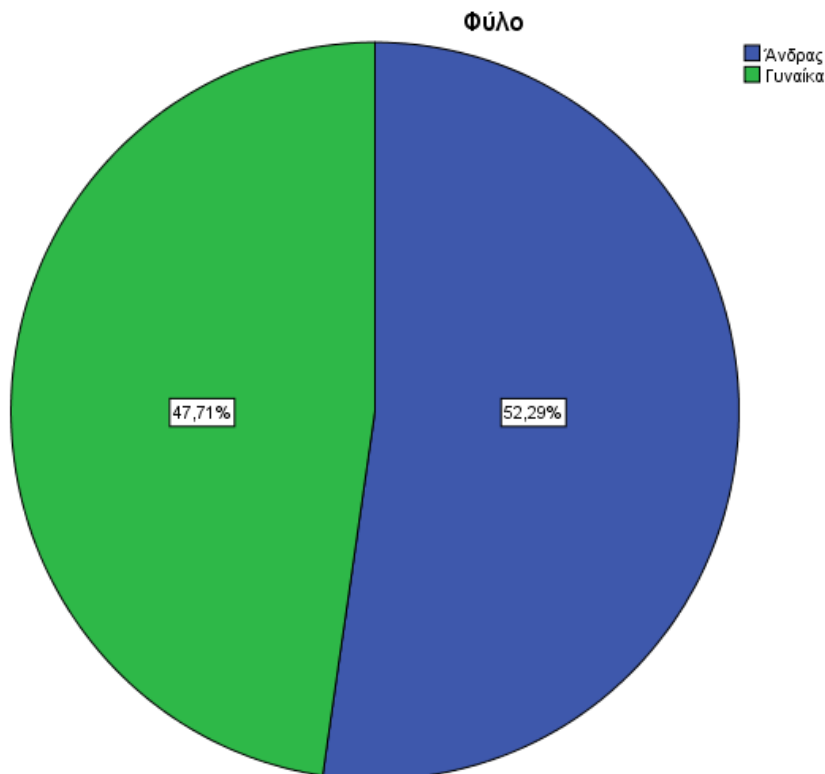
Το δείγμα της παρούσας έρευνας αποτελούνταν από συνολικά 109 άτομα, εκ των οποίων οι 57 ήταν άνδρες και οι 52 γυναίκες. Το 31,2% ήταν ηλικίας μεταξύ 66 και 75 ετών, το 27,5% ηλικίας 76 έως 85 ετών και το 23,9% μεγαλύτεροι από 86 έτη, ενώ σχετικά με τη μόρφωσή τους, το 27,5% ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, το 23,9% απόφοιτοι εξατάξιου Γυμνάσιου, το 22,0% δεν είχαν ολοκληρώσει το Δημοτικό και το 14,7% απόφοιτοι ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης. Οι περισσότεροι (24,8%) ήταν αγρότες, κτηνοτρόφοι ή αλιείς, το 18,3% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και το 17,4% δημόσιοι υπάλληλοι, και το 17,4% εργάτες ή τεχνίτες πριν πάρουν σύνταξη.

Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση, το 30,3% ήταν χήροι, το 28,4% διαζευγμένοι, το 21,1% έγγαμοι και το 20,2% άγαμοι. Η πλειοψηφία είχε παιδιά (59,6%), ενώ οι περισσότεροι είχαν δύο παιδιά (22,0%). Τα παιδιά τους διέμεναν κυρίως στην ίδια πόλη με τους γονείς (30 παιδιά) ή σε άλλη πόλη εντός πάντα του νομού Κρήτης (23 παιδιά).

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν ζήσει σε πόλεις με πληθυσμό κάτω των 50.000 κατοίκων (32,1%) ή σε πόλεις άνω των 50.000 κατοίκων (28,4%), ενώ λίγοι ήταν αυτοί που είχαν ζήσει σε χωριά (13,8%). Πριν από την εισαγωγή τους στο γηροκομείο το 38,5% έμενε σε δικό του σπίτι και το 36,7% σε ενοίκιο, ενώ το 16,5% φιλοξενούνταν από τα παιδιά του.

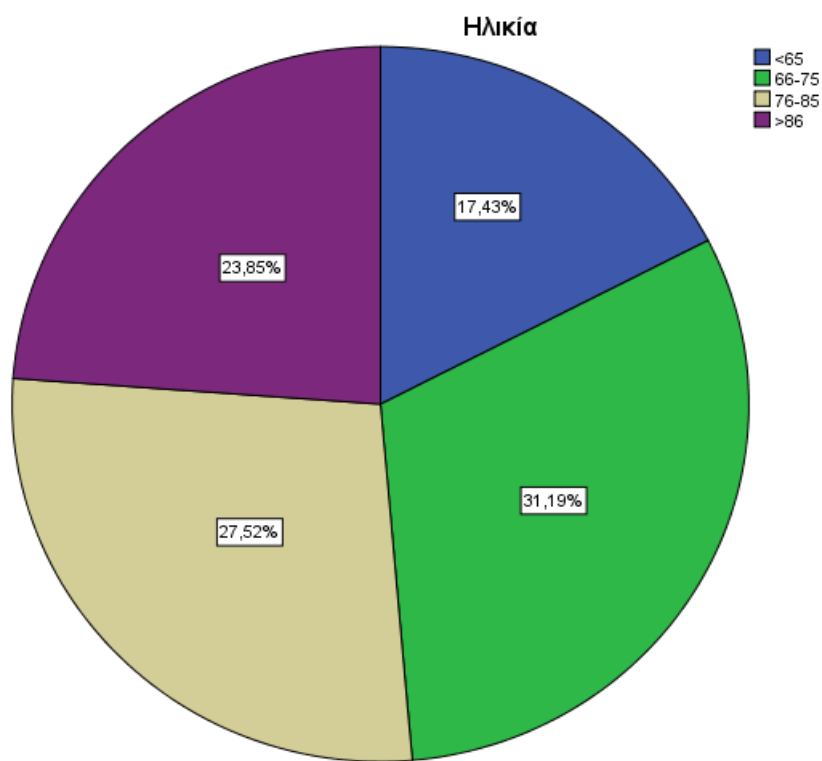
Η οικονομική τους κατάσταση ήταν μέτρια για το 33,9% και καλή για το 31,2%, ενώ το 8,3% δήλωσε ότι αυτή ήταν πολύ καλή και μόλις το 10,1% πολύ κακή. Όσον αφορά στην υγεία τους, το 45,9% δήλωσε ότι αυτή ήταν καλή και το 35,8% μέτρια, ενώ το 6,4% πίστευε ότι η υγεία του ήταν πολύ καλή. Τέλος, το 45,9% δήλωσε ότι υποφέρει από κάποια ασθένεια και το 54,1% ότι είναι απολύτως υγιές.

**Γράφημα 1**

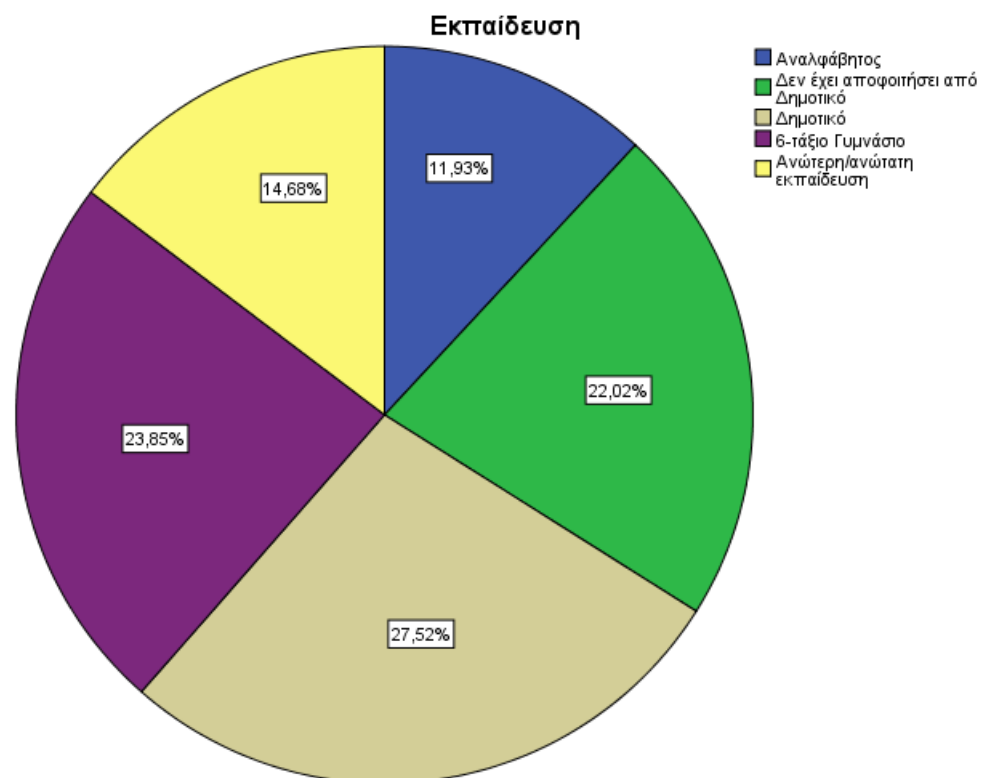




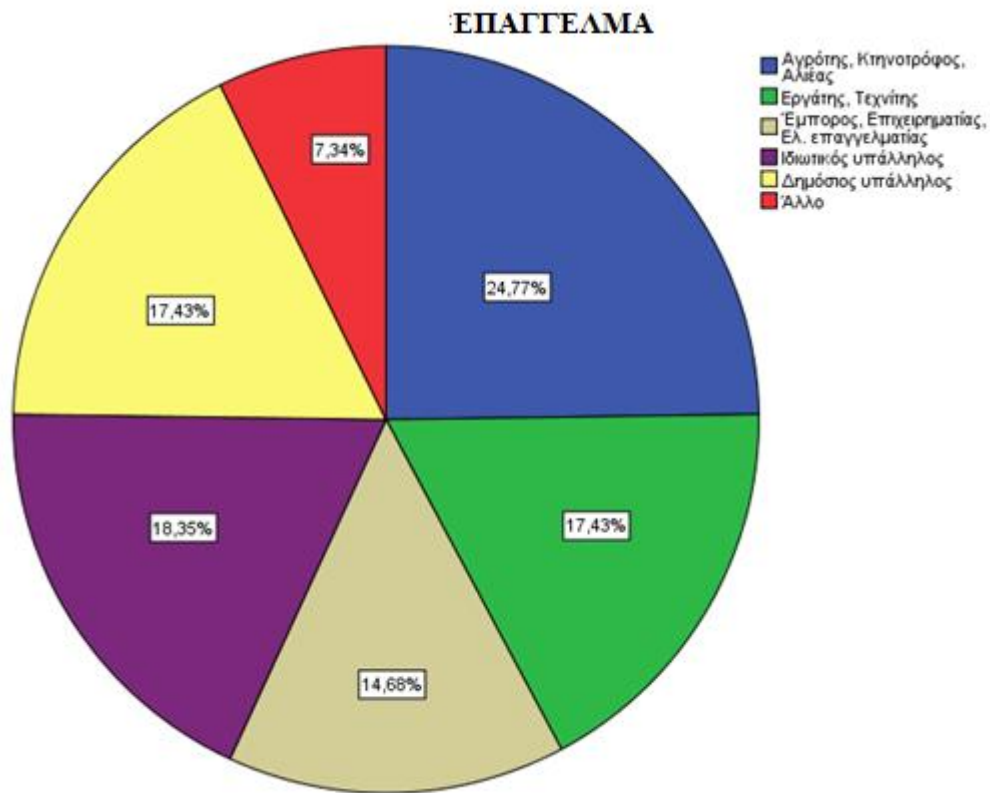
Γράφημα 2



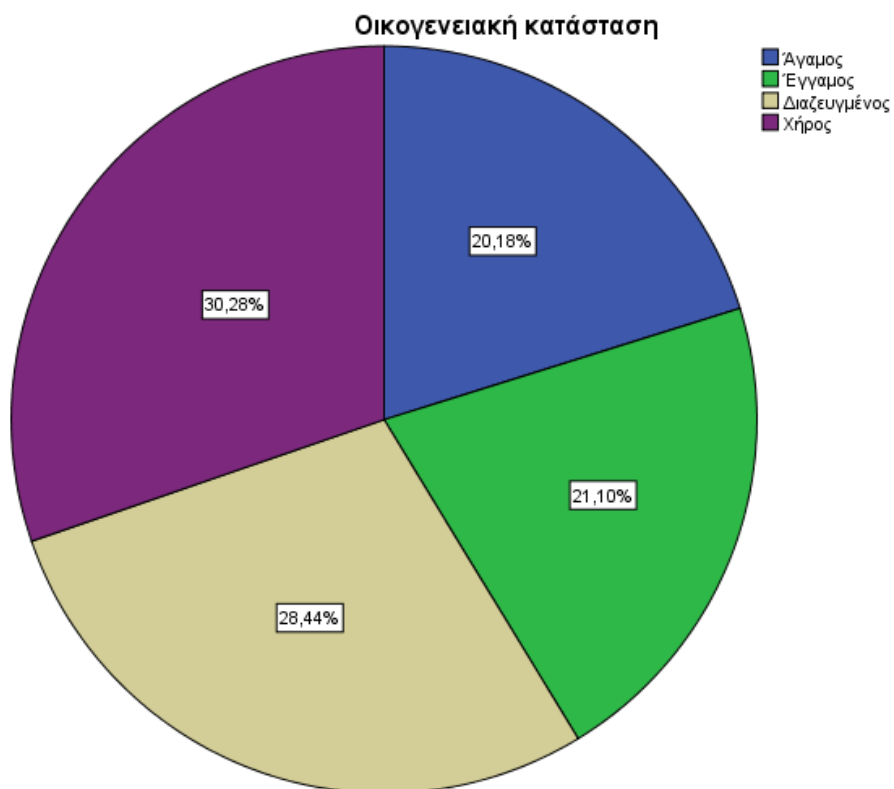
Γράφημα 3



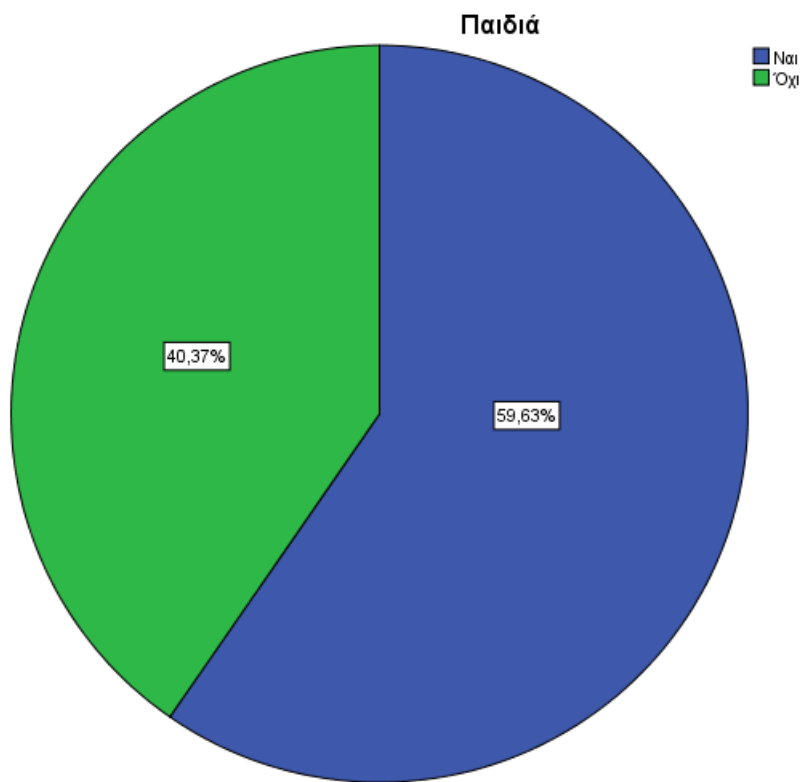
Γράφημα 4



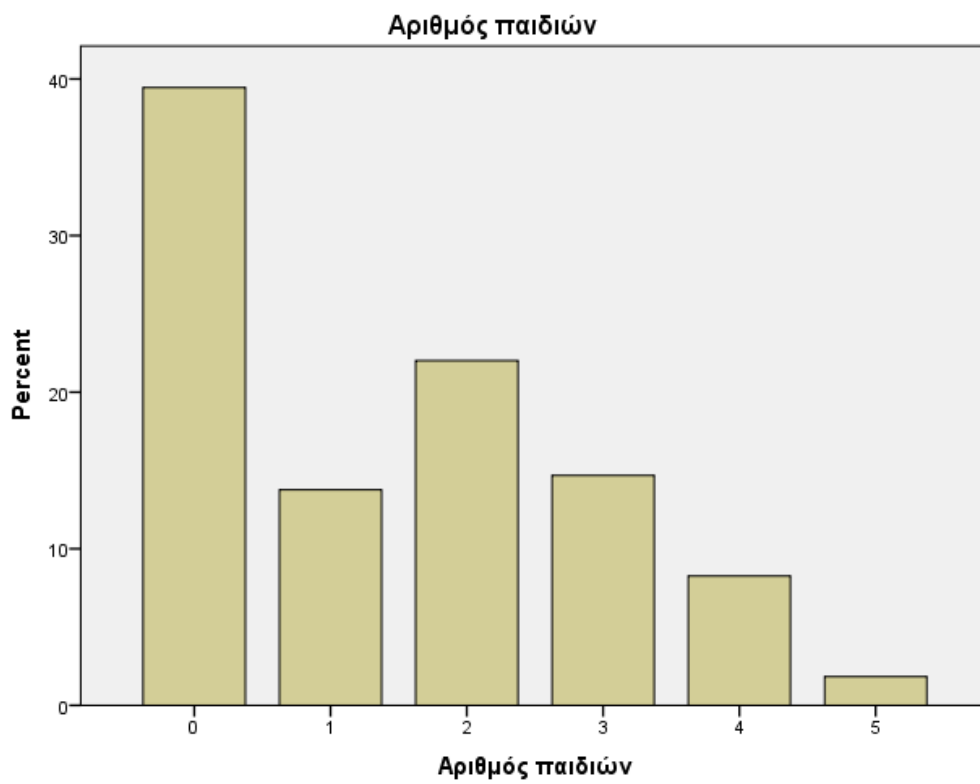
Γράφημα 5



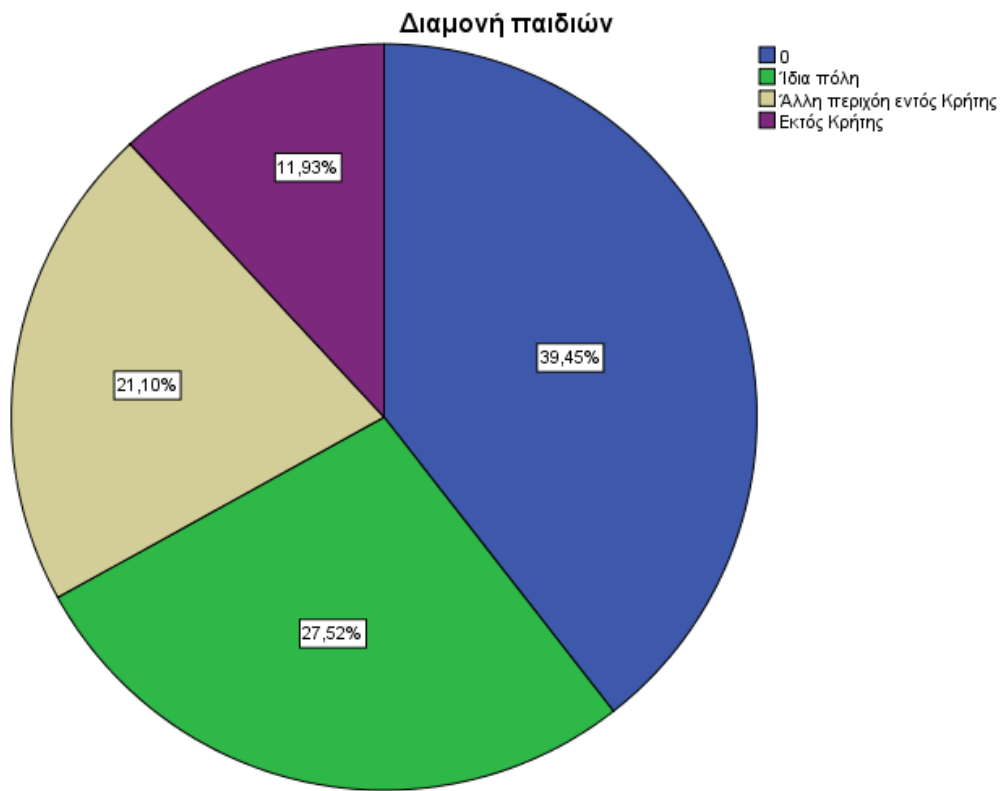
**Γράφημα 6**



**Γράφημα 7**



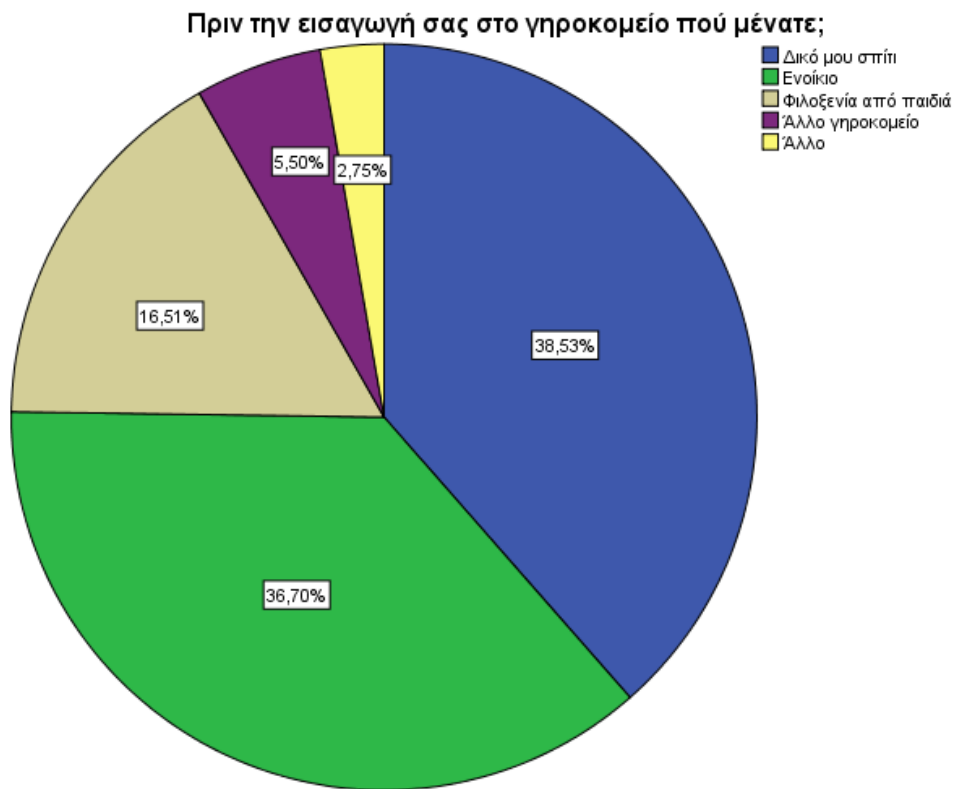
Γράφημα 8



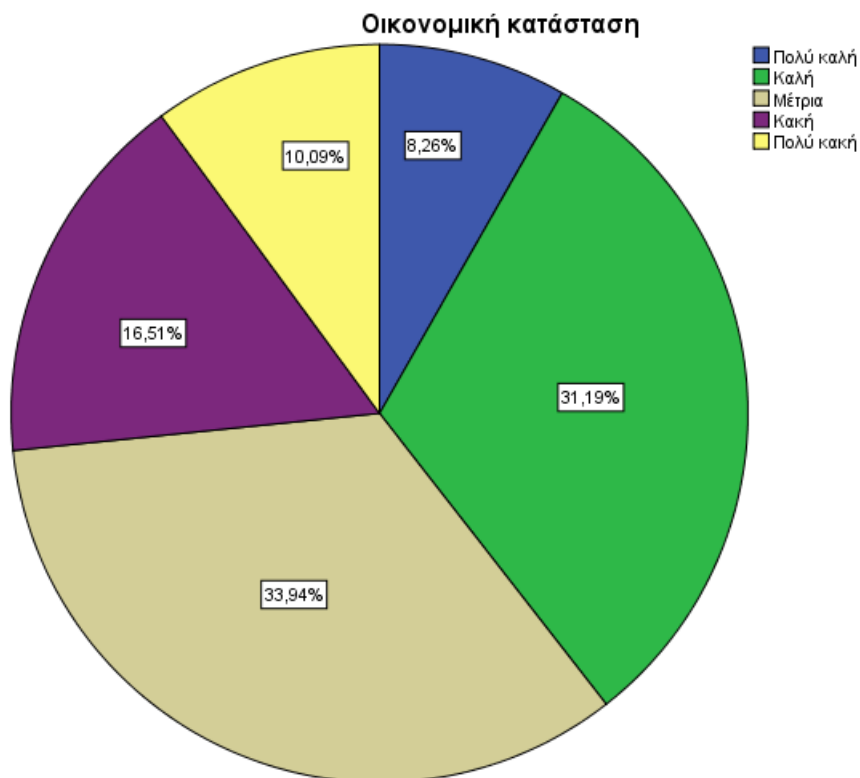
Γράφημα 9



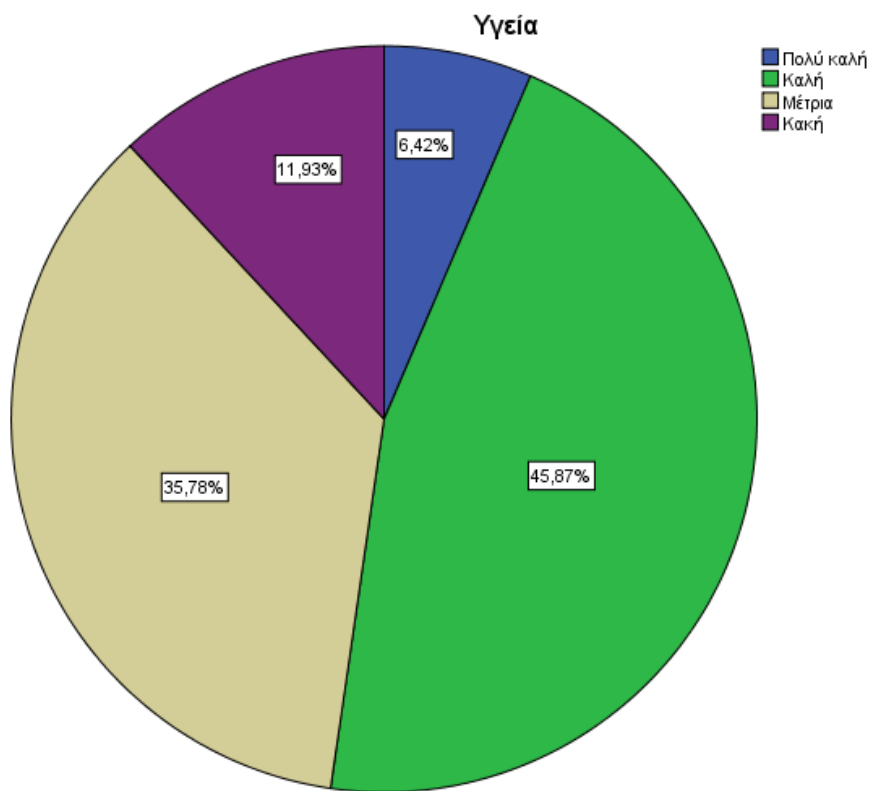
**Γράφημα 10**



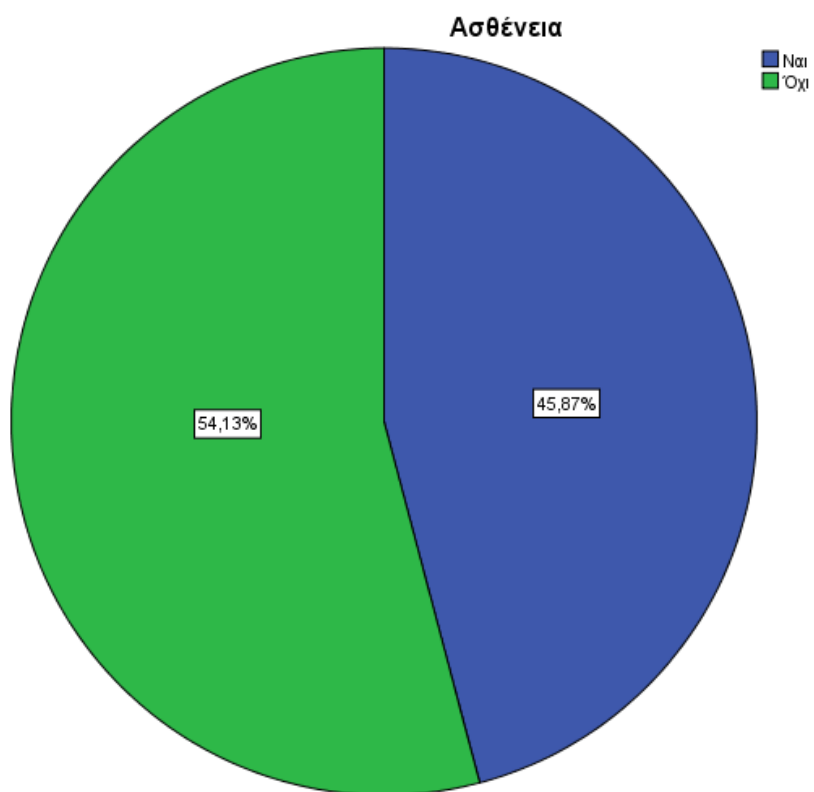
**Γράφημα 11**



**Γράφημα 12**



**Γράφημα 13**



### 5.1.1. : Ιατρική περίθαλψη

Ιατρική περίθαλψη για τις ασθένειες όσον αφορά: στα αισθητηριακά και ΩΡΛ, αναπνευστικά, ενδοκρινικά- μεταβολισμού- αίματος, ορθοπεδικά/ μυελοσκελετικά, καρδιαγγειακά, προβλήματα πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος, κατάγματα και ατυχήματα, νεοπλασίες (καλοήθειες- κακοήθειες), νευρολογικά, ψυχιατρικά, άλλο.

Αναλυτικότερα παρακάτω:

**Πίνακας 14: Αισθητηριακά και ΩΡΛ**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	42	38,5	38,5	38,5
Valid Όχι	67	61,5	61,5	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 15: Αναπνευστικά**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	46	42,2	42,2	42,2
Valid Όχι	63	57,8	57,8	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 16: Ενδοκρινικά, Μεταβολισμού, Αίματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	28	25,7	25,7	25,7
Valid Όχι	81	74,3	74,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 17: Ορθοπεδικά/Μυοσκελετικά**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	48	44,0	44,0	44,0
Valid Όχι	61	56,0	56,0	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 18:Καρδιαγγειακά**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	35	32,1	32,1	32,1
Valid Όχι	74	67,9	67,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 19:Προβλήματα πεπτικού και ουροποιητικού συστήματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	28	25,7	25,7	25,7
Valid Όχι	81	74,3	74,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 20:Κατάγματα και ατοχήματα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	25	22,9	22,9	22,9
Valid Όχι	84	77,1	77,1	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 21:Νεοπλασίες (καλοήθειες-κακοήθειες)**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	24	22,0	22,0	22,0
Valid Όχι	85	78,0	78,0	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 22:Νευρολογικά**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	29	26,6	26,6	26,6
Valid Όχι	80	73,4	73,4	100,0
Total	109	100,0	100,0	

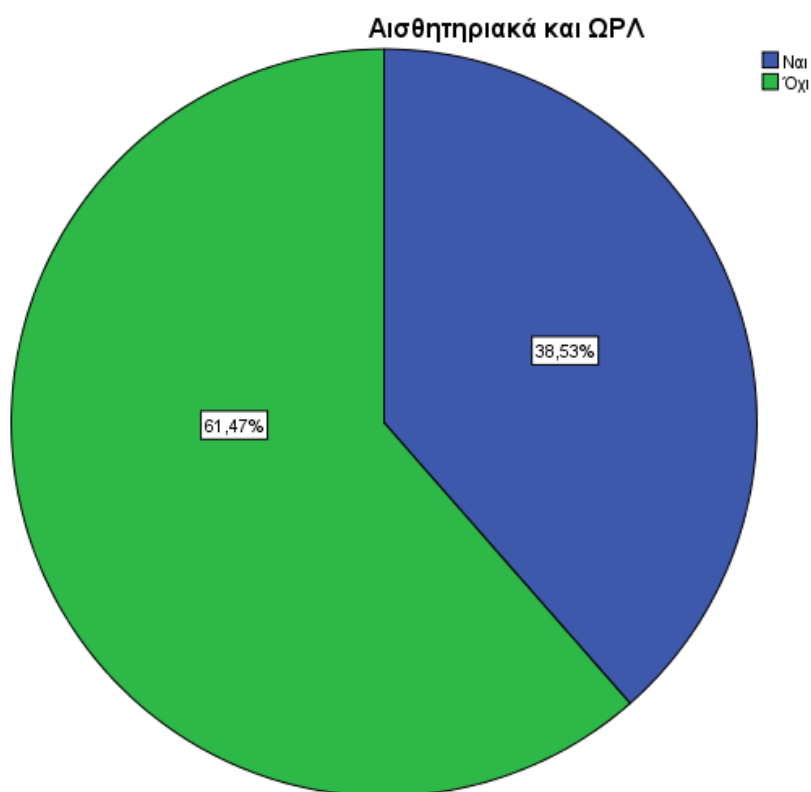
**Πίνακας 23:Ψυχιατρικά**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	12	11,0	11,0	11,0
Valid Όχι	97	89,0	89,0	100,0
Total	109	100,0	100,0	

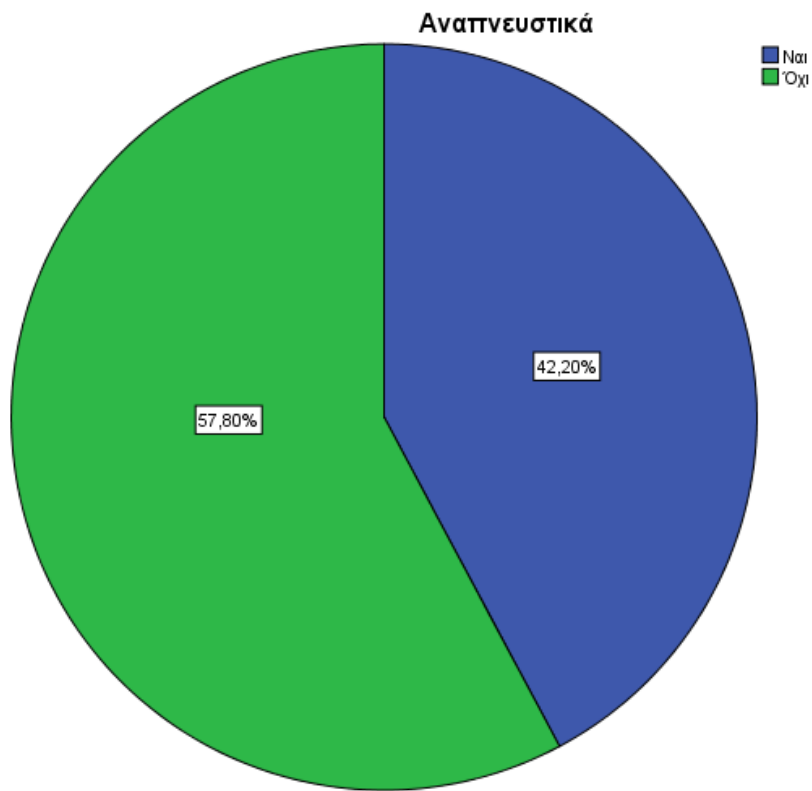


Η ιατρική περίθαλψη που είχαν ανάγκη οι ηλικιωμένοι/-μένες της έρευνάς μας αφορούσε κυρίως θέματα αναπνευστικά (42,2%), αισθητηριακά και ΩΡΛ (38,5%), ορθοπεδικά/ μυοσκελετικά (44,0%) και καρδιαγγειακά (32,1%).

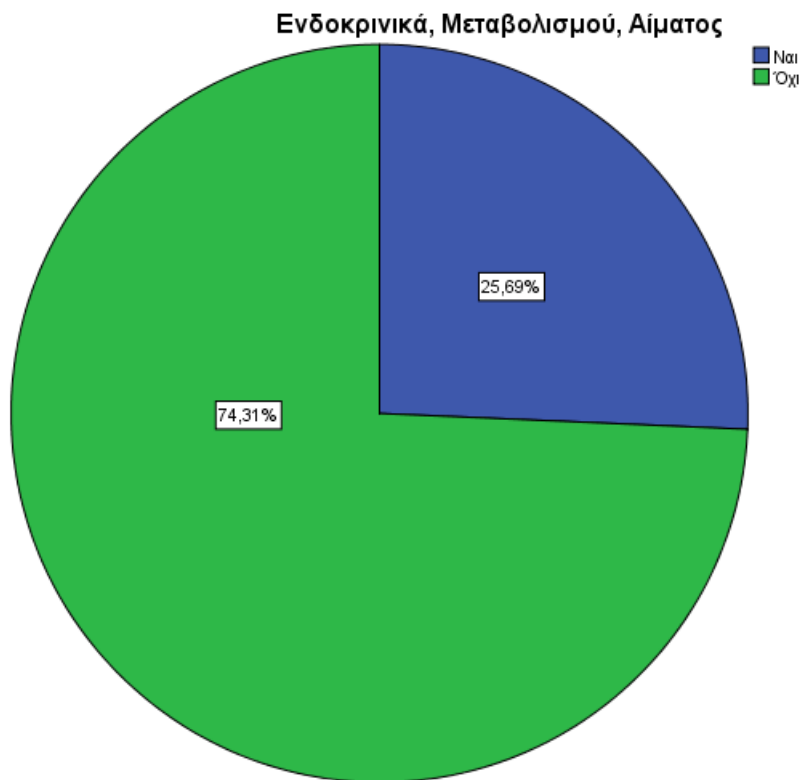
**Γράφημα 14**



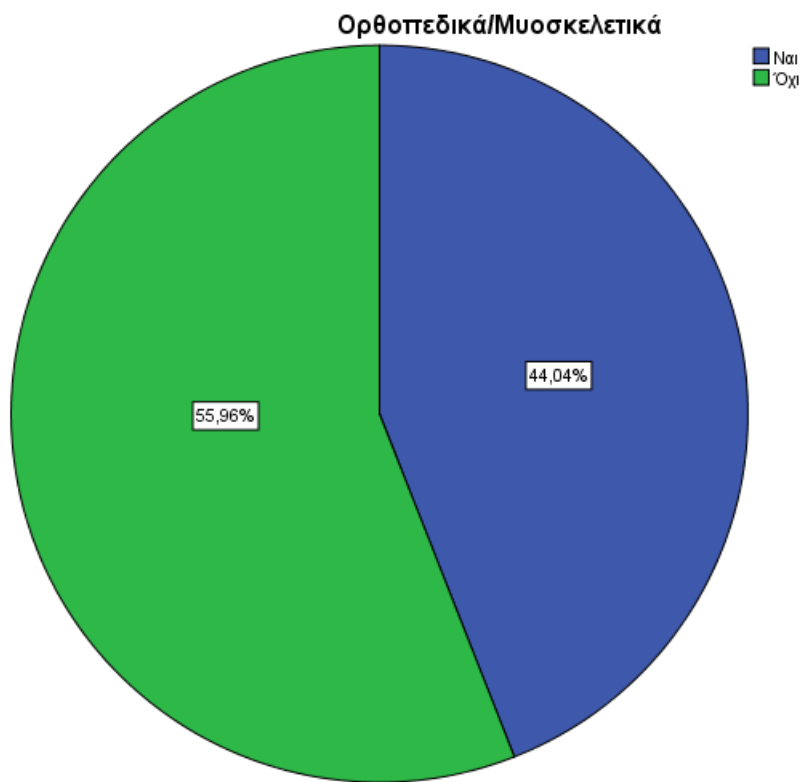
Γράφημα 15



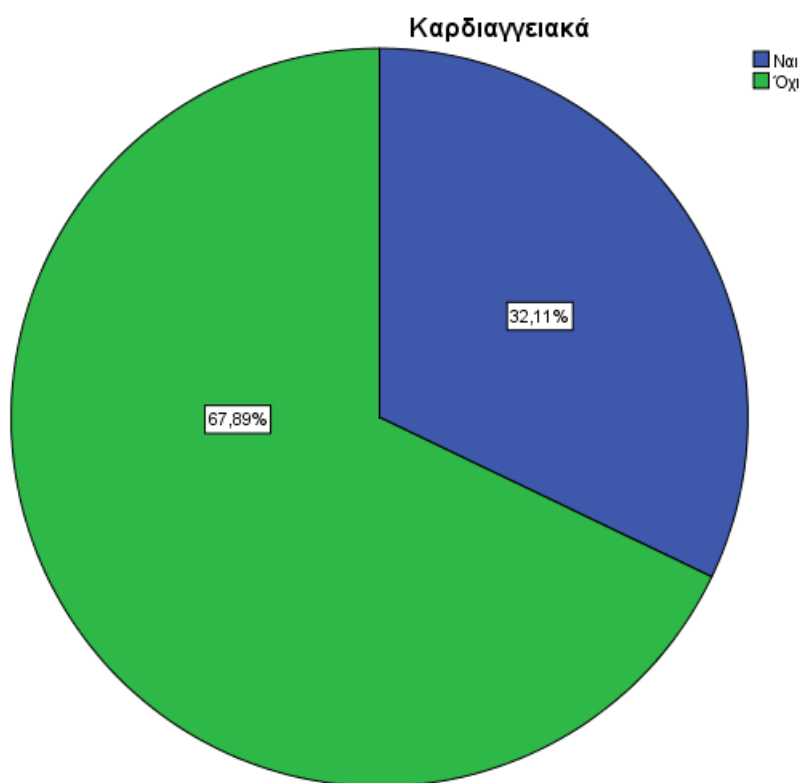
Γράφημα 16



**Γράφημα 17**



**Γράφημα 18**



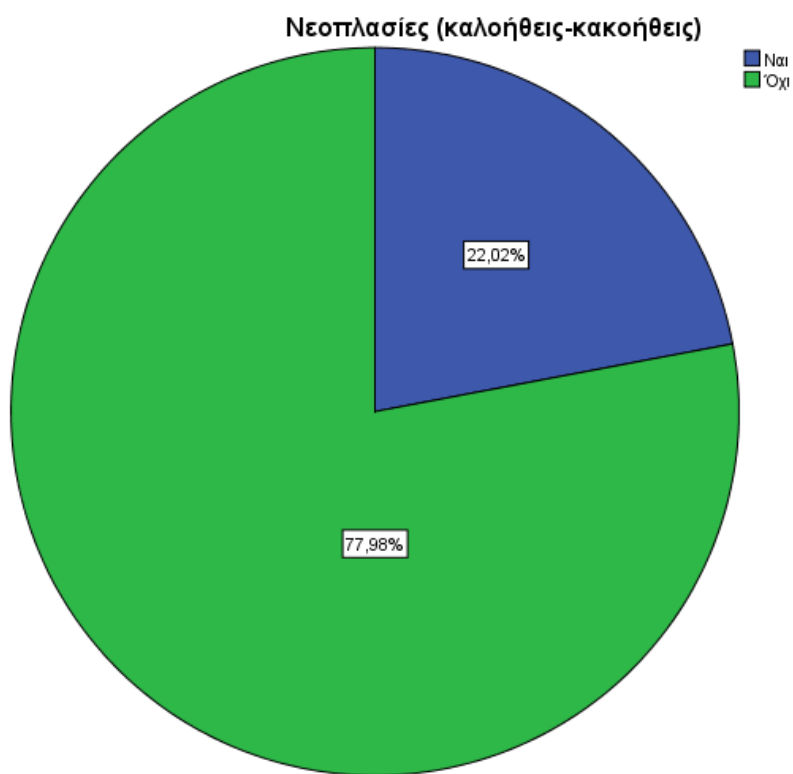
**Γράφημα 19**



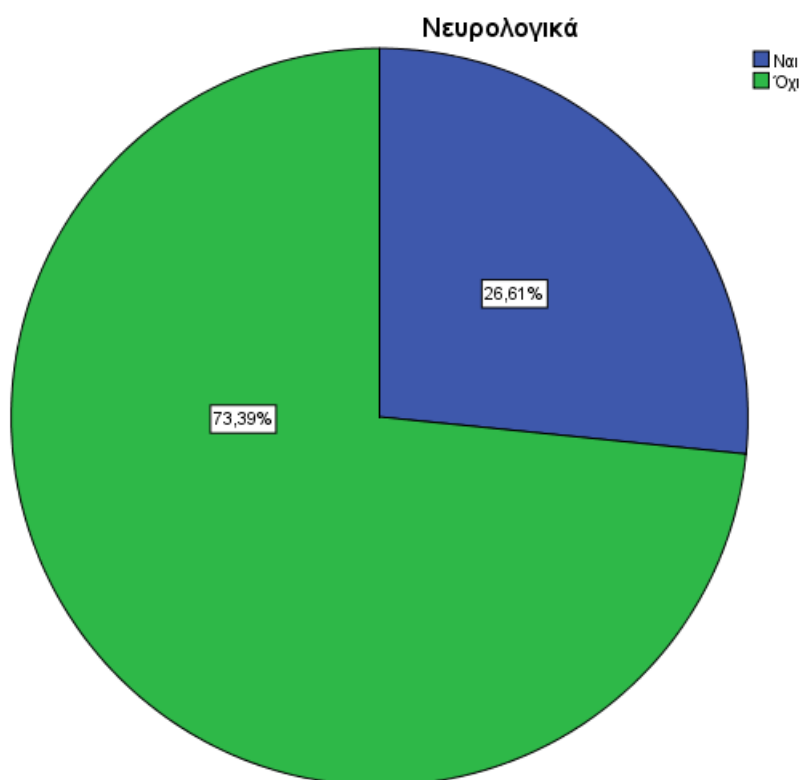
**Γράφημα 20**



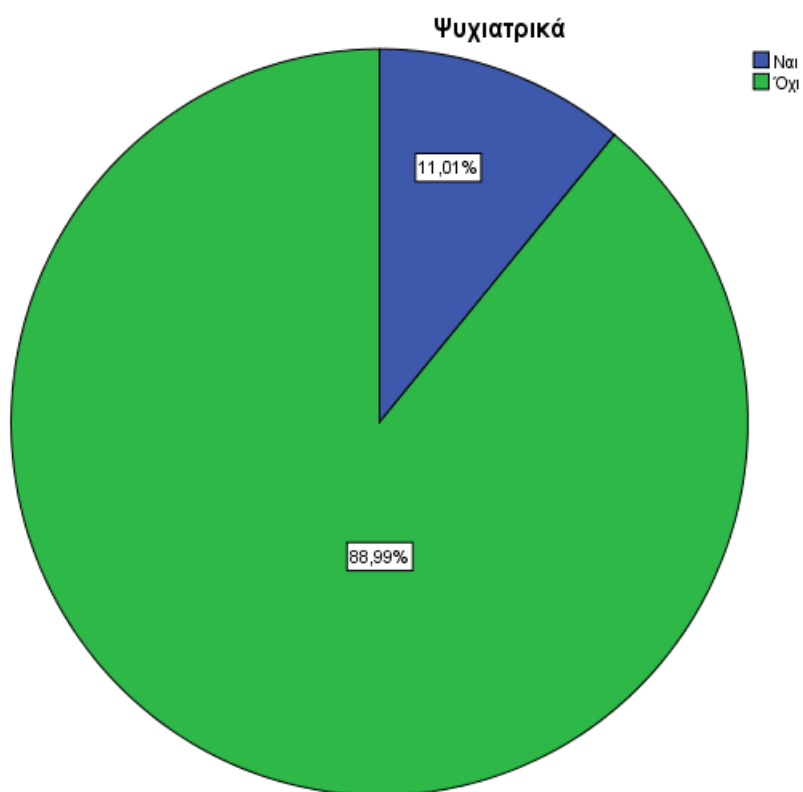
Γράφημα 21



Γράφημα 22



**Γράφημα 23**



**Πίνακας 24: Χρήση διαρκούς ιατρικής περίθαλψης**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	43	39,4	39,4	39,4
Valid Όχι	66	60,6	60,6	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 25: Δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης**

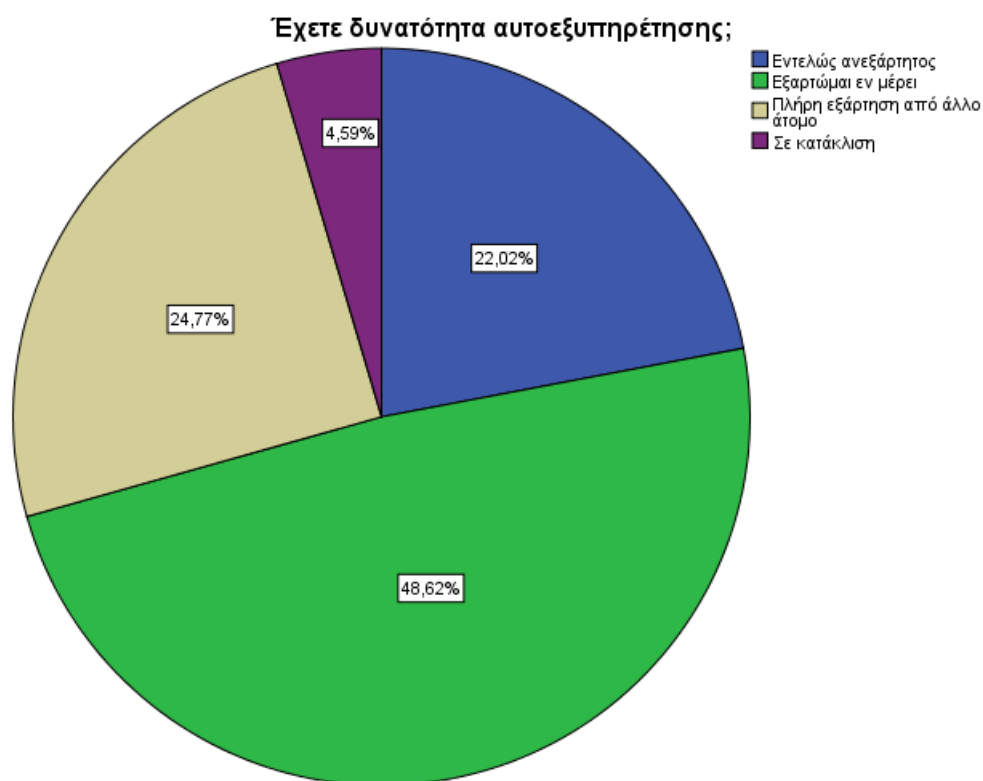
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Εντελώς ανεξάρτητος	24	22,0	22,0	22,0
Valid Εξαρτώμαι εν μέρει	53	48,6	48,6	70,6
Valid Πλήρη εξάρτηση από άλλο άτομο	27	24,8	24,8	95,4
Valid Σε κατάκλιση	5	4,6	4,6	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Επιπλέον, το 39,4% των ατόμων δήλωσε ότι χρειαζόταν διαρκή ιατρική περίθαλψη, ενώ το 48,6% εξαρτιόνταν από άλλους εν μέρει, το 24,8% είχαν πλήρη εξάρτιση από τρίτους και το 22,0% ήταν εντελώς ανεξάρτητοι.

**Γράφημα 24**



Γράφημα 25



## 5.2. : Χαρακτηριστικά διαβίωσης στο ίδρυμα

Βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων που χρειάζεται να καλύπτονται από το ίδρυμα είναι η σίτιση, η ιατρική περίθαλψη, η ψυχοκοινωνική στήριξη, άλλη ανάγκη. Αναλυτικότερα, με βάση την έρευνα:

**Πίνακας 26:Σίτιση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	108	99,1	99,1	99,1
Valid Όχι	1	,9	,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 27:Ιατρική περίθαλψη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	89	81,7	81,7	81,7
Valid Όχι	20	18,3	18,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	



**Πίνακας 28: Ψυχοκοινωνική στήριξη**

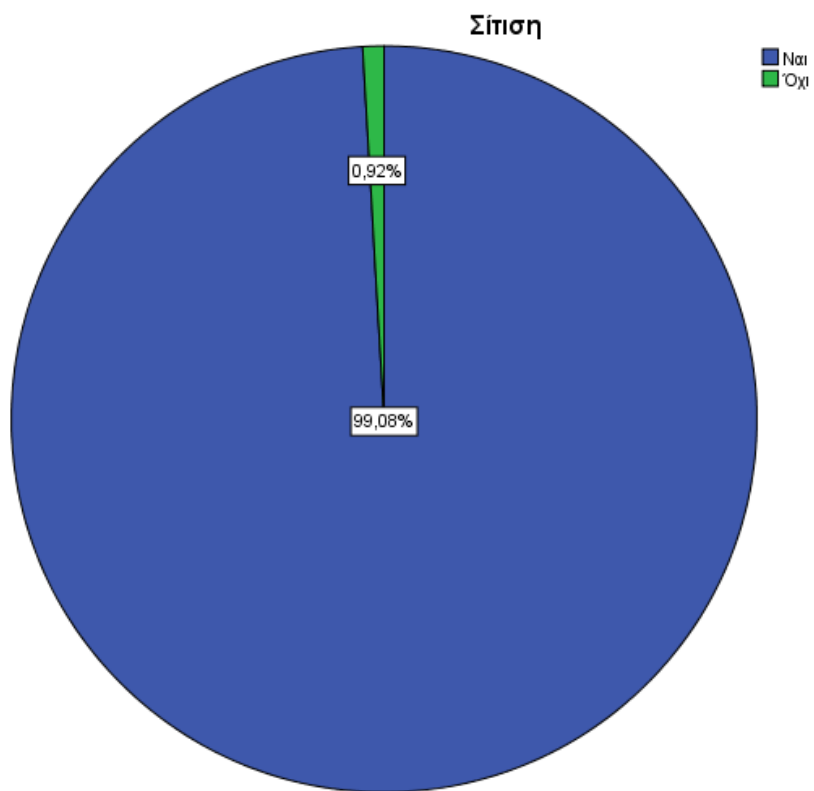
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	101	92,7	92,7	92,7
Valid Όχι	8	7,3	7,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 29: Άλλη ανάγκη**

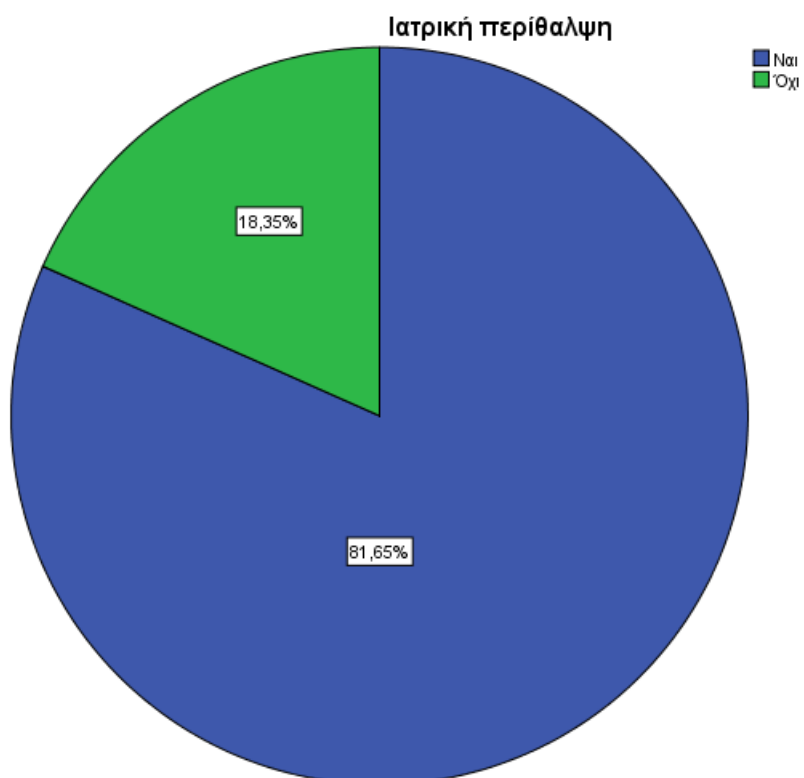
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	37	33,9	33,9	33,9
Valid Όχι	72	66,1	66,1	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Από τις βασικές ανάγκες των ηλικιωμένων το 99,1% δήλωσε ότι καλύπτονται η σίτιση, το 81,7% η περίθαλψη, το 92,7% η ψυχοκοινωνική στήριξη και το 33,9% άλλες ανάγκες.

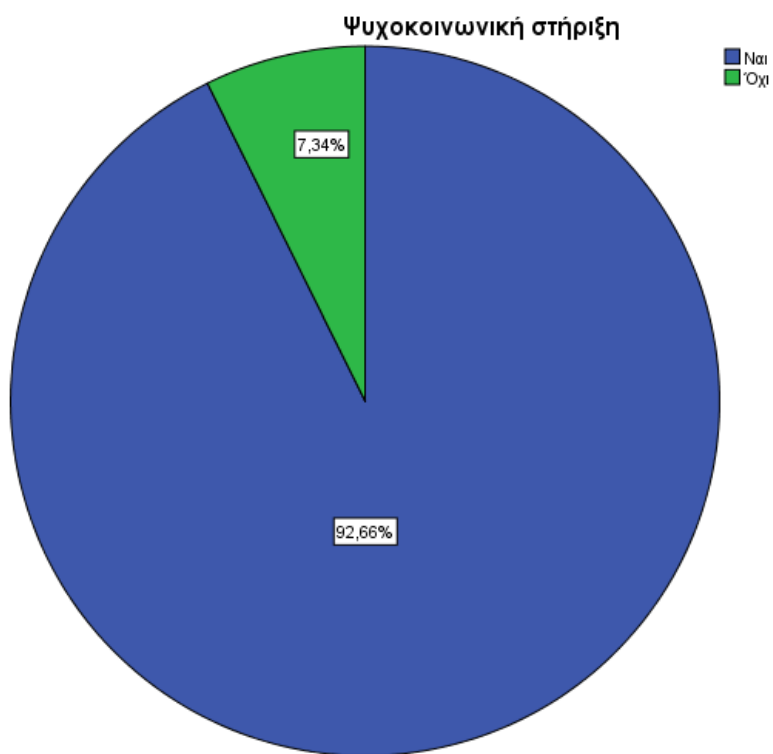
Γράφημα 26



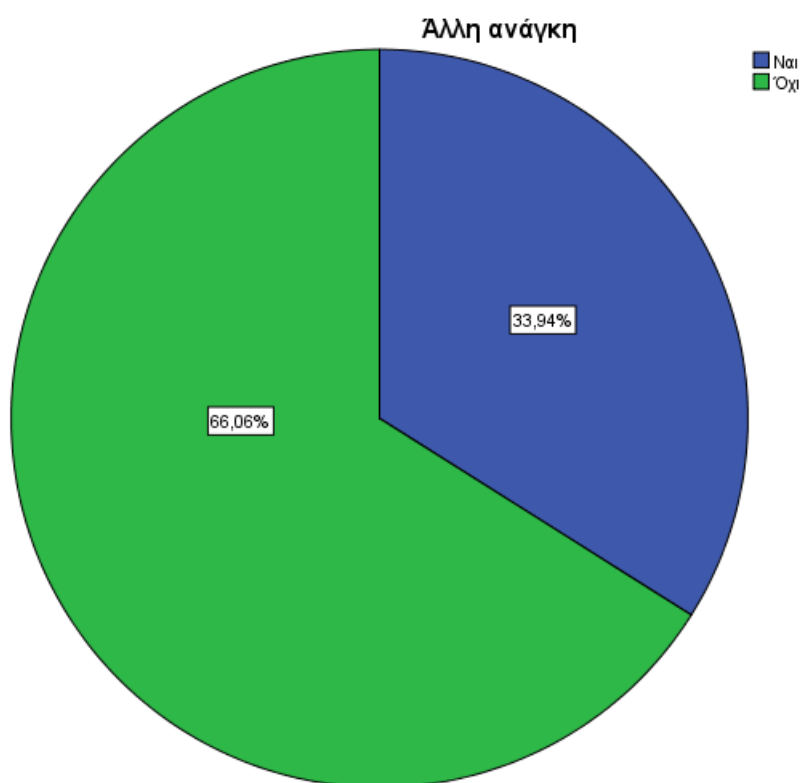
Γράφημα 27



Γράφημα 28



Γράφημα 29



**Πίνακας 30: Κατάλληλος χώρος στέγασης για τους ηλικιωμένους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	84	77,1	77,1	77,1
Valid Όχι	25	22,9	22,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 31: Προσωπική επιλογή εισαγωγής στο γηροκομείο**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	62	56,9	56,9	56,9
Valid Όχι	47	43,1	43,1	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 32: Αιτίες εισαγωγής στο ίδρυμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Μοναξιά	22	20,2	20,2	20,2
Valid Οικονομικά προβλήματα	34	31,2	31,2	51,4
Valid Προβλήματα από ασθένειες	17	15,6	15,6	67,0
Valid Προβλήματα κατοικίας	18	16,5	16,5	83,5
Valid Λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά	5	4,6	4,6	88,1
Valid Άλλο	13	11,9	11,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 33: Παραμονή στο ίδρυμα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Λίγους μήνες	24	22,0	22,0	22,0
Valid >1 χρόνο	54	49,5	49,5	71,6
Valid >5 χρόνια	18	16,5	16,5	88,1
Valid <5 χρόνια	13	11,9	11,9	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 34: Συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Άσχημες, ακατάλληλες	4	3,7	3,7	3,7
Μέτριες	21	19,3	19,3	22,9
Ικανοποιητικές	33	30,3	30,3	53,2
Valid Καλές	27	24,8	24,8	78,0
Πολύ καλές	20	18,3	18,3	96,3
Άριστες	4	3,7	3,7	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 35: Συγκατοίκηση στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	77	70,6	70,6	70,6
Όχι	32	29,4	29,4	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 36: Αριθμός συγκατοίκων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	31	28,4	28,4	28,4
1	39	35,8	35,8	64,2
Valid 2	35	32,1	32,1	96,3
3	4	3,7	3,7	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 37: Συχνότητα επισκέψεων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Σπάνια	28	25,7	25,7	25,7
Έως 3 φορές/εβδομάδα	28	25,7	25,7	51,4
Καθημερινά	6	5,5	5,5	56,9
Valid 1 φορά/μήνα	37	33,9	33,9	90,8
2-3 φορές/χρόνο	8	7,3	7,3	98,2
Άλλο	2	1,8	1,8	100,0
Total	109	100,0	100,0	

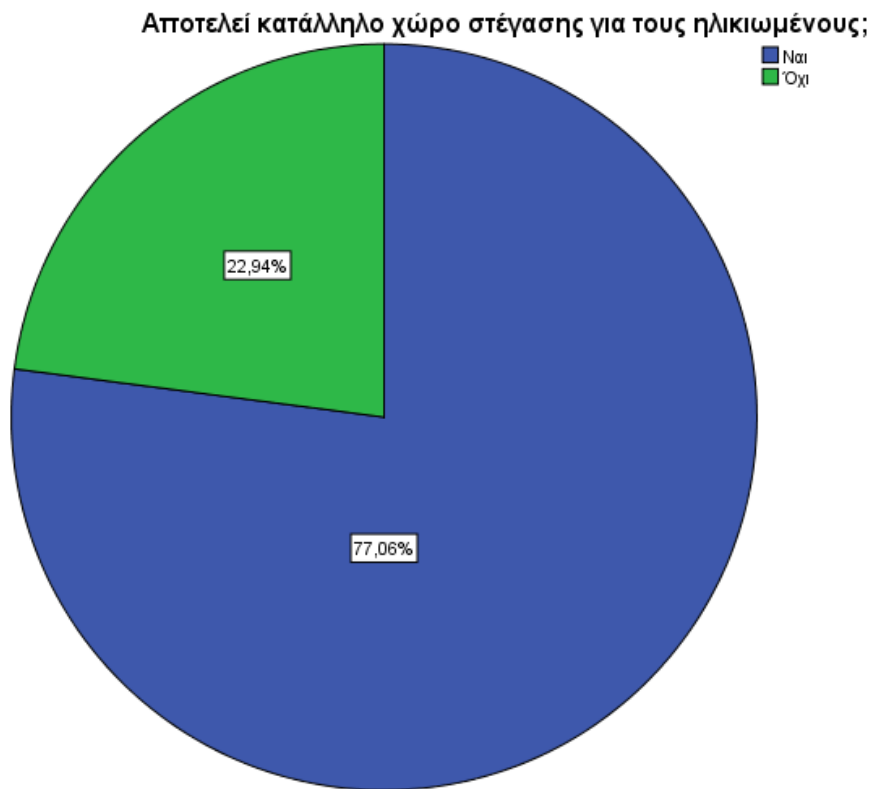
Πίνακας 38: Ικανοποίηση από τις επισκέψεις

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	20	18,3	18,3	18,3
Ελάχιστα	34	31,2	31,2	49,5
Μέτρια	38	34,9	34,9	84,4
Πολύ	8	7,3	7,3	91,7
Πάρα πολύ	9	8,3	8,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

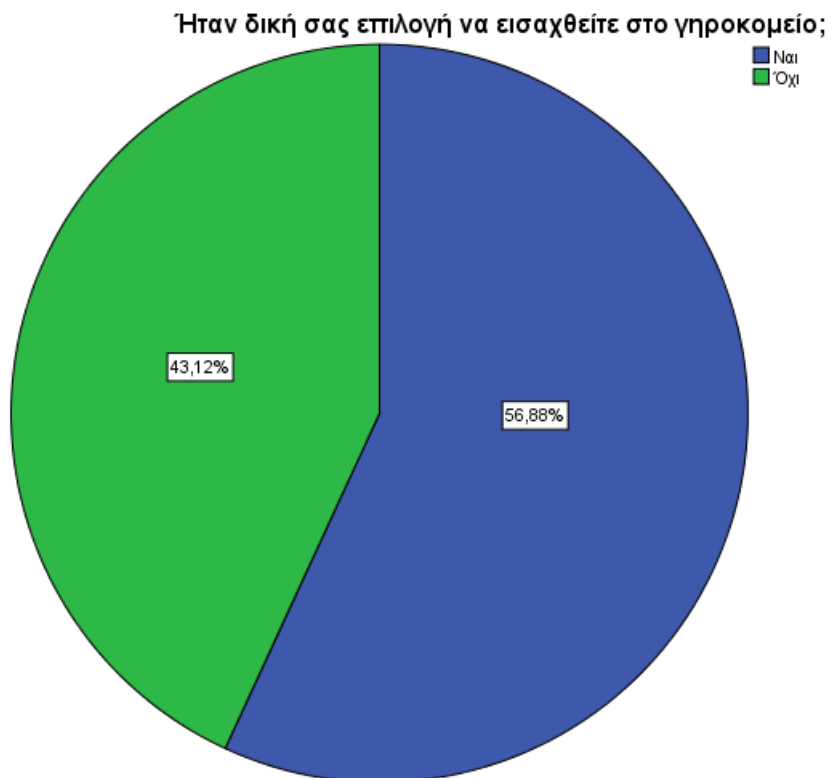
Σύμφωνα με το 77,1%, το ίδρυμα είναι κατάλληλος χώρος στέγασης για τους ηλικιωμένους. Για το 56,9% ήταν δική του απόφαση να εισαχθεί στο ίδρυμα, ενώ οι δύο κυριότεροι λόγοι που πάρθηκε αυτή η απόφαση ήταν εξαιτίας οικονομικών προβλημάτων (31,2%) και αισθήματος μοναξιάς (20,2%). Η πλειοψηφία των ατόμων βρίσκεται στο ίδρυμα λιγότερο από 1 χρόνο (49,5%), ενώ το 16,5% βρίσκεται εκεί περισσότερο από 5 χρόνια και το 22,0% για λίγους μόνο μήνες. Για το 30,3% των συμμετεχόντων οι συνθήκες εντός του ιδρύματος κρίνονται ικανοποιητικές, για το 24,8% καλές και για το 18,3% πολύ καλές. Το 70,6% συγκατοικεί στο δωμάτιο με άλλα άτομα, που είναι είτε 1 (35,8%) είτε 2 άτομα (32,1%) επιπλέον.

Το 33,9% δέχεται επισκέψεις 1 φορά τον μήνα, το 25,7% έως 3 φορές την εβδομάδα και το 25,7% σπάνια, ενώ υπάρχει και ένα ποσοστό 7,3% που δέχεται επισκέψεις 2 με 3 φορές τον χρόνο. Οι περισσότεροι είναι μέτρια (34,9%) ή ελάχιστα (31,2%) ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις αυτές, ενώ μόλις το 7,3% και το 8,3% αντίστοιχα δήλωσαν ότι είναι πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι.

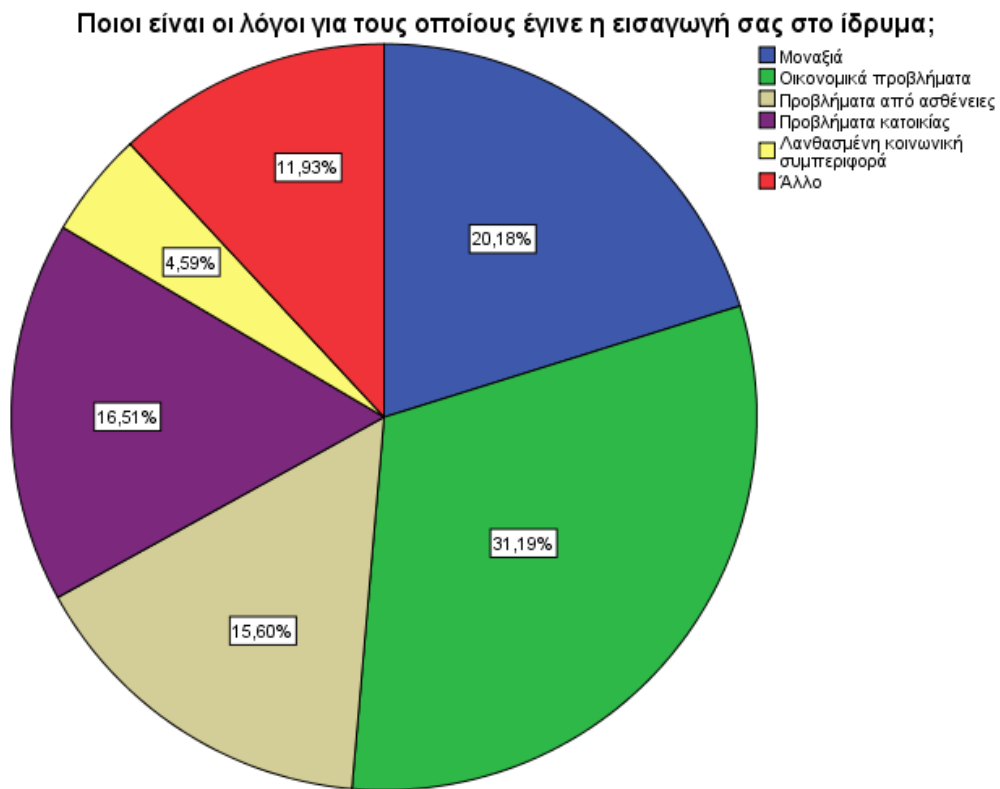
**Γράφημα 30**



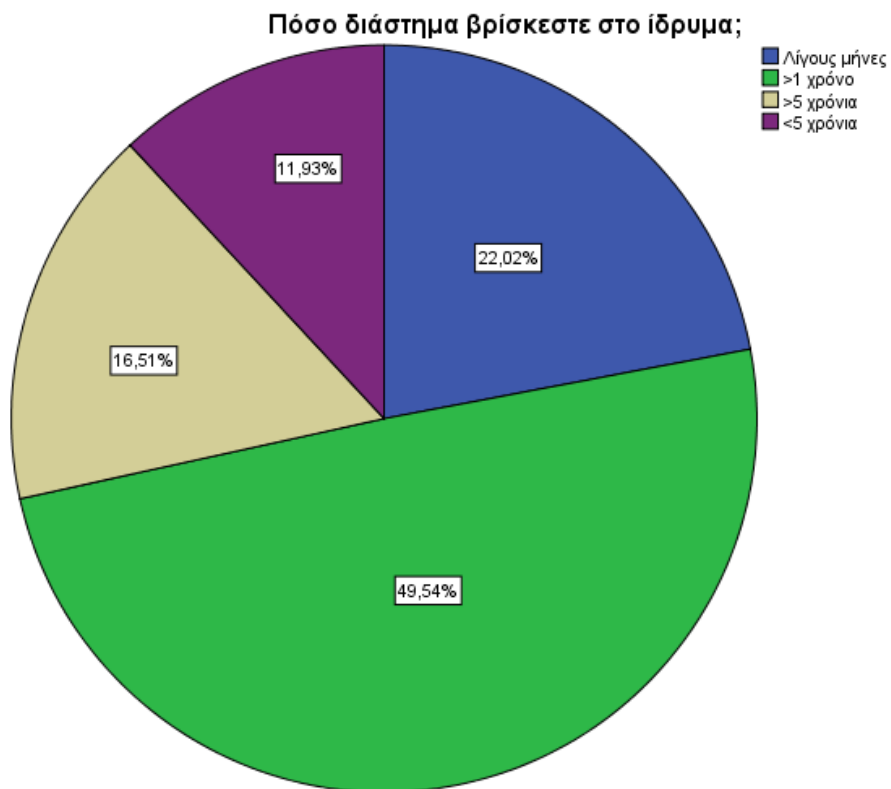
**Γράφημα 31**



**Γράφημα 32**

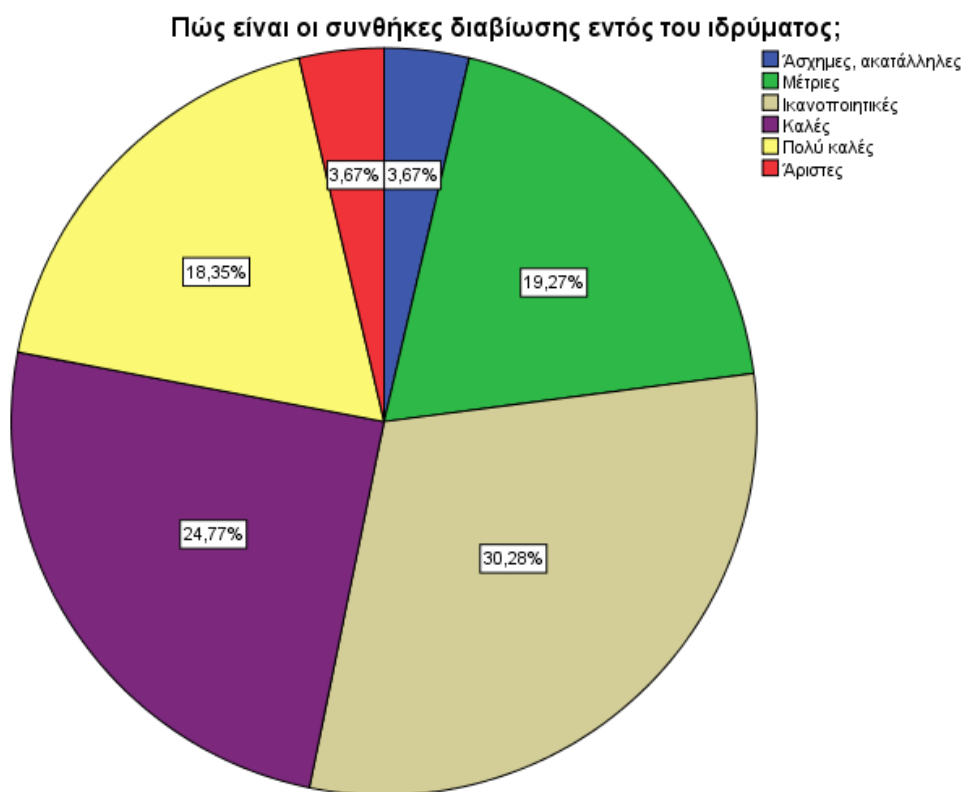


**Γράφημα 33**

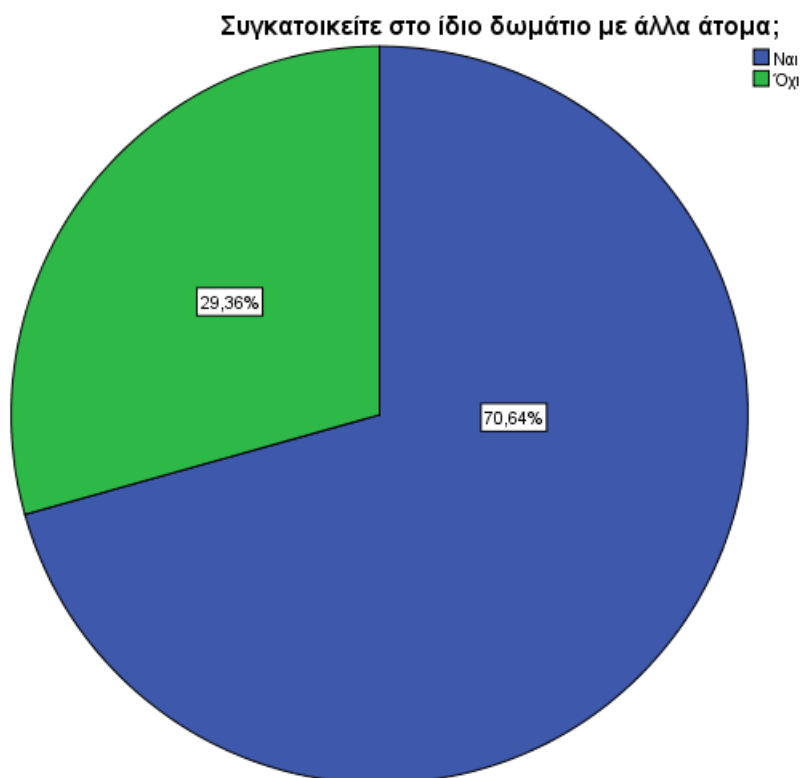




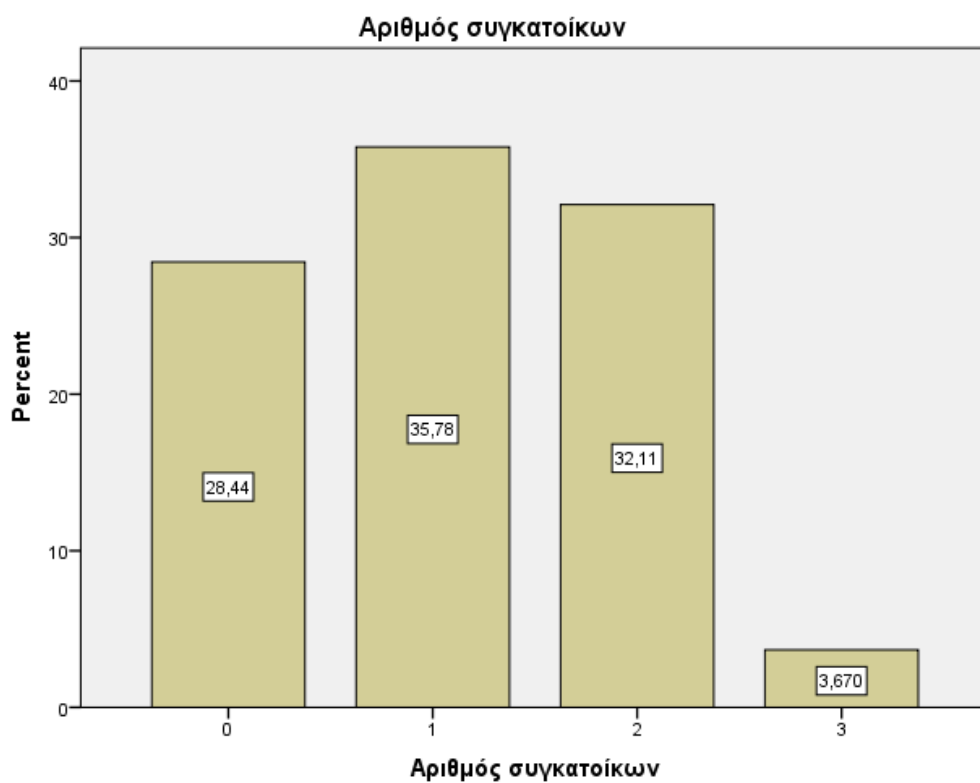
**Γράφημα 34**



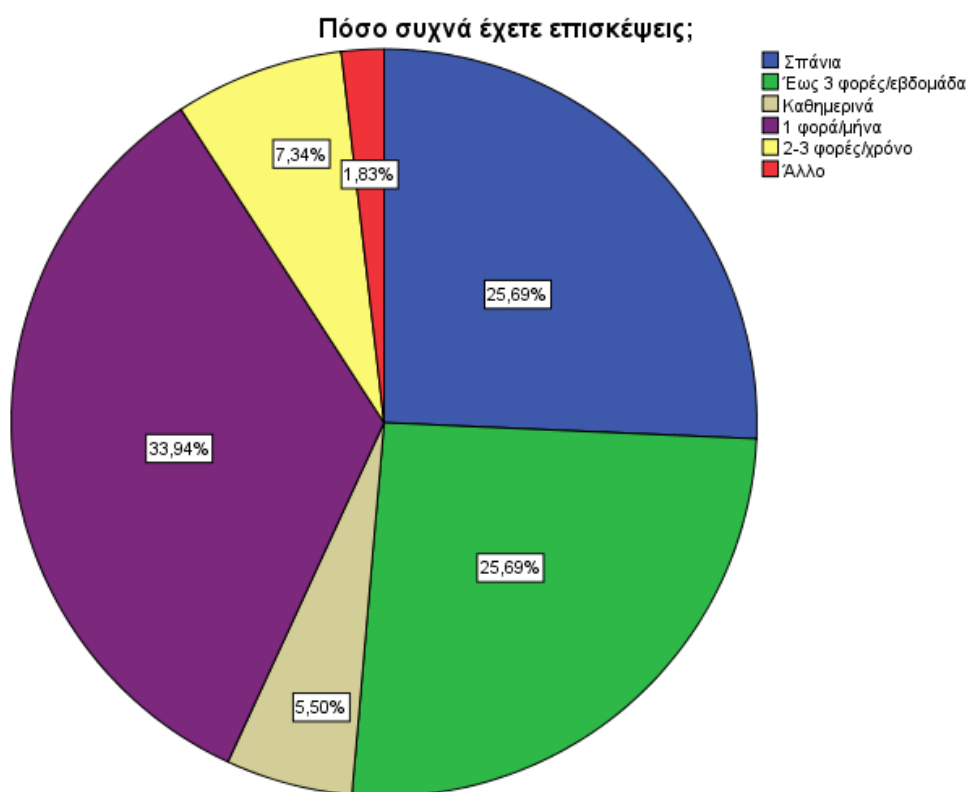
**Γράφημα 35**



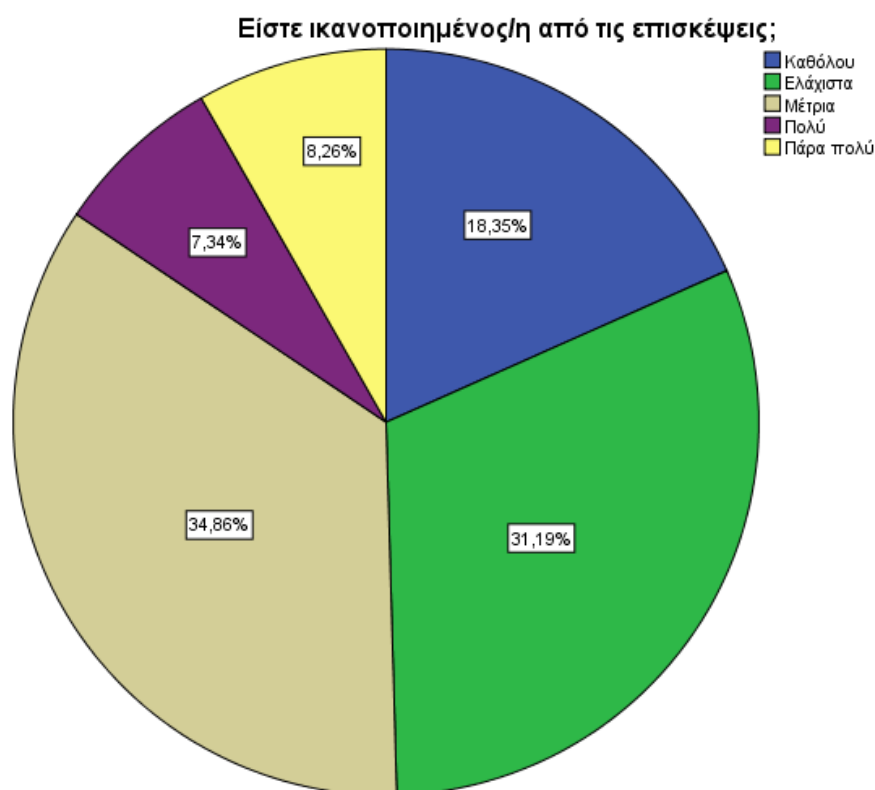
Γράφημα 36



Γράφημα 37



Γράφημα 38



### 5.3. : Αξιολόγηση υπηρεσιών- προγραμμάτων

Πίνακας 39: Ικανοποίηση των ηλικιωμένων

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Ικανοποίηση από την κοινότητα εκτός	109	1	5	2,76	1,113
Ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό	109	1	5	3,38	1,095
Ικανοποίηση από το επιστημονικό προσωπικό	109	1	5	3,53	,977
Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό	109	1	5	3,52	1,024
Ικανοποίηση από τους εθελοντές	109	1	5	3,12	1,176
Ικανοποίηση από τους άλλους περιθαλπόμενους	109	1	5	3,31	,978
Ικανοποίηση από την ελεύθερη έκφραση των απόψεων	109	1	5	3,25	,894
Ικανοποίηση από τη δυνατότητα έκφρασης θρησκευτικών πεποιθήσεων	109	1	5	3,79	,991
Ικανοποίηση από την αισθητική διαμόρφωση του χώρου	109	1	5	3,18	,944
Ικανοποίηση από τη λειτουργική διαμόρφωση του χώρου	109	1	5	3,19	1,058
Ικανοποίηση από την καθαριότητα των χώρων	109	1	5	3,41	1,107
Ικανοποίηση από τη δυνατότητα προσωπικής υγιεινής	109	1	5	3,21	1,147
Ικανοποίηση από την παροχή ψυχαγωγίας	109	1	5	3,04	1,113
Ικανοποίηση από τη δυνατότητα εξόδου	109	1	5	3,35	1,220

Ικανοποίηση από τη συντροφικότητα, επαφή, επικοινωνία	109	1	5	3,00	1,163
Ικανοποίηση από την παροχή εκπαίδευσης	109	1	5	3,22	1,109
Ικανοποίηση από τις εορταστικές εκδηλώσεις	109	1	5	3,56	,957
Ικανοποίηση από τις ομάδες που συντονίζει ο κοινωνικός λειτουργός	109	1	5	3,52	,909
Ικανοποίηση από τις άλλες ομάδες	109	1	5	2,81	1,014
Ικανοποίηση από τους φορείς που συνεργάζεται το ίδρυμα	109	1	5	3,02	1,163
Valid N (listwise)	109				

Με βάση το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης των υπηρεσιών του προγράμματος, πιο υψηλά στην εκτίμηση των συμμετεχόντων ήταν η ικανοποίηση που λάμβαναν από το επιστημονικό ( $M=3,53$ ,  $SD=0,977$ ) και το βοηθητικό προσωπικό ( $M=3,52$ ,  $SD=1,024$ ), από τη δυνατότητα έκφρασης των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων ( $M=3,79$ ,  $SD=0,991$ ), από τις εορταστικές εκδηλώσεις ( $M=3,56$ ,  $SD=0,957$ ) και από τις ομάδες που συντονίζει ο κοινωνικός λειτουργός ( $M=3,52$ ,  $SD=0,909$ )

Αντίθετα, πιο χαμηλά στην εκτίμησή τους ήταν οι υπηρεσίες που αφορούσαν στην ικανοποίηση που λάμβαναν από την κοινότητα εκτός του ιδρύματος ( $M=2,76$ ,  $SD=1,113$ ), από την παροχή ψυχαγωγίας ( $M=3,04$ ,  $SD=1,113$ ), από την συντροφικότητα και την κοινωνική επαφή ( $M=3,00$ ,  $SD=1,163$ ), από τις άλλες ομάδες ( $M=2,81$ ,  $SD=1,014$ ) και, τέλος, από τους φορείς με τους οποίους συνεργάζονταν το ίδρυμα ( $M=3,02$ ,  $SD=1,163$ ).

### 5.3.1. : Ασφάλεια, προβλήματα και προτάσεις βελτίωσης

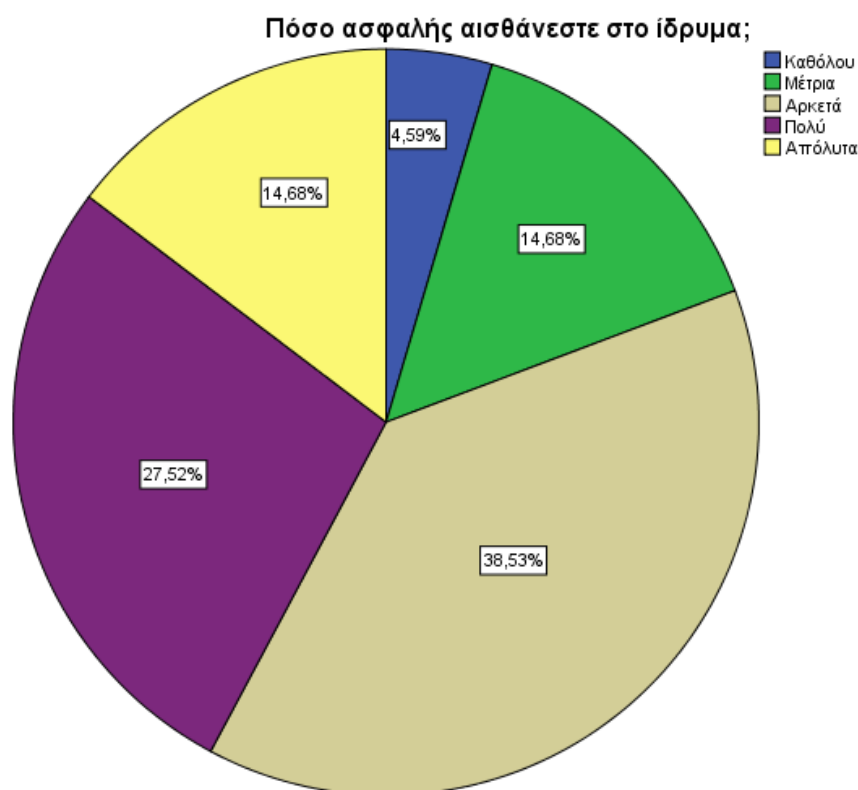
#### 5.3.1.1. : Αίσθηση ασφάλειας στο ίδρυμα

Πίνακας 40: Αίσθηση ασφάλειας εντός του ιδρύματος

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Καθόλου	5	4,6	4,6	4,6
Μέτρια	16	14,7	14,7	19,3
Valid Αρκετά	42	38,5	38,5	57,8
Πολύ	30	27,5	27,5	85,3
Απόλυτα	16	14,7	14,7	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι εκ των συμμετεχόντων αισθάνονταν είτε αρκετά ασφαλείς (38,5%) είτε πολύ ασφαλείς (27,5%) μέσα στο ίδρυμα, ενώ υπήρχε και ένα ποσοστό της τάξεως του 4,6% που δεν αισθάνονταν καθόλου ασφαλείς στο ίδρυμα.

**Γράφημα 39**



### 5.3.1.2. : Προβλήματα του ιδρύματος

**Πίνακας 41: Ανεπαρκής ιατρική περίθαλψη**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	40	36,7	36,7	36,7
Valid Όχι	69	63,3	63,3	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 42: Μη ικανοποιητική σίτιση**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	33	30,3	30,3	30,3
Valid Όχι	76	69,7	69,7	100,0

Total	109	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

**Πίνακας 43:Ελλιπής καθαριότητα**

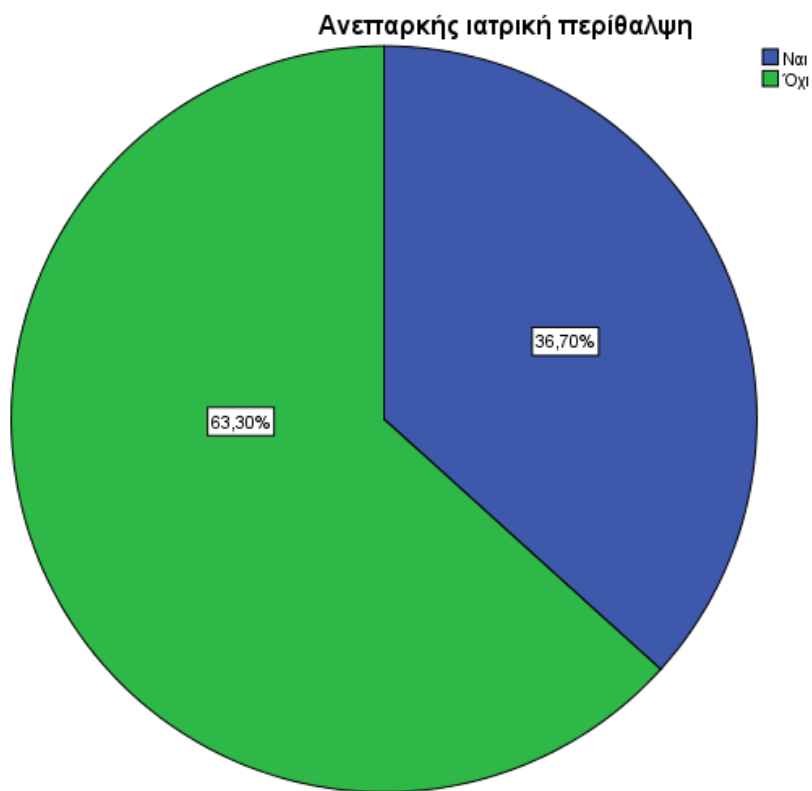
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	24	22,0	22,0	22,0
Valid Όχι	85	78,0	78,0	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 44:Ανεπαρκής χωρητικότητα**

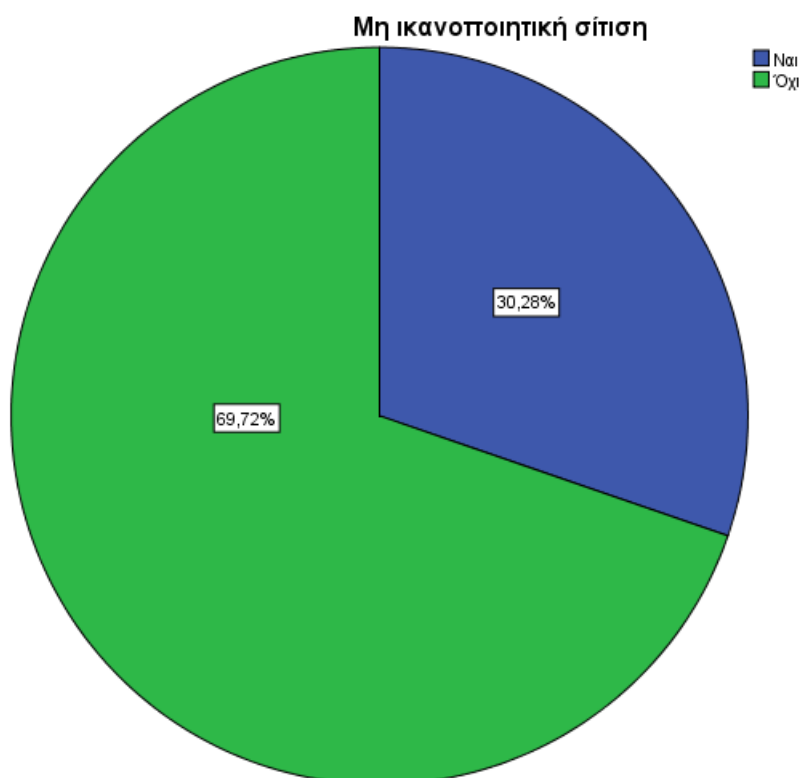
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ναι	62	56,9	56,9	56,9
Valid Όχι	47	43,1	43,1	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Τα προβλήματα που εντόπιζαν οι συμμετέχοντες ήταν κατά κύριο λόγο η ανεπαρκής χωρητικότητα του ιδρύματος (56,9%) και ανεπαρκής ιατρική περίθαλψη (36,7%), αλλά αρκετά υψηλά ήταν και τα ποσοστά σχετικά με τη μη ικανοποιητική σίτιση (30,3%) και την έλλειψη καθαριότητας (22,0%).

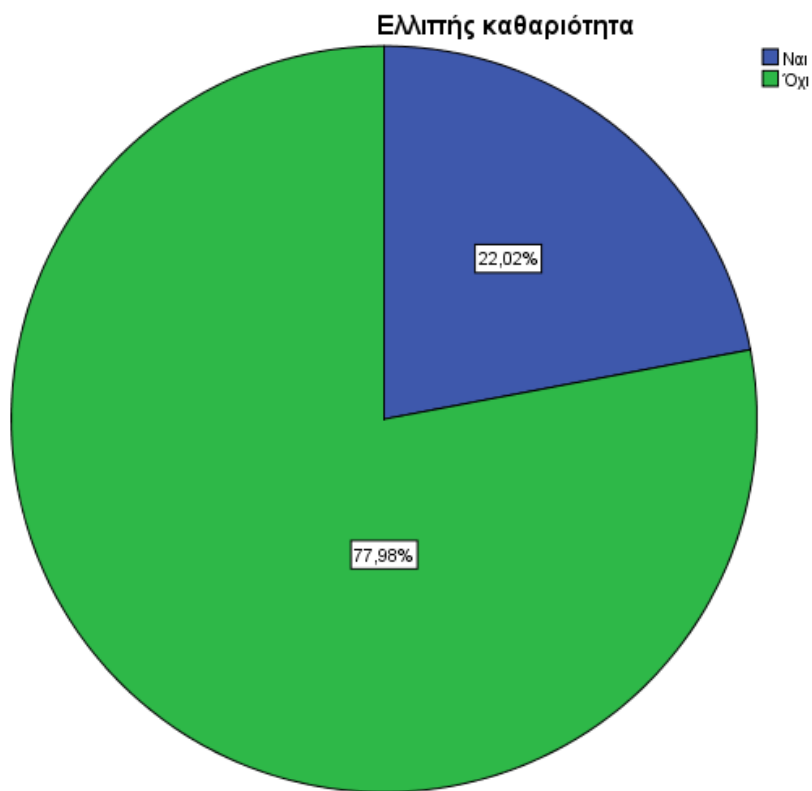
Γράφημα 40



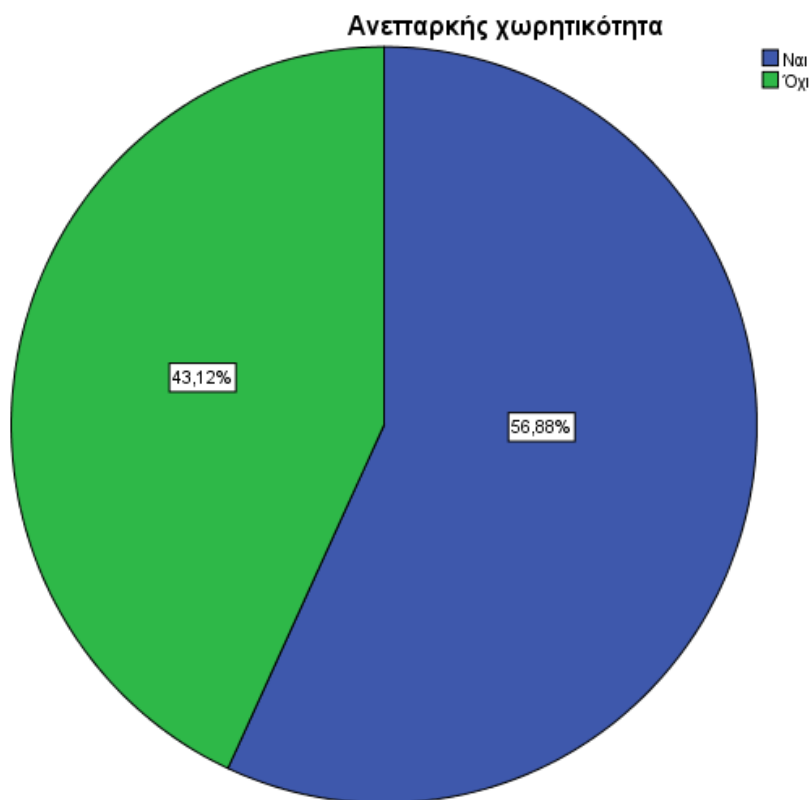
Γράφημα 41



Γράφημα 42



Γράφημα 43





### 5.3.1.3. : Προτάσεις βελτίωσης

**Πίνακας 45:Αύξηση των διαθέσιμων κλινών και θέσεων για τους ηλικιωμένους**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <b>Ναι</b>	63	57,8	<b>57,8</b>	57,8
Valid Όχι	46	42,2	42,2	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 46:Εμπλουτισμός του μενού του καθημερινού φαγητού**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <b>Ναι</b>	44	40,4	40,4	40,4
Valid Όχι	65	59,6	<b>59,6</b>	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 47:Πρόσληψη προσωπικού για την επαρκή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <b>Ναι</b>	58	53,2	<b>53,2</b>	53,2
Valid Όχι	51	46,8	46,8	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 48:Έλεγχος για την τήρηση κανόνων υγιεινής και φροντίδας των χώρων των ιδρυμάτων**

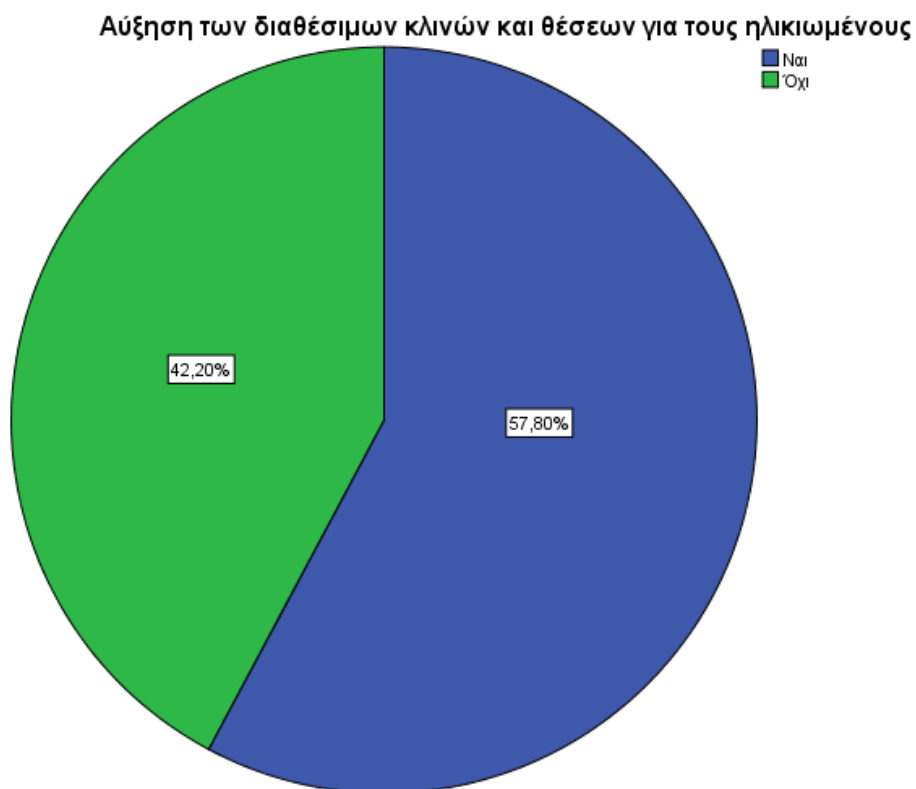
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <b>Ναι</b>	34	31,2	31,2	31,2
Valid Όχι	75	68,8	<b>68,8</b>	100,0
Total	109	100,0	100,0	

**Πίνακας 49:Διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός του ιδρύματος ή/και διοργάνωση εκδρομών**

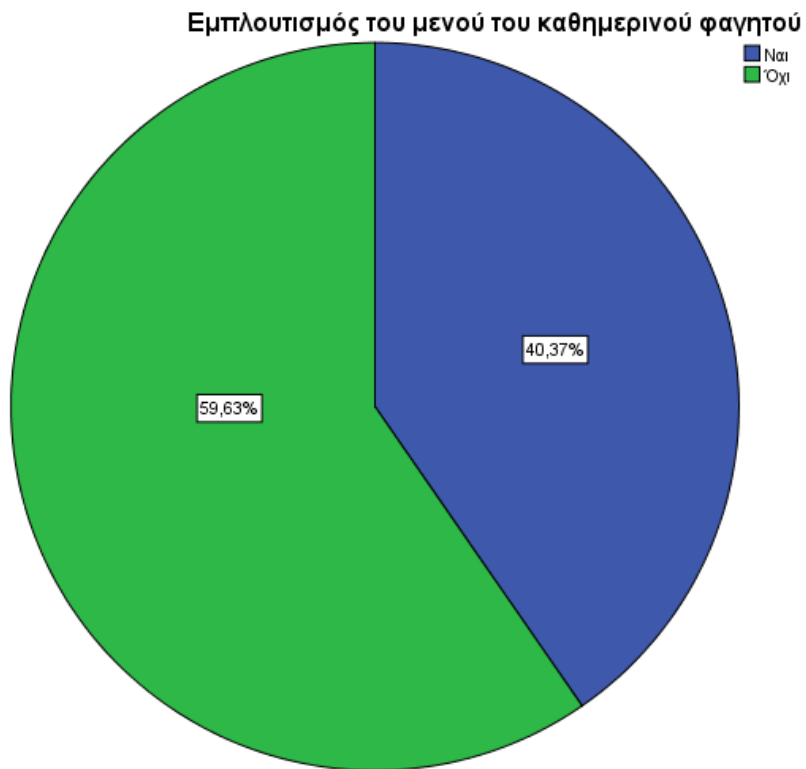
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid <b>Ναι</b>	65	59,6	<b>59,6</b>	59,6
Valid Όχι	44	40,4	40,4	100,0
Total	109	100,0	100,0	

Τέλος, οι περισσότερες προτάσεις των ηλικιωμένων για βελτίωση της ιδρυματικής φροντίδας στο Ηράκλειο Κρήτης αφορούσαν στην αύξηση των διαθέσιμων κλινών (57,8%), την πρόσληψη προσωπικού (53,2%), καθώς και τη διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός των ιδρυμάτων (59,6%).

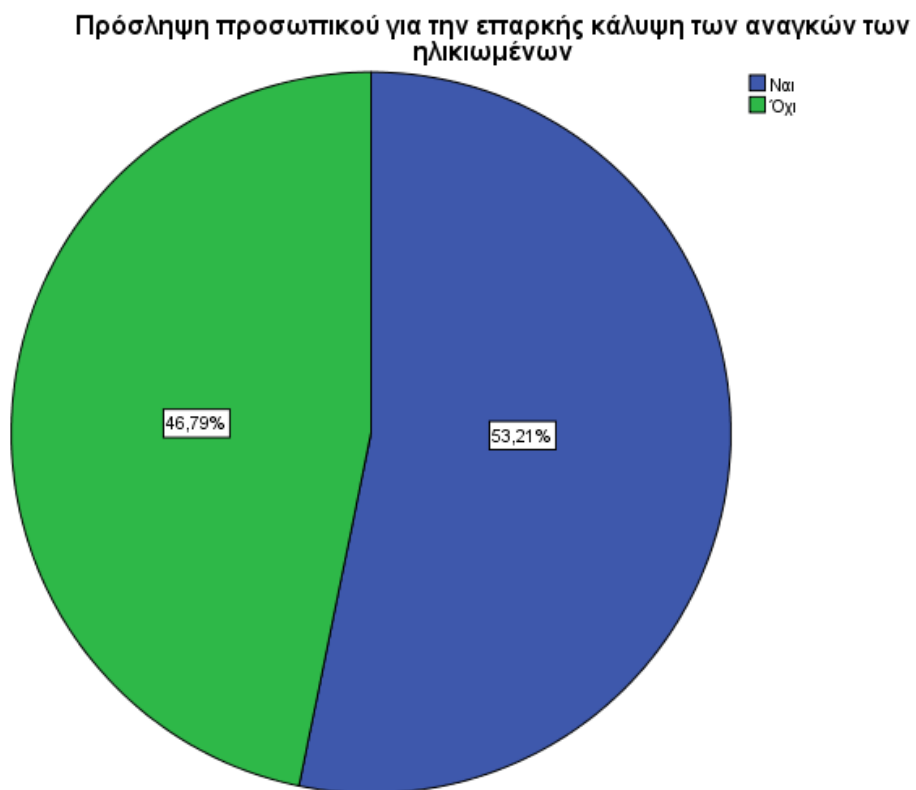
**Γράφημα 44**



**Γράφημα 45**

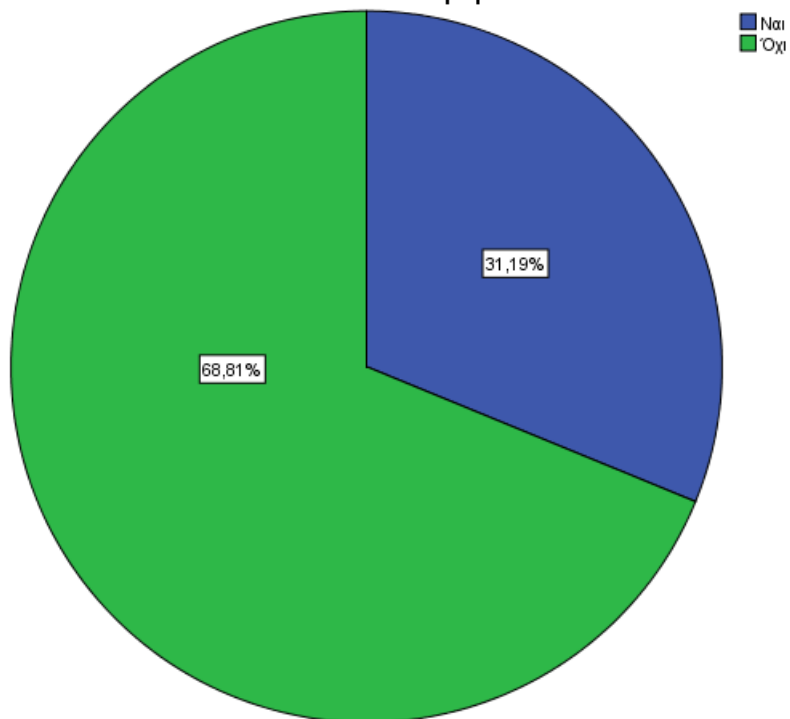


**Γράφημα 46**



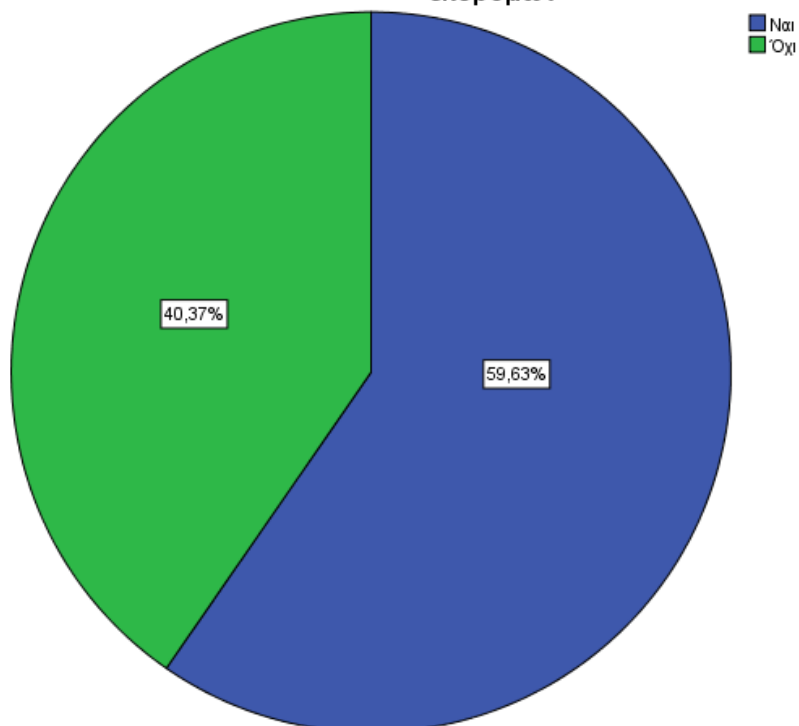
**Γράφημα 47**

**Έλεγχος για την τήρηση κανόνων υγιεινής και φροντίδας των χώρων των ιδρυμάτων**



**Γράφημα 48**

**Διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός του ιδρύματος ή/και διοργάνωση εκδρομών**



### 5.3.2. : Επιλεγμένες συσχετίσεις μεταξύ μεταβλητών

Για τον έλεγχο των πιθανών συσχετίσεων πραγματοποιήθηκαν στατιστικοί έλεγχοι κατά Spearman.

Πίνακας 50

		Ηλικία	Εκπαίδευση	Υγεία	Έχετε δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης;	Πόσο διάστημα βρίσκεστε στο ίδρυμα;	Πόσο συχνά έχετε επισκέψεις;
	N	109	109	109	109	109	109
Πώς είναι οι συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος;	Correlation	,071	-,128	-,021	-,065	,106	,050
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,460	,186	,830	,505	,275	,606
	N	109	109	109	109	109	109
Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στο ίδρυμα;	Correlation	,146	-,111	-,098	-,060	,223	-,033
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,130	,249	,309	,537	,020	,732
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από την κοινότητα εκτός	Correlation	-,069	,027	-,034	-,017	,010	,121
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,478	,783	,723	,862	,915	,210
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό	Correlation	,083	-,177	,037	-,123	-,004	-,066
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,388	,066	,701	,201	,967	,494
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από το επιστημονικό προσωπικό	Correlation	-,008	-,151	-,072	,023	,050	-,174
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,933	,117	,454	,809	,604	,071
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό	Correlation	-,092	-,032	-,046	,109	,195	,096
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,339	,738	,634	,260	,042	,320
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από τους εθελοντές	Correlation	-,036	,041	-,014	-,021	,069	,048
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,711	,672	,881	,829	,476	,618
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από τους άλλους παρθαλάπμενους	Correlation	-,060	-,015	,034	,094	,135	-,038
	Coefficient						
	Sig. (2-tailed)	,538	,873	,722	,329	,160	,695
	N	109	109	109	109	109	109
Ικανοποίηση από την ελεύθερη	Correlation	,078	-,100	,087	,091	,056	-,021
	Coefficient						

έκφραση των απόψεων	Sig. (2-tailed) N	,422 109	,300 109	,366 109	,344 109	,566 109	,829 109
Ικανοποίηση από τη δυνατότητα έκφρασης θρησκευτικών πεποιθήσεων	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,009 ,924 109	,006 ,949 109	-,042 ,662 109	,108 ,263 109	,083 ,391 109	,022 ,821 109
Ικανοποίηση από την αισθητική διαμόρφωση χώρου	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,020 ,837 109	-,132 ,171 109	,055 ,569 109	-,183 ,057 109	,050 ,607 109	-,066 ,498 109
Ικανοποίηση από τη λειτουργική διαμόρφωση χώρου	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,060 ,537 109	-,125 ,195 109	,063 ,516 109	-,079 ,412 109	-,025 ,795 109	,019 ,842 109
Ικανοποίηση από την καθαριότητα των χώρων	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,031 ,750 109	-,137 ,155 109	,020 ,840 109	-,056 ,563 109	,140 ,147 109	-,080 ,409 109
Ικανοποίηση από τη δυνατότητα προσωπικής υγιεινής	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,214 ,025 109	-,232 ,015 109	-,084 ,388 109	-,202 ,036 109	,073 ,453 109	,081 ,401 109
Ικανοποίηση από την παροχή ψυχαγωγίας	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,017 ,864 109	-,085 ,381 109	,063 ,514 109	,009 ,924 109	,183 ,057 109	-,069 ,476 109
Ικανοποίηση από τη δυνατότητα εξόδου	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,005 ,956 109	,012 ,901 109	-,072 ,457 109	-,216 ,024 109	,063 ,513 109	,123 ,204 109
Ικανοποίηση από τη συντροφικότητα, επαφή, επικοινωνία	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,061 ,528 109	,009 ,929 109	-,010 ,918 109	-,011 ,912 109	,139 ,150 109	,059 ,544 109
Ικανοποίηση από την παροχή εκπαίδευσης	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	-,220 ,022 109	-,113 ,242 109	,085 ,379 109	,091 ,349 109	,098 ,308 109	-,119 ,217 109
Ικανοποίηση από τις εορταστικές εκδηλώσεις	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,034 ,724 109	-,058 ,548 109	,086 ,375 109	,020 ,834 109	,033 ,735 109	-,050 ,605 109
Ικανοποίηση από τις ομάδες που συντονίζει ο κοινωνικός λειτουργός	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,067 ,489 109	-,025 ,794 109	-,108 ,261 109	-,026 ,788 109	,121 ,210 109	,165 ,086 109
Ικανοποίηση από τις άλλες ομάδες	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,062 ,521 109	-,143 ,137 109	-,041 ,671 109	-,189 ,049 109	,125 ,195 109	,059 ,545 109

Ικανοποίηση τους φορείς συνεργάζεται ίδρυμα	από που το N	Correlation Coefficient Sig. (2-tailed) N	,047 ,630 109	-,032 ,743 109	,123 ,201 109	-,103 ,286 109	,097 ,316 109	-,069 ,476 109
--	-----------------------	--	---------------------	----------------------	---------------------	----------------------	---------------------	----------------------

Οι μεταβλητές Ηλικία, Εκπαίδευση, Επίπεδο υγείας, Αυτοεξυπηρέτηση, Χρόνος παραμονής στο ίδρυμα και Συχνότητα επισκέψεων συσχετίστηκαν με την αντίληψη που είχαν οι συμμετέχοντες σχετικά με τις συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος, με την ασφάλεια που τους παρέχει το ίδρυμα και με την ικανοποίηση που λαμβάνουν από τους διάφορους παράγοντες του ιδρύματος. Εντοπίστηκαν 8 στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, οι ακόλουθες:

1. Ο χρόνος παραμονής εντός του ιδρύματος συσχετίστηκε θετικά στατιστικά σημαντικά με την ασφάλεια που αισθάνονται οι ηλικιωμένοι ( $r=0,223$ ,  $p=0,020$ ) και με την ικανοποίηση που λαμβάνουν από το βοηθητικό προσωπικό ( $r=0,195$ ,  $p=0,042$ ). Όσο αυξανόταν ο χρόνος παραμονής, τόσο αυξανόταν παράλληλα και η ασφάλεια και ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό.
2. Η δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης των συμμετεχόντων συσχετίστηκε αρνητικά στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση από τη δυνατότητα προσωπικής υγιεινής ( $r=-0,202$ ,  $p=0,036$ ), με την ικανοποίηση από τη δυνατότητα εξόδου ( $r=-0,216$ ,  $p=0,024$ ) και με την ικανοποίηση από τις άλλες ομάδες ( $r=-0,189$ ,  $p=0,049$ ). Όσο πιο αυτοεξυπηρετούμενα ήταν τα άτομα, τόσο περισσότερο αυξανόταν η ικανοποίησή τους από τους ανωτέρω παράγοντες.
3. Το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων συσχετίστηκε αρνητικά στατιστικά σημαντικά ( $r=-0,232$ ,  $p=0,015$ ) με την ικανοποίηση από την καθαριότητα των χώρων. Όσο αυξανόταν το επίπεδο εκπαίδευσης, τόσο μειωνόταν η αντίστοιχη ικανοποίηση από την καθαριότητα.
4. Τέλος, η ηλικία των συμμετεχόντων συσχετίστηκε θετικά στατιστικά σημαντικά με την ικανοποίηση από τη δυνατότητα προσωπικής υγιεινής ( $r=0,214$ ,  $p=0,025$ ) και αρνητικά με την ικανοποίηση από την παροχή εκπαίδευσης ( $r=-0,220$ ,  $p=0,022$ ).

Αυτό σήμαινε ότι όσο αυξανόταν η ηλικία των ατόμων τόσο αυξανόταν και η ικανοποίηση από την ατομική τους υγιεινή, ενώ αντίστοιχα μειωνόταν η ικανοποίηση από την παροχή εκπαίδευσης.



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το βασικό συμπέρασμα που μπορούμε να εξάγουμε από την παρούσα έρευνα έγκειται στο ό,τι το γήρας έγκειται σε μία πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου, έχει αθροιστικά αποτελέσματα, είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του, αναπόδραστο και καθολικό και καταλήγει στο θάνατο (Kramlinger, 2001). Οι ηλικιωμένοι χαρακτηρίζονται από αυξημένη νοσηρότητα αλλά και εξάρτηση, ενώ παράλληλα ανακλύπτουν συγκεκριμένα προβλήματα και ανάγκες, οι οποίες χαρακτηρίζουν τόσο εκείνους που ζουν στα σπίτια τους, όσο και εκείνους που ζουν σε ιδρύματα και μονάδες φροντίδας.

Αναλυτικότερα, σύμφωνα με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα που αφορούσε στο προφίλ των ηλικιωμένων ατόμων που ζουν στο ίδρυμα, στο Ηράκλειο Κρήτης. Βασικό συμπέρασμα είναι ότι δεν υπήρχαν μεγάλες αποκλίσεις στα ευρήματα. Αρχικά, υπήρχε σχεδόν ίσος αριθμός ανδρών και γυναικών, οι ηλικίες των περισσότερων ερωτηθέντων κυμαίνονταν από 66 έως 75 ετών, με διαφορετικά δημογραφικά στοιχεία. Επιπροσθέτως, τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα ήταν χήροι/ες με παιδιά, άσκησαν το επάγγελμα του αγροκτηνοτρόφου και το εκπαιδευτικό τους επίπεδο είναι έως του Δημοτικού. Το παραπάνω εύρημα παρατηρήθηκε και στην πτυχιακή εργασία των Μαυραντωνάκης Α., Στηλιανίδης Κ. και Τσιχλά Δ. (2003) που σημειώθηκε πως "η έλλειψη συντρόφου και η ύπαρξη παιδιών δεν αποτελεί παράγοντα αποφυγής της ιδρυματικής φροντίδας των ηλικιωμένων, καθώς οι ρυθμοί του σύγχρονου τρόπου ζωής δεν επιτρέπουν την ουσιαστική παροχή φροντίδας στα ηλικιωμένα μέλη της οικογένειάς τους". Πάσχουν από μυοσκελετικά/ορθοπεδικά προβλήματα, απώλεια μνήμης, υπολειτουργία του γνωστικού συστήματος, καθώς λόγω ηλικίας είναι πιο επιρρεπείς σε σχέση με ένα νεαρότερο άτομο και οι επιπτώσεις αυτού δυσχεραίνουν τις πέντε αισθήσεις. Έτσι, η λειτουργία του ανοσοποιητικού τους συστήματος μειώνεται και συχνά ταλαιπωρούνται ταυτόχρονα με περισσότερες από μία ασθένειες. Ήταν δική τους απόφαση να εισαχθούν στο ίδρυμα, λόγω οικονομικών προβλημάτων και αισθήματος μοναξιάς. Υπάρχει οικονομική ανισότητα και τα ηλικιωμένα άτομα χρειάζονται παροχές και υπηρεσίες όσο αφορά ιατροφαρμακευτικές αγωγές, σίτιση, ένδυση, υπόδηση, μετακίνηση, αλλά και βοηθήματα (π.χ. πατερίτσες, αναπηρικό αμαξίδιο κλπ). Από την άλλη, η ψυχολογία των ηλικιωμένων ατόμων μεταβάλλεται γρήγορα, καθώς το "γήρας" το

συνδέουν με τη μοναξιά και την απομόνωση, ειδικά εάν έχουν δημιουργηθεί συναισθηματικά κενά με την απώλεια κοντινού τους ανθρώπου, είτε για να ζήσει μακριά τους, είτε από θάνατο. Έτσι, κάποια από τα ηλικιωμένα άτομα, ακόμη και χωρίς οικονομικό πρόβλημα, αποφάσισαν την εισαγωγή τους στο ίδρυμα για την καταπολέμηση αυτών των συναισθηματικών κενών.

Το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα αναφέρεται στη πιθανή μη κάλυψη των αναγκών ή το ποσοστό κάλυψης των αναγκών των ηλικιωμένων από το ίδρυμα που διαμένουν. Από την έρευνά μας προέκυψαν τα συμπεράσματα, όσον αφορά στην ιατρική περίθαλψη οι περισσότεροι ερωτώμενοι έχουν μυοσκελετικά προβλήματα. Με βάση το θεωρητικό κομμάτι της παρούσας πτυχιακής, το οποίο αναφέρει πως τα ορθοπεδικά, μυοσκελετικά προβλήματα συχνά εντοπίζονται στις λεπτές κινήσεις των χεριών, στην χρήση σκαλοπατιών και καρέκλας (Tucker, 1997). Το παραπάνω γεγονός, αυτομάτως, μας παραπέμπει στο αποτέλεσμα πως το μεγαλύτερο ποσοστό (48,6%), είχε εξάρτηση από τρίτους στην καθημερινότητά του. Ακόμη, ένα μικρότερο, αλλά εξίσου σημαντικό ποσοστό (24,8%), έχει πλήρη εξάρτηση, καθώς, όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία, στους/ις ηλικιωμένους/ες εντοπίζεται δυσκολία στις καθημερινές λειτουργίες, λόγω της υπολειτουργίας του γνωστικού συστήματος. Σε μερικές περιπτώσεις, υπάρχει και η απώλεια μνήμης, που καθιστά τη βοήθεια από τρίτους πιο αναγκαία, έχει δυσκολία στην λήψη αποφάσεων και την λύση καθημερινών προβλημάτων (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999). Στην συνέχεια, τέθηκε το ερώτημα, το οποίο αναφέρεται στην ανάγκη για ψυχοκοινωνική στήριξη, σύμφωνα και με τη θεωρία, τα άτομα έχουν ίσες συναισθηματικές και ψυχολογικές ανάγκες, με νεότερα ηλικιακά άτομα (Kim. H., Et Al., 2000). Οι ανάγκες αυτές φάνηκαν, από τις απαντήσεις των ηλικιωμένων να καλύπτονται επαρκώς. Μια σημαντική ανάγκη, επίσης, είναι η διατήρηση των ανθρώπινων κοινωνικών σχέσεων, η επικοινωνία δηλαδή με φίλους, γνωστούς και οικογένεια, οι οποίοι είναι αναγκαίο να είναι ευπρόσδεκτοι στο ίδρυμα, αλλά και του συναισθήματος της συντροφικότητας από το οικογενειακό περιβάλλον του εκάστοτε ατόμου ( Kim. H., Et Al., 2000).

Εκτός από τα παραπάνω, λαμβάνουν μέρος και οι προτάσεις των ίδιων των ηλικιωμένων για την βελτίωση της λειτουργίας των ιδρυμάτων που διαμένουν. Αρχικά, οι προτάσεις των ηλικιωμένων είχαν να κάνουν με την αύξηση των κλινών, καθώς το 70,64% μοιράζεται κοινό δωμάτιο. Επίσης, οι ερωτηθέντες πρότειναν την αύξηση του προσωπικού με προσλήψεις, αλλά και την αύξηση των κοινωνικών εκδηλώσεων για εντός και εκτός του ιδρύματος. Το μεγαλύτερο ποσοστό των

απαντήσεων ήταν σε μέτριο βαθμό (34,9%) ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις που είχαν από κοντινά τους πρόσωπα. Από την άλλη πλευρά σε έρευνα που αναφέρεται στο θεωρητικό μέρος, από τους φοιτητές Σωμαράκη Κ., Τσόκας Ν. και Χατζηγεωργίου Μ. (2007), έδειξε πως ενώ απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις, έδειχναν και είπαν πως δεν είναι ευτυχισμένοι για τη ζωή τους, γεγονός το οποίο, αναφέρθηκε και στη μελέτη των Γαρεφαλακη, Καρνιατη και Μαυροκεφαλιδου (2011), που υποστηρίχθηκε πως συμβαίνει λόγω ηλικιακών διακρίσεων. Οι προαναφερθείσες εκκρίσεις σχετίζονται και με την ιατρική περίθαλψη και γενικότερα με τις υπηρεσίες υγείας στη χώρα μας, καθώς φαίνεται να υπάρχουν περισσότερες επιλογές για τους νεότερους ηλικιακά ανθρώπους. Οι προτάσεις αυτές, συνδέονται μεταξύ τους, εφόσον οι δραστηριότητες των ηλικιωμένων απαιτούν μεγαλύτερο αριθμό προσωπικού. Στην βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε, επεξηγείται η σημαντικότητα κάλυψης αυτής της ανάγκης, αφού τα ηλικιωμένα άτομα, όπως και τα νεότερα έχουν την ανάγκη να νιώθουν ευχάριστα και όχι μοναξιά και αποξένωση από την υπόλοιπη κοινωνία. Ακόμη, η συμμετοχή τους σε κοινωνικά δρώμενα, βοηθά το αίσθημα του ανήκειν και στην καλή ψυχική τους υγεία (Κωσταριδου- Ευκλείδη, 1999).

Συμπερασματικά, τα ευρήματα της έρευνας, πιθανότατα κρίνονται στην πραγματικότητα. Αυτό συμβαίνει, αρχικά, επειδή οι απαντήσεις των ηλικιωμένων μπορεί να μην ήταν απόλυτα ειλικρινείς, διότι δεν θα ήθελαν να εισπράξουν το αίσθημα λύπης από τους συνεντευκτές. Δεύτερον, η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε κοινόχρηστους χώρους και πάρα τη βεβαίωση από εμάς, δεν θα ήθελαν να ακουστούν ή να φανούν, οι αρνητικές απόψεις τους για τον τόπο που διαμένουν. Τέλος, υπήρχαν άτομα με σοβαρά προβλήματα υγείας, τα οποία αποκλείστηκαν από την έρευνα, αφού δεν ήταν σε θέση να απαντήσουν στο ερωτηματολόγιο. Οι απαντήσεις των ανθρώπων αυτών, θα μπορούσαν να φανούν ιδιαίτερα σημαντικές, καθώς η ανάγκη τους για ιατρική περίθαλψη είναι μεγαλύτερη από τις υπόλοιπες.

Εν κατακλείδι, δεν μπορεί να διατυπωθεί μια ολοκληρωμένη άποψη για τις παροχές των ιδρυμάτων. Ερχόμαστε, λοιπόν σε συμφωνία με την έρευνα των Bury Michael και Holme Anthea (1990), πως θα πρέπει να δίνεται μεγάλη σημασία στην κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων, τις συνθήκες διαβίωσής τους, ευημερίας τους και της ηθικής τους. Επίσης, σημαντική είναι η διατήρηση βελτίωσης των δικτύων στήριξης και η αλληλεπίδραση των ηλικιωμένων ατόμων με το κοντινό τους περιβάλλον, πρωτίστως και στη συνέχεια με την υπόλοιπη κοινωνία. Βέβαια, όπως

προαναφέρθηκε (Κεφάλαιο 4.5.: Περιορισμοί της έρευνας) το γεγονός ότι, οι συμμετέχοντες διαβιούσαν σε ιδρύματα του Δήμου Ηρακλείου, δεν μας επιτρέπει να γενικεύσουμε τα συμπεράσματά μας, αφού το δείγμα μας έχει περιοριστεί στο συγκεκριμένο Δήμο και στις συγκεκριμένες Μονάδες, κάτι που σημαίνει ότι, είχαν εξαρχής τεθεί γεωγραφικά όρια.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

- Βακαλιός Θ., (1984), *Ποιότητα Ζωής: Προβληματισμοί-Κατευθύνσεις*, Αθήνα: ΚΕΠΕ.
- Βαλάσση-Αδάμ Ε., (2001), Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *ΑρχαίαΕλληνικήςΙατρικής, τομ. 18*.
- Binder S., (2002), Injuries among older adults: the challenge of optimizing safety and minimizing unintended consequences, *InjPrev*, 8 Suppl 4, IV2-4.
- Broese Van Groenou M., Van Tilburg T., (1997), Changes in the support networks of older adults in the Netherlands, *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12:23-44.
- Buchner D., M., Cress M., E., de Lateur B., J., Esselman P., C., Margherita A., J., Price R., & Wagner E., H., (1997), The effect of strength and endurance training on gait, balance, fall risk, and health services use in community-living older adults, *J Gerontol A BiolSci Med Sci*, 52(4), M218-224.
- Bury M., Holme A., (1990), Quality of life and social support, *Journal of aging studies* 4 (4): 345-357.
- Γαρεφαλάκη Μ., Καρνιάτη Ε., Μαυροκεφαλίδου Ι., (2011), *Στάσεις και πρακτικές των επαγγελματιών υγείας για τις ηλικιακές διακρίσεις στη νοσοκομειακή περίθαλψη*, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο.
- Γναρδέλλης Χ., (2003), *Εφαρμοσμένη Στατιστική*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Δοντάς Α., (1981), *Η Τρίτη ηλικία- Προβλήματα και δυνατότητες*, Αθήνα: Γρ. Κ. Παρισιάνος.
- Fernández- Ballesteros R., (2002), Social support and Quality of life Among People in Spain, *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
- Fernández- Ballesteros R., Zamarron M.D., Maciá A., (1996), Quality of life in the elderly in a different context, *Madrid, Spain: IM-SERSO*.
- Kim H.-K., Hisata Mi., Kai I. & Lee S-K, (2000), Social support exchange and quality of life among the Korean elderly, *Journal of Cross- Cultural Gerontology*, 15: 331-347.
- Kinsella K., He W., (2009), *An Aging World*, DC: National Institute on Aging and US Census Bureau, Washington.

- Kramlinger K., (2001), *Κατάθλιψη, Βγείτε από την Παγίδα*, Μετάφραση: Ελιάσα Χ., Αθήνα: Μοντέρνοι Καιροί.
- Κορρές Κ., (2013), *Ποσοτικές ερευνητικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.
- Κουτσιμανή Α., (2009), *Κοινωνικοοικονομικοί δείκτες της ποιότητας ζωής στην ελληνική οικογένεια: Η περίπτωση της Λάρισας*, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Οικιακής Οικονομίας και Οικολογίας, Αθήνα.
- Κυριαζή Ν., (2011), *Η κοινωνιολογική έρευνα: Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*, Αθήνα: Πεδίο.
- Κωσταρίδου- Ευκλείδη Α., (1999α), *Γήρας και υγεία στα θέματα ψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μαυραντωνάκης Α., Στυλιανίδης Κ., Τσιχλά Δ., (2003), *Οι απόψεις των ηλικιωμένων που διαμένουν σε ιδρύματα κλειστής φροντίδας του Νομού Ηρακλείου για τις συνθήκες ζωής τους*, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο.
- Μουσιδής Α., (1998), *Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία*, επίμ. ΚασιμάτηΚούλα, Αθήνα: Gutenberg.
- Myers G., (1990), Demography of aging. In Binstock R. & L. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences*. SanDiego, California: AcademicPress.
- Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριανταφύλλου Ε., Χριστοδούλου Γ., (2001), Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία. Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, τομ. 18, σελ. 239-253.
- Πανέρα Ε., (1999), *Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Πουλοπούλου- Έμκε Η., (1999), *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν, Παρόν & Μέλλον*, Αθήνα: Έλλην.
- Saunders M., Lewis P., Thornhill A., (2012), « Μέθοδοι έρευνας στις επιχειρήσεις και την οικονομία», Επιστημονική Επιμέλεια: Δρ. Γσουκάτος Ε., Δρ. Βρόντης Δ., (2014), Εκδόσεις: ΔΙΣΙΓΜΑ, 6<sup>η</sup> έκδοση.

- Σταθόπουλος Π., (1999), *Κοινωνική Πρόνοια, μια γενική θεώρηση*, Αθήνα: Έλλην.
- Στασινοπούλου Ο., (1992), *Κράτος Πρόνοιας: ιστορική εξέλιξη- σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις*, Αθήνα: Gutenberg.
- Συμεωνίδου Χ., (1996), *Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε.*, Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.
- Σωμαράκη Κ., Τσόκας Ν., Χατζηγεωργίου Μ., (2007), *Ικανοποίηση ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στην πόλη του Ηρακλείου από την φροντίδα που τους παρέχεται από επίσημα- ανεπίσημα δίκτυα φροντίδας*, Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ηράκλειο.
- Τσιώλη Ζ., (1996), *Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Ε.Κ.Κ.Ε.), Γήρανση και Κοινωνία: πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου Ε.Κ.Κ.Ε.*, Αθήνα: Ε.Κ.Κ.Ε.
- Tucker N., (1997), *Εφηβεία, ωριμότητα και Τρίτη ηλικία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Υφαντόπουλος Γ., Σαρρής Μ., (2001), *Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής- Μεθοδολογία μέτρησης*, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, τομ. 18*, σελ. 218-229.
- World Health Organisation, (1984), *The uses of epidemiology in the study of the elderly. Report of a WHO Scientific Group on the Epidemiology of Aging*, *World Health Organ Tech Rep Ser, 706*, 1-84.
- Χανιώτης Φ., Ι., (1999), *Εγχειρίδιο γηριατρικής*, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας.
- Ψαρού Κ., Ζαφειρόπουλος Κ., (2004), *Επιστημονική έρευνα θεωρία και εφαρμογές στις κοινωνικές επιστήμες*, Αθήνα: Υποθέτω.

## ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- ([http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index\\_en.cfm?section=active-healthy-ageing](http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing)). (Τελευταία πρόσβαση: 02/11/2017)
- [Health systems in transition](http://vml.med.uoc.gr/moodle/lessons/14-koinonia-ygeia/arxeia/simeioseis/health-in-transition.pdf)\*C Economou - Health, 2010  
<http://vml.med.uoc.gr/moodle/lessons/14-koinonia-ygeia/arxeia/simeioseis/health-in-transition.pdf>(Τελευταία πρόσβαση: 22/02/2018)
- [http://www.ygeiaonline.gr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3679:2010-10-01-10-47-28&catid=133:old-people-and-health&directory=27](http://www.ygeiaonline.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=3679:2010-10-01-10-47-28&catid=133:old-people-and-health&directory=27)



# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

---

# ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

### Α. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

#### 1. Φύλο

- Άνδρας
- Γυναίκα

#### 2. Ηλικία

- Έως 65
- 66-75
- 76-85
- 86 και πάνω

#### 3. Επίπεδο εκπαίδευσης

- Αναλφάβητος/η
- Δεν έχω αποφοιτήσει από το δημοτικό
- Δημοτικό
- Εξατάξιο γυμνάσιο
- Ανώτερη/ ανώτατη
- Άλλο

#### 4. Επάγγελμα που ασκούσατε πριν πάρετε σύνταξη

- Αγρότης, -ισσα, Κτηνοτρόφος, Αλιέας
- Εργάτης/ρια, τεχνίτης/ρια
- Έμπορος/Επιχειρηματίας-Ελεύθερος επαγγελματίας
- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Δημόσιος υπάλληλος
- Άλλο (προσδιορίστε).....

**5. Οικογενειακή κατάσταση**

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η ή σε διάσταση
- Χήρος/α
- Άλλο (προσδιορίστε).....

**6. Έχετε παιδιά; Αν ναι, πόσα;**

- Ναι
- Όχι

**7. Αν ναι, Αριθμός παιδιών.....**

- μένουν στην ίδια πόλη;
- Σε άλλη περιοχή εντός Κρήτης;
- Εκτός Κρήτης;

**8. Πού έχετε ζήσει τα περισσότερα χρόνια της ζωής σας;**

- Χωριό
- Κομόπολη ως 10000 κατοίκους
- Πόλη ως 50000 κατοίκους
- Πόλη άνω των 50000 κατοίκων

**9. Πριν την εισαγωγή σας στο γηροκομείο πού μένατε;**

- Σε δικό μου σπίτι
- Σε ενοίκιο
- Φιλοξενούμουν στα παιδιά μου
- Σε άλλο γηροκομείο
- Άλλο

**10. Πώς θα χαρακτηρίζατε την οικονομική σας κατάσταση;**

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

**11. Πώς θα χαρακτηρίζατε την υγεία σας:**

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή

**12. Υποφέρετε από κάποια ασθένεια;**

- Ναι
- Όχι

**13. Χρειάζεστε κάποια ιατρική περίθαλψη από τις παρακάτω;**

- Αισθητηριακά και ΩΡΛ
- Αναπνευστικά
- Ενδοκρινικά,Μεταβολισμού,Αίματος
- Ορθοπεδικά/Μυοσκελετικά
- Καρδιαγγειακά
- Προβλήματαπεπτικού καιουροποιητικούσυστήματος
- Κατάγματακαιαιαυγήματα
- Νεοπλασίες (καλοήθειες-κακοήθειες)
- Νευρολογικά
- Ψυχιατρικά
- Άλλο (προσδιορίστε).....

**14. Χρειάζεστε διαρκή ιατρική περίθαλψη;**

- Ναι
- Όχι

**15. Έχετε δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης;**

- Είμαι εντελώς ανεξάρτητη/ος
- Εξαρτώμαι εν μέρει
- Πλήρη εξάρτηση από άλλο άτομο
- Σε κατάκλιση

### **B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΒΙΩΣΗΣ ΣΤΟ ΙΔΡΥΜΑ**

**16. Ποιες ανάγκες των ηλικιωμένων καλύπτει το ίδρυμα;**

- Σίτιση
- Ιατρική περίθαλψη
- Ψυχοκοινωνική στήριξη
- Άλλο (προσδιορίστε).....

**17. Αποτελεί κατάλληλο χώρο στέγασης για τους ηλικιωμένους;**

- Ναι
- Όχι

**18. Ήταν δική σας επιλογή να εισαχθείτε στο γηροκομείο;**

- Ναι
- Όχι

**19. Ποιοι είναι οι λόγοι για τους οποίους έγινε η εισαγωγή σας στο ίδρυμα;**

- Μοναξιά
- Οικονομικά προβλήματα
- Προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες.
- Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος.
- Λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά.
- Άλλο

**20. Πόσο διάστημα βρίσκεστε στο ίδρυμα;**

- Λίγους μήνες
- Έως 1 χρόνο
- Έως 5 χρόνια
- Πάνω από 5 χρόνια

**21. Πώς είναι οι συνθήκες διαβίωσης εντός του ιδρύματος;**

- Άσχημες –ακατάλληλες για διαβίωση
- Μέτριες
- Ικανοποιητικές
- Καλές
- Πολύ καλές
- Άριστες

**22. Συγκατοικείτε στο ίδιο δωμάτιο με άλλα άτομα ;**

- Ναι            Αριθμός ατόμων .....
- Όχι

**23. Πόσο συχνά έχετε επισκέψεις;**

- Σπάνια
- Έως 3 φορές την εβδομάδα
- Καθημερινά
- 1 φορά τον μήνα
- 2-3 φορές το χρόνο
- Άλλο .....

**24. Είστε ικανοποιημένος/η από τις επισκέψεις;**

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Μέτρια
- Πολύ
- Πάρα πολύ

**Γ. ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ-ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ**

**25. Πόσο ικανοποιημένοι/ες είστε από:**

	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Την κοινότητα εκτός					
Το διοικητικό προσωπικό (ως προς την ευγένεια/προθυμία/επαγγελματική κατάρτιση)					
Το επιστημονικό προσωπικό (ως προς την ευγένεια/προθυμία/επαγγελματική κατάρτιση)					

Το βοηθητικό προσωπικό (ως προς την ευγένεια/προθυμία/επαγγελματική κατάρτιση)					
Τους/τις εθελοντές/ριες					
Τους/τις άλλους/ες περιθαλπόμενους/ες					
Την ελεύθερη έκφραση των απόψεών τους					
Τη δυνατότητα έκφρασης των θρησκευτικών τους πεποιθήσεων					
Την αισθητική διαμόρφωση του χώρου					
Τη λειτουργική διαμόρφωση του χώρου					
Την καθαριότητα των χώρων					
Τη δυνατότητα προσωπικής υγιεινής					
Την ψυχαγωγία που σας παρέχεται					
Τη δυνατότητα εξόδου					
Την κάλυψη της ανάγκης για συντροφικότητα, επαφή, επικοινωνία					
Την εκπαίδευση που σας παρέχεται					
Τις εορταστικές εκδηλώσεις					
Τις ομάδες που συντονίζει ο/η κοινωνικός/ή λειτουργός					
Τις άλλες ομάδες					
Τους φορείς που συνεργάζεται το ίδρυμα					



**26. Πόσο ασφαλής αισθάνεστε στο ίδρυμα;**

- Καθόλου
- Μέτρια
- Αρκετά
- Πολύ
- Απόλυτα

**27. Τι προβλήματα θεωρείτε ότι υπάρχουν για το συγκεκριμένο πλαίσιο οποίο διαβείτε;**

- Ανεπαρκής ιατρική περίθαλψη
  - Μη ικανοποιητική σίτιση
  - Ελλιπής καθαριότητα
  - Ανεπαρκής χωρητικότητα
  - Άλλο
- (προσδιορίστε).....

**28. Σύμφωνα με τις απόψεις σας, ποιες θα ήταν οι προτάσεις για τη βελτίωση της ιδρυματικής φροντίδας στο Ηράκλειο Κρήτης;**

- Αύξηση των διαθέσιμων κλινών και θέσεων για τους ηλικιωμένους
- Εμπλουτισμός του μενού του καθημερινού φαγητού
- Πρόσληψη προσωπικού για την επαρκή κάλυψη των αναγκών των ηλικιωμένων
- Έλεγχος για την τήρηση κανόνων υγιεινής και φροντίδας των χώρων των ιδρυμάτων
- Διοργάνωση εκδηλώσεων εντός και εκτός του ιδρύματος ή/και διοργάνωση εκδρομών
- Άλλο (προσδιορίστε).....