

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

«Η ευεξία και ο ρόλος των κοινωνικών δικτύων σε δείγμα ηλικιωμένων από 3 δομές ανοικτής προστασίας του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης».



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΑΛΕΒΥΖΑΚΗ ΜΑΡΙΑ (4721)

ΜΙΚΕΛΗ ΕΙΡΗΝΗ (4933)

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΔΡ.: ΜΙΧΕΛΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας.

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2020

Πίνακας Περιεχομένων

Περίληψη	7
Abstract	9
Ευχαριστίες	11
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	12
1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Εννοιολογικές Προσεγγίσεις.....	14
1.1 Ορισμός της Τρίτης Ηλικίας.....	14
1.2 Τα γηρατειά και τα χαρακτηριστικά τους	16
1.3 Χαρακτηριστικά γήρατος	21
1.4 Η ενεργός γήρανση	23
1.5 Ηλικία και ηλικιακά στερεότυπα	27
1.6 Τρίτη ηλικία και η διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα.....	30
1.7 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων	32
1.8 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	34
1.9 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων	36
2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Ποιότητα ζωής.....	38
2.1 Ορισμός ποιότητας ζωής.....	38
2.2 Ικανοποίηση από τη ζωή	39
2.3 Η επιτυχημένη γήρανση	40
2.4 Εννοιολογική προσέγγιση ευεξίας	43
2.5 Προσδιοριστές της ευεξίας στα άτομα Τρίτης ηλικίας	44
2.6 Παράγοντες κινδύνου για χαμηλή ευεξία.....	46
2.7 Παράγοντες επιτυχημένης ευεξίας.....	47
3ο Κεφάλαιο: Τα Κοινωνικά Δίκτυα & ο ρόλος τους στη ζωή των ηλικιωμένων	48
3.1 Ορισμός Κοινωνικών Δικτύων.....	48
3.3 Η Κοινωνική συμμετοχή στην Τρίτη Ηλικία	49
3.4 Οι Κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων και τα οφέλη των Κοινωνικών δικτύων στην ζωή τους.....	50
3.5 Τρίτη Ηλικία και χαμηλή κοινωνική δικτύωση	52
3.6 Η θεωρία της κοινωνικό-συναισθηματικής επιλεκτικότητας	54
3.7 Ο ορισμός της κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων.....	55

3.8 Η Κοινωνική απομόνωση	56
3.9 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού	58
B ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	61
4ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της Έρευνας	61
4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας	61
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα	62
4.3 Εκτίμηση δυσκολιών έρευνας- Αντιμετώπιση δυσκολιών	63
4.4 Πεδίο έρευνας	64
4.5 Επιλογή Έρευνας & Δείγματος	64
4.6 Ερευνητικό Εργαλείο	65
4.7 Η συλλογή των Ερευνητικών Δεδομένων	66
4.8 Ηθική & Δεοντολογία	67
4.9 Στατιστική ανάλυση.....	68
5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Αποτελέσματα της Έρευνας.....	69
5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά.....	69
5.2 Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων	82
5.3 Συνολική αποτίμηση των παραγόντων επίδρασης στην Ευεξία	88
6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Συμπεράσματα & Συζήτηση.....	90
6.1 Συμπεράσματα	90
6.2 Συνολική αποτίμηση για την Ευεξία.....	92
6.3 Συζήτηση	93
6.4 Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών	97
6.5 Μειονεκτήματα & Προτάσεις.....	98
6.6 Σύνοψη	98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – Ερωτηματολόγιο	99
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – Εγκρίσεις	105
Βιβλιογραφία	107
Ελληνική	107

<http://www.teicrete.gr/koinerg/koinwnikis.html>

Το περιεχόμενο της συγκεκριμένης Π.Ε. αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία των συγγραφέων, Αλεβυζάκη Μαρίας και Μικέλη Ειρήνης της επιβλέπουσας επόπτριας Δρ. Μιχελή Αικατερίνης 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 υπογράφωντες φοιτητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του **ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

ΑΛΕΒΥΖΑΚΗ ΜΑΡΙΑ

ΜΙΚΕΛΗ ΕΙΡΗΝΗ

δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο:

«Η ευεξία και ο ρόλος των κοινωνικών δικτύων σε δείγμα ηλικιωμένων από 3 δομές ανοικτής προστασίας του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης» 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)

Ονοματεπώνυμο

Ονοματεπώνυμο

ΔΗΛΩΣΗ ΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΚΑΔΗΜΑΪΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Ως φοιτήτριες του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας του Ελληνικού Μεσογειακού Πανεπιστημίου Κρήτης , Αλεβυζάκη Μαρία και Μικέλη Ειρήνη,

Δηλώνουμε υπεύθυνα ότι η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο: «Η ευεξία και ο ρόλος των κοινωνικών δικτύων σε δείγμα ηλικιωμένων από 3 δομές ανοικτής προστασίας του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης»

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.

Περίληψη

Η παρούσα πτυχιακή εργασία έχει τίτλο «**Η ευεξία και ο ρόλος των κοινωνικών δικτύων σε δείγμα ηλικιωμένων από 3 δομές ανοικτής προστασίας του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης**» και αποτελείται από το Κεφάλαιο 1 στο οποίο ξεκινά το θεωρητικό μέρος της εργασίας και προσδιορίζει όρους όπως την Τρίτη Ηλικία, τα χαρακτηριστικά του γήρατος, τις ανάγκες και τα προβλήματα των ηλικιωμένων, ορισμούς δηλαδή που σχετίζονται με το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής. Το Κεφάλαιο 2 αναλύει την ποιότητα ζωής στην Τρίτη Ηλικία και προσδιορίζει όρους όπως την επιτυχημένη γήρανση, την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων από την ζωή αλλά και παράγοντες για χαμηλή ή επιτυχημένη ευεξία. Το κεφάλαιο 3 αναλύει τα κοινωνικά δίκτυα και τον καθοριστικό τους ρόλο στην ζωή των ηλικιωμένων. Έπειτα ακολουθεί το ερευνητικό μέρος που περιγράφεται η έρευνα που πραγματοποιήσαμε, τα αποτελέσματα και τα συμπεράσματα που διαπιστώθηκαν.

Η πτυχιακή αυτή εργασία εκπονήθηκε με σκοπό την εκτίμηση της ευεξίας σε άτομα άνω των 65 ετών που ζουν στο δήμο Ηρακλείου και τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα κοινωνικά δίκτυα και την ευεξία και είχε ως στόχο να προσδιοριστεί η αναγκαιότητα των κοινωνικών δικτύων στην ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου εφόσον αποτελεί έναν από τους πιο καθοριστικούς παράγοντες στην υγεία τους καθώς και να εξετάσουμε τους παράγοντες κινδύνου που προκαλούν χαμηλή ευεξία αλλά και τους τρόπους που επιτυγχάνεται η ευεξία.

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας μας, παρατηρείται ότι το 72,7 % που συμμετείχαν αποτελείται από άνδρες ενώ μόνο το 27,7 από γυναίκες. Σχετικά με την ικανοποίηση τους από την τρέχουσα οικονομική κατάσταση που βιώνουν, διαπιστώνεται ότι το 32,7% δεν είναι ικανοποιημένοι, το 29,3 ελάχιστα, μέτρια το 28,7 ενώ πολύ ή απόλυτα ικανοποιημένοι είναι μόλις το 9,3%. Όσον αφορά τις κοινωνικές σχέσεις των συμμετεχόντων διαπιστώνεται ότι το 84,7% συμμετέχει σε κάποια κοινωνική οργάνωση και το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών έχει φίλους και άτομα στα κοινωνικά δίκτυα.

Επίσης οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι είναι μέτρια έως απόλυτα ικανοποιημένοι από την ζωή τους έως τώρα ενώ ένα πολύ μικρό ποσοστό δήλωσε ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι καθώς επίσης σημαντικό ποσοστό δήλωσε ότι η ηλικία αποτελεί συχνά αποτρεπτικό παράγοντα σε δραστηριότητες που επιθυμούν να κάνουν. Επιπροσθέτως, φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι με υψηλά κοινωνικά δίκτυα έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και υψηλότερα επίπεδα ευεξίας.

Μέσα από την έρευνα μας λοιπόν διαπιστώνεται ότι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν τους ηλικιωμένους, είναι η μικρότερη ηλικία, το υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο, το αυξημένο εισόδημα και η καλύτερη κατάσταση υγείας ενώ η χαμηλή κοινωνική δικτύωση επηρεάζει αρνητικά την ευεξία τους. Ακόμη παρατηρήθηκε πως δεν βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναφορικά με το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων παρατηρείται ότι το αυξημένο εισόδημα και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με την ευεξία. Τέλος, όσον αφορά τη σχέση ηλικίας και ευεξίας φαίνεται πως με την αύξηση της ηλικίας, η ευεξία επηρεάζεται αρνητικά.

Λέξεις κλειδιά: Τρίτη Ηλικία, Κοινωνικά Δίκτυα, Ικανοποίηση από την ζωή, Ευεξία, Γήρανση

Abstract

The present thesis has the title “The Well-being and the Role of Social networking on a sample of elderly people pertaining to 3 different frameworks of open protection in Heraklion, Crete”. It consists of Chapter 1 in which the theoretical part of the thesis begins and defines terms such as the Elderly, the characteristics of senility, old people’s needs and problems, specifically definitions which are related to the research part of the thesis.

Chapter 2 analyzes the quality of life of the Elderly and determines definitions, such as successful aging, elderly people’s satisfaction of life, but also factors that contribute to what determines low or successful well-being. Chapter 3 analyzes the social networking and the definitive role they play in old people’s life. Then, the exploratory part follows in which the research we implemented is described as well as the results and the conclusions which were deducted.

This thesis was devised for the purpose of the evaluation of the well-being of people over 65 years old who live in the Municipality of Heraclion as well as the research of the relationship between social networking and well-being, having as an object of definition the necessity of social networking in the life of the elderly, since it constitutes one of the determinants related to their health and also to examine risk factors which cause low well-being, but also the ways well-being is achieved.

Through our results, it is observed that 72,7% of the participants were men and only 27,7% were women. With reference to their satisfaction of their present financial position, it is ascertained that 32,7% are not satisfied, 29,3 slightly, 28,7 mediocre, whilst only 9,3% are very or absolutely satisfied.

As for the social relationships of the participants, it is ascertained that 84,7% take part in a social group and their biggest percentage has friends and persons in social networks. Furthermore, most of the elderly declared themselves fairly or absolutely satisfied by their lives so far, but a very small percentage declared themselves dissatisfied as well as a considerable percentage declared that age itself often constitutes as a deterrent in activities they would like to participate in.

Additionally, it seems that elderly people with high social networks feel greater satisfaction from life and have higher well-being levels. So, through our research it is ascertained that the determining factors that influence the elderly is younger age, a higher educational level, increased income as well as better health conditions. However, low social networking influence their well-being in a negative way. It is also noticed that there was no significant differentiation between men and women. With reference to the participants' income and educational level, it is noticed that an increased income and a higher educational level are related to the level of well-being. Lastly, concerning the relationship between age and well-being, apparently increase in age influences well-being in a negative way.

Key words: Elderly, Social Network, Satisfaction from life, Well- being, Senility

Ευχαριστίες

Αρχικά θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα Μιχελή Αικατερίνη για την πολύτιμη βοήθεια και στήριξη της καθ' όλη την διάρκεια της συγγραφής της πτυχιακής μας εργασίας καθώς και για τις γνώσεις της αλλά και την σωστή καθοδήγηση που μας παρείχε. Έπειτα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειες μας για την στήριξη τους καθ' όλη την διάρκεια των φοιτητικών μας χρόνων. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά όλους όσους συμμετείχαν στην έρευνα μας και βοήθησαν σε αυτήν, διότι χωρίς εκείνους δεν θα μπορούσε να ολοκληρωθεί αυτή η εργασία.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) μεταξύ του 2000 και του 2050, ο αριθμός των ανθρώπων που είναι μεγαλύτεροι των 65 ετών, αναμένεται να διπλασιαστεί. Το 2050 εκτιμάται ότι 1 στους 5 ανθρώπους του πλανήτη μας θα είναι πάνω από 60 χρονών. Η αυξανόμενη αναλογία των ανθρώπων που αναπτύσσονται στην ηλικία τα τελευταία χρόνια και οι επακόλουθες συνέπειες της πολιτικής και της πρακτικής για τα συστήματα υγείας και κοινωνικής πρόνοιας όσον αφορά πληθυσμό που αναμένεται να παρουσιάσει μια όλο και μεγαλύτερη ηλικιακή δομή έχουν φέρει τον εντοπισμό παραγόντων που μπορούν να αντέξουν την ευημερία των τελευταίων ετών στην εξέταση του υφιστάμενου πλαισίου έρευνας και πολιτικής της γήρας (Rechel et al., 2013).

Η αύξηση της ηλικίας και οι δημογραφικές αλλαγές έχουν ραγδαίες συνέπειες για την κοινωνία και κάθε άτομο ξεχωριστά. Προσφέρουν περισσότερες ευκαιρίες και πιθανόν να έχουν θεμελιώδη επίδραση στον τρόπο που ζούμε, στις φιλοδοξίες και τα όνειρα μας για το μέλλον. Οι ηλικιωμένοι συμβάλλουν στην κοινωνία με πολλούς τρόπους, μέσα στην οικογένεια αλλά και στην τοπική κοινωνία. Ωστόσο, η ευκαιρία για κοινωνικούς και ανθρώπινους πόρους καθώς ένα άτομο μεγαλώνει εξαρτάται άμεσα από την υγεία του. Η καλή υγεία και η ευεξία αποτελούν τη γέφυρα για μια καλή ζωή στα χρόνια των γηρατειών δίνοντας με αυτό τον τρόπο περισσότερες επιλογές και ευκαιρίες. (WHO, 2015)

Την τελευταία δεκαετία έχει σημειωθεί μια δραματική αύξηση των ερευνών για την ευημερία. Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται σε μια κρίσιμη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα αξιολογούν την ποιότητα της ζωής τους με βάση το δικό τους μοναδικό σύνολο κριτηρίων (Shin & Johnson, 1978). Παρόλο που ενδέχεται να υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τους σημαντικούς παράγοντες για μια καλή ζωή, όπως η υγεία και οι επιτυχημένες κοινωνικές σχέσεις, τα άτομα είναι εκείνα που καθορίζουν τι έχει προτεραιότητα στην ζωή τους για να επιτύχουν την ευημερία. (Diener et al., 1985). Τα άτομα είναι επίσης πιθανό να έχουν μοναδικά κριτήρια για μια καλή ζωή, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις θα μπορούσαν να αντισταθμίσουν τα κοινά κριτήρια αναφοράς. Επιπλέον, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά πρότυπα επιτυχίας σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς της ζωής τους. Επομένως, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η σφαιρική κρίση των ατόμων για την ικανοποίησή τους από συγκεκριμένους τομείς.

1ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ: Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

1.1 Ορισμός της Τρίτης Ηλικίας

Οι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ζουν περισσότερο. Μέχρι το 2050 ο παγκόσμιος πληθυσμός ηλικίας 65 ετών και άνω αναμένεται να ανέλθει σε 2 δισεκατομμύρια, από 900 εκατομμύρια το 2015. Ο ρυθμός της γήρανσης του πληθυσμού σε όλο τον κόσμο αυξάνεται επίσης δραματικά. Για παράδειγμα, η Γαλλία είχε σχεδόν 150 χρόνια να προσαρμοστεί σε μια αλλαγή από 10 % σε 20% στο ποσοστό του πληθυσμού που ήταν άνω των 60 ετών. Σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση προκύπτει από την επίδραση της συσσώρευσης μιας μεγάλης ποικιλίας μοριακών και κυτταρικών βλαβών με την πάροδο του χρόνου. Αυτό οδηγεί σε σταδιακή μείωση της σωματικής και διανοητικής ικανότητας, σε αυξανόμενο κίνδυνο ασθενειών και τελικά σε θάνατο. Πέρα από τις βιολογικές αλλαγές, η γήρανση συνδέεται επίσης με άλλες μεταβάσεις της ζωής, όπως η συνταξιοδότηση, η μετεγκατάσταση σε πιο κατάλληλη στέγαση και ο θάνατος φίλων και συνεργατών. Κατά την ανάπτυξη μιας απάντησης της δημόσιας υγείας για την γήρανση, είναι σημαντικό όχι μόνο να εξεταστούν προσεγγίσεις που βελτιώνουν τις απώλειες που συνδέονται με την μεγαλύτερη ηλικία, αλλά και εκείνες που μπορεί να ενισχύσουν την ανάκαμψη, την προσαρμογή και την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη. (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>) (WHO, 2015)

Υπάρχουν ορισμένα κοινά χαρακτηριστικά σε όλους τους ανθρώπους, ανεξαρτήτως φυλής ή φύλου που αφορούν τις φάσεις της ζωής τους: νήπιο, παιδί, έφηβος, μεσήλικας, ηλικιωμένος. Το **γήρας** είναι μια έννοια χρονολογική με έναρξη συμβατική και διαφορετική στις διάφορες εποχές. Ο Πυθαγόρας ξεχώριζε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η καθεμία, αντίστοιχες με τις εποχές: η παιδική ηλικία ή άνοιξη από 0-20 ετών, η εφηβεία ή καλοκαίρι από 20-40, η νεότητα ή φθινόπωρο από 40-60 και τα γηρατειά ή αλλιώς χειμώνας από 60-80 ενώ ο Αριστοτέλης εντόπιζε την φυσική ωριμότητα στα 35 και την πνευματική στα 49.

Η Β. Neugarten διακρίνει τους νέους (young old) και τους γέροντες ηλικιωμένους (old-old). Οι όροι δεν βασίζονται σε χρονολογική ηλικία αλλά στην υγεία και σε κοινωνικά χαρακτηριστικά . Ένας νέος ηλικιωμένος μπορεί να είναι 55 ή 85 ετών. Οι νέοι ηλικιωμένοι είναι υγιείς και δυνατοί και βρίσκονται σε σχετικά καλή οικονομική κατάσταση, είναι ενσωματωμένοι στην οικογένεια και στην κοινωνία και δραστήριοι πολιτικά. Οι γέροι ηλικιωμένοι αποτελούν την ευάλωτη ομάδα που χρειάζεται ειδική φροντίδα. (Πουλοπούλου, 1999)

Ως ηλικιακό όριο των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία, η «Παγκόσμια συνέλευση του Γήρατος», το 1982, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω. Σήμερα έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, ως όριο για τον ηλικιωμένο. (Δαρβαρέσης, 2011). Πιο συγκεκριμένα ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας χρησιμοποιεί τον όρο χρονολογική ηλικία για να αποδώσει τον ορισμό του «ηλικιωμένου». Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ ως «ηλικιωμένος» ορίζεται κάποιος που έχει φτάσει το προσδόκιμο ζωής, σε ένα συγκεκριμένο γεωγραφικό μέρος. Έτσι έχει οριστεί η ηλικία των 65 ετών για τον καθορισμό του «ηλικιωμένου» Και ακολουθούν οι παρακάτω διαβαθμίσεις:

- 65-74 ως νέοι ηλικιωμένοι (young adults)
- 75-84 ως ηλικιωμένοι (old adults)
- 85+ ως γηραιότεροι των γηραιών (ή τέταρτη ηλικία) (who, 2015)

Επιστημονικές μελέτες καταλήγουν στις ακόλουθες διαπιστώσεις: α) Τα γηρατειά αρχίζουν από την γέννηση και από βιοιατρική άποψη ακόμη νωρίτερα και είναι μία διαδικασία συνεχιζόμενων φυσιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αλλαγών σε όλη τη διάρκεια της ζωής. Β) Μεγάλες διαφορές υπάρχουν ανάμεσα στα άτομα. Η ταχύτητα και η ένταση του γήρατος ποικίλλει από άτομο σε άτομο τόσο στο φυσιολογικό όσο και στο ψυχολογικό επίπεδο. Για κάθε άνθρωπο τα γηρατειά έχουν διαφορετική έναρξη και διαφορετική διάρκεια , διαφορετικές δυνατότητες και διαφορετικές συνέπειες. Γ) Οι διαφορές που παρατηρούνται αυξάνονται όσο προχωράει η ηλικία. Δ) Το όριο που χωρίζει τη μέση ηλικία από τα γηρατειά δεν είναι ξεκάθαρο. Ε) Ένα όριο συνταξιοδότησης κοινό για όλους δεν λαμβάνει υπόψη τις μεγάλες διαφορές που υπάρχουν στα άτομα. (Πουλοπούλου, 1999)

1.2 Τα γήρατα και τα χαρακτηριστικά τους

Το γήρας είναι μια διαδικασία εξέλιξης εντελώς φυσιολογική αλλά και μη αναστρέψιμη. Μέσα από την γήρανση ο άνθρωπος μειώνει έντονα την προσαρμοστικότητα του, την ευαισθησία και την αντοχή του οργανισμού του. Ως μια φυσιολογική διαδικασία λοιπόν, την οποία βιώνουν οι περισσότεροι άνθρωποι επέρχεται σε διαφορετικούς ρυθμούς και επηρεάζεται κυρίως από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες.

Η Τρίτη ηλικία αποτελεί μια διαφορετική περίοδο ωριμότητας και ένα σύνολο φυσικών αλληλοεπιδρώντων φαινομένων σε βιολογικά, κοινωνικά, ψυχολογικά, και οικονομικά επίπεδα. Η εμφάνιση του γήρατος είναι αναπόφευκτη όμως δεν εμφανίζεται με τον ίδιο τρόπο. Σε κάποιους ανθρώπους εμφανίζεται νωρίτερα ενώ σε άλλους αργότερα. Επίσης η φυσιολογική γήρανση δεν ταυτίζεται με την παθολογική καθώς τα χαρακτηριστικά και οι συνθήκες τους διαφέρουν. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα βιολογικά κριτήρια γήρανσης, όπως αυτό της νοσηρότητας. Μεταξύ γήρατος και νοσηρότητας υπάρχει μεγάλη συσχέτιση καθώς ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων πάσχει από χρόνια νοσήματα.

Σε γενικά πλαίσια η απόδοση του ορισμού του ηλικιωμένου αναφέρεται όταν κάποιος έχει φτάσει στα τελευταία στάδια της φυσιολογικής διάρκειας ζωής. Η διαδικασία του γήρατος είναι μια πολύ-αιτιολογική και πολύ-παραγοντική κατάσταση. Οι αλλαγές στην Τρίτη ηλικία είναι περίπλοκες και εμφανίζονται με την πάροδο του χρόνου και εκδηλώνονται σε πολλά επίπεδα (Ευκλείδη Α., «Γήρας και Υγεία» στο Κωσταρίδου Ευκλείδη Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας 2011) Το γήρας συνήθως ορίζεται ως η προοδευτική απώλεια λειτουργικότητας, με την αύξηση της ηλικίας, και την αύξηση του ποσοστού των προβλημάτων υγείας συμπεριλαμβανομένης και της θνησιμότητας (Kirkwood and Austad, 2000).

Σε βιολογικό επίπεδο, η γήρανση σχετίζεται με τη σταδιακή συσσώρευση μιας ευρείας ποικιλίας μοριακών και κυτταρικών βλαβών. Με την πάροδο του χρόνου, αυτή η βλάβη οδηγεί σε σταδιακή μείωση των φυσιολογικών αποθεμάτων, αυξημένο κίνδυνο πολλών ασθενειών και γενική μείωση της ικανότητας του ατόμου. Τελικά, θα οδηγήσει σε θάνατο. (Fedarko, 2011; WHO, 2015)

Συνεπώς, το γήρας εξαρτάται από το χρόνο και αποτελεί μια αρκετά σύνθετη διαδικασία κατά την οποία ένα ηλικιωμένο άτομο βιώνει μη αναστρέψιμες μεταβολές χωρίς όμως αυτό να συμβαίνει με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα ηλικιωμένα άτομα. Οι αλλαγές στα γηρατειά συνδέονται με την αύξηση της ηλικίας και δεν είναι ίδιες για όλους τους ηλικιωμένους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα κάποιοι ηλικιωμένοι ηλικίας 70 ετών να απολαμβάνουν εξαιρετικά καλή υγεία και λειτουργικότητα και να μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, άλλοι συνομήλικοι τους είναι ευάλωτοι και εύθραυστοι και χρήζουν σημαντικής βοήθεια από άλλους. Η διαδικασία λοιπόν της γήρανσης ποικίλει τόσο από άτομο σε άτομο, και οι μεταβολές λόγω αυτής δεν θα μπορούσαν να προσδιορίσουν την έναρξη τους βάση κάποιας συγκεκριμένης ηλικίας, καθώς δε γηράσκουν όλοι οι οργανισμοί με τον ίδιο ρυθμό. Συνεπώς, μόνο η γνώση της χρονολογικής ηλικίας ενός ατόμου, δεν μπορεί να αποδώσει συμπεράσματα για τη σωματική, τη νοητική και την κοινωνική λειτουργικότητα. Για αυτό είναι προτιμότερο να αποδώσουμε τα χαρακτηριστικά του γήρατος και μέσα από αυτά να κατανοήσουμε ποιοι παράγοντες το επηρεάζουν (Δαρβαρέσης, 2011)

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, οι αλλαγές κατά τη διάρκεια του γήρατος συνδέονται με την αύξηση της ηλικίας. Έτσι, οι φυσιολογικές και σωματικές αλλαγές που μπορεί να βιώσει ένα ηλικιωμένο άτομο είναι:

- Στην εμφάνιση: χρώμα μαλλιών, αλλαγή χαρακτηριστικών προσώπου (ρυτίδες), δομή σώματος (μείωση ύψους και βάρους), αλλαγή στην κατανομή λίπους (αύξηση του λίπους γύρω από τη μέση).
- Στην κινητικότητα: προβλήματα στο μυό-σκελετικό και στις αρθρώσεις. (σταδιακή μείωση μυϊκής δύναμης, σταδιακή μείωση αντοχής των οστών, μείωση λεπτής κινητικότητας και εκτέλεσης λεπτών κινήσεων με τα χέρια, πόνοι στη μέση και στα άκρα).

□ Συνέπειες: μείωση της ευχαρίστησης από τη ζωή λόγω των παραπάνω δυσκολιών, περιορισμός ψυχαγωγίας, κατάθλιψη, πιθανότητα πτώσεων, μείωση κινητικότητας, μείωση αυτονομίας

- Στο καρδιαγγειακό σύστημα: Μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και αρτηριών, αλλαγές στη διαστολική και συστολική πίεση

□ Διατήρηση φυσικής άσκησης συντελεί στην καλή λειτουργία της καρδιάς και στην καλή ψυχολογική διάθεση

- Στο αναπνευστικό σύστημα: Μείωση ποσότητας ανταλλαγής αερίων στο αίμα, μείωση ποσότητας εισπνοής και εκπνοής, αίσθημα δύσπνοιας και κόπωσης

□ Συνέπειες: αποφυγή επίπονων προσπαθειών και κατά συνέπεια περαιτέρω μείωση των δυνατοτήτων.

□ Βοηθητική η αποφυγή καπνίσματος και γενικότερα καλών συνηθειών υγείας και η σωματική άσκηση

- Στο εκκριτικό σύστημα: μειωμένη λειτουργία νεφρών (συνέπεια βραδύτερος ρυθμός αποβολής φαρμάκων, παρενέργειες για τον οργανισμό) και ακράτεια ούρων (συνέπεια: ψυχολογικές και κοινωνικές επιπτώσεις, επίδραση στην καθημερινή ζωή, συναισθήματα ντροπής και στεναχώριας)

- Στην τροφή και την πέψη: μεταβολές στον οισοφάγο και στην έκκριση γαστρικών υγρών-επιπτώσεις στην πέψη κ.α).

Συνήθως τα προβλήματα πέψης οφείλονται σε άλλες ασθένειες. Δεν έχουν ιδιαίτερες επιπτώσεις εκτός τη μείωση ποιότητας και ποσότητας τροφής. Τα προβλήματα στη διατροφή οφείλονται και σε άλλους παράγοντες όπως απώλεια δοντιών, ή δυσκολία μετακίνησης για ψώνια, κακή οικονομική κατάσταση ή αίσθημα μοναξιάς, το οποίο κάνει το άτομο να ενδιαφέρεται λιγότερο για την προετοιμασία φαγητού

- Στο αυτόνομο νευρικό σύστημα: ρύθμιση θερμοκρασίας σώματος (συνέπειες: δυσκολίες σε περιόδους ζέστης ή παγωνιάς) και προβλήματα στον ύπνο (αυπνία και άλλες διαταραχές ύπνου).

- Συνέπειες: περιορισμός κοινωνικών δραστηριοτήτων.
 - Στο κεντρικό νευρικό σύστημα: προβλήματα στη μνήμη και σε γνωστικές ικανότητες και συμπεριφορές.

- Συνέπειες: ασθένειες όπως η νόσος Parkinson, η άνοια κ.α που συνάδουν απώλεια λειτουργικότητας, μείωση αυτονομίας
 - Στο αναπαραγωγικό σύστημα: μείωση των ορμονών και κλιμακτήριος για τις γυναίκες, προβλήματα υπερτροφίας προστάτη για τους άντρες.

- Συνέπειες: μείωση της σεξουαλικής λειτουργίας και συνεπώς ψυχολογική δυσκολία και συναισθήματα ντροπής.
 - Στην όραση
 - ✓ Καταρράκτη
 - ✓ Μείωση Κόρης Οφθαλμού σε Μέγεθος κι ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός (π.χ. δυσκολία στην αντίληψη της φωτοσκίασης κι άρα στην αντίληψη επιφανειών όπως είναι το βάθος σε ένα σκαλοπάτι)
 - ✓ Οπτική Οξύτητα (δυσκολία αντίληψης λεπτομερειών),
 - ✓ Πρεσβυωπία
 - ✓ Δυσκολίες στη Χρωματική Όραση (διάκριση μπλε, πράσινου, μωβ)

- Συνέπειες: περιορισμός της προσαρμοστικής ικανότητας του ατόμου στο εξωτερικό περιβάλλον, δυσκολία στην επαφή με αυτά που συμβαίνουν γύρω του, απώλεια ανεξαρτησίας, αυτονομίας, δυσκολία προσωπικής φροντίδας και ασφάλειας. Δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις την επικοινωνία και την κοινωνικοποίηση και κοινωνική συμμετοχή. Επιπλέον επίδραση στις γενικότερες γνωστικές λειτουργίες, ως αποτέλεσμα της απομόνωσης που προκύπτει.
 - Στην ακοή:
 - ✓ Πρεσβυακοή (ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας. Μετά το 50ο έτος της ηλικίας. Δυσκολία στην κατανόηση της ομιλίας των παιδιών, ομόηχων συμφώνων πχ τα/θα)
 - ✓ Δυσκολία εντοπισμού του ήχου στον περιβάλλοντα χώρο. Συνέπεια: αποφυγή χώρων με θόρυβο όπως εστιατόρια και κάτι τέτοιο συνεπάγεται κοινωνική απομόνωση

□ Συνέπεια: προβλήματα στην επικοινωνία λόγω λανθασμένης κατανόησης, κοινωνικός αποκλεισμός καθώς ο ηλικιωμένος γίνεται «κουραστικός»,.

- Στην γεύση και όσφρηση: μειωμένη γεύση και μειωμένη όσφρηση.

□ Συνέπεια: κίνδυνοι στην ασφάλεια καθώς δεν αντιλαμβάνονται την οσμή όπως καπνού, υγραερίου, χαλασμένου φαγητού.

- Στην αφή: Μείωση Απτικής Διάκρισης
- Στην ισορροπία: επιπτώσεις την κινητικότητα.

Κάποιες ακόμη φυσιολογικές & σωματικές αλλαγές είναι :

- η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας των πληροφοριών
- η επιβράδυνση νοητικών λειτουργιών
- η επιβράδυνση της εκτέλεσης των αντιδράσεων σε ερεθίσματα
- η μείωση του χρόνου αντίδρασης σε ακουστικά και απτικά σήματα
- η μείωση της μνήμης
- η δυσκολία στη συγκράτηση και ανάκληση πληροφοριών
- η μείωση της ικανότητας της προσοχής
- η δυσκολία να συντονίσουν πολλές πληροφορίες
- η δυσκολία να μοιράζουν την προσοχή τους σε περισσότερα από ένα πράγματα ταυτόχρονα (Δαρβαρέσης, 2011)

Πέρα από τις βιολογικές αλλαγές όμως η γήρανση συνδέεται και με άλλες μεταβάσεις της ζωής, όπως η συνταξιοδότηση, η αλλαγή περιβάλλοντος σε καταλληλότερη στέγη καθώς και η απώλεια συγγενικών ή φιλικών προσώπων. Η ατομική εμπειρία της γήρανσης λοιπόν, αφορά την επιδείνωση της υγείας είτε σωματικής είτε ψυχολογικής, τη μείωση της παραγωγικότητας και την ανησυχία για τις προοπτικές της ποιότητας ζωής. Κατά την περίοδο της γήρανσης οι ηλικιωμένοι βιώνουν καταστάσεις που συμπεριλαμβάνουν έντονη συναισθηματική φόρτιση, καθώς επηρεάζονται όλες οι πτυχές της ζωής τους. Φυσικά, ενώ όλα τα άτομα γερνούν, εντούτοις δεν γερνούν με τον ίδιο τρόπο, ούτε με τους ίδιους ρυθμούς. (Λυμπεράκη Α., 2009)

1.3 Χαρακτηριστικά γήρατος

➤ Πρωτογενές γήρας

Σύμφωνα με την Κωσταρίδου-Ευκλείδη , οι λειτουργίες της βιολογικής γήρανσης έχουν γενετικά προσδιορισμένη πορεία ανάπτυξης καθώς αρχίζουν με τη γέννηση και καταλήγουν στο θάνατο. Οι βιολογικές μεταβολές θα εκδηλωθούν ακόμα και με την διατήρηση καλής υγείας ή απουσία ασθενειών ή μηχανισμών που συμβάλουν στην επιδιόρθωση των βλαβών και συντήρηση του οργανισμού.

Χαρακτηριστικά πρωτογενούς γήρατος:

- Πολύπλοκη διεργασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών, χρονολογικά συνδεδεμένα και με προοδευτική εμφάνιση.
- Έχει αθροιστικά αποτελέσματα: δηλαδή οι νέες μεταβολές προστίθενται σε αυτές που ήδη έχουν συμβεί.
- Αλλαγές που συνδέονται με μείωση λειτουργικότητας.
- Είναι προοδευτικό και όχι ξαφνικό.
- Οφείλεται σε εσωτερικά αίτια.
- Είναι αναπόδραστο. Δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- Είναι καθολικό: ισχύει για όλους τους ζωντανούς οργανισμούς.
- Είναι μη αναστρέψιμο.
- Αρχίζει με τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- Καταλήγει στο θάνατο.
- Παρά τον αναπόδραστο και καθολικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη σχέση τους με τη χρονολογική ηλικία, δεν υπάρχει συγκεκριμένη ηλικία έναρξης και δεν υπάρχει συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους (Κωσταρίδου Ευκλείδη, 2011)

➤ **Δευτερογενές γήρας:**

Παθολογικές μεταβολές που απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες όπως:

Το δευτερογενές γήρας αναφέρεται σε μεταβολές που είναι παθολογικές και απορρέουν από εξωτερικούς παράγοντες όπως οι περιβαλλοντικές επιδράσεις (φυσικές, κοινωνικές, ιστορικές οικονομικές κ.α, η συμπεριφορά και συνήθειες του ατόμου (πχ διατροφή, καταχρήσεις, κάπνισμα, καλές συνήθειες ζωής και γενικά καταστάσεις που συνηγορούν ή όχι σε καλές πρακτικές υγείας, η προσωπικότητα και αυτό-εικόνα και οι ασθένειες. Το δευτερογενές γήρας δεν είναι καθολικό και υποχρεωτικό, αλλά τείνει να συνυπάρχει με το πρωτογενές γήρας και να το επιβαρύνει (Κωσταρίδου Ευκλειδη 2011)

1.4 Η ενεργός γήρανση

Ενεργός γήρανση σημαίνει να μεγαλώνουμε με καλή υγεία και ως ισότιμα μέλη της κοινωνίας, να αισθανόμαστε πιο ικανοποιημένοι από τη δουλειά μας, πιο ανεξάρτητοι στην καθημερινή μας ζωή και πιο ενεργοί πολίτες. . Επιτρέπει στους ανθρώπους να συνειδητοποιήσουν τις δυνατότητές τους για σωματική, κοινωνική και πνευματική την ευημερία και την συμμετοχή στην κοινωνία ανάλογα με τις ανάγκες τους, τις επιθυμίες και τις ικανότητες τους. Ανεξάρτητα από την ηλικία μας, έχουμε την δυνατότητα πάντα να συμμετέχουμε δραστήρια στην κοινωνία και να απολαμβάνουμε μια καλύτερη ποιότητα ζωής.

Αναφερόμενοι στην ενεργό γήρανση πρόκειται για μια θετική εμπειρία, τότε η μεγαλύτερη διάρκεια ζωής πρέπει να συνοδεύεται από ευκαιρίες για καλή υγεία, κοινωνική συμμετοχή αλλά και ασφάλεια. Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει υιοθετήσει τον όρο «ενεργό γήρανση» με σκοπό να εκφράσει την διαδικασία μέσα από την οποία θα επιτευχθεί το όραμα αυτό.

Ο όρος ενεργό γήρας αναπτύχθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, κατά τα τέλη του 1990.

- Έχει μια πιο ολοκληρωμένη θεωρία, από τη θεωρία της «υγιούς γήρανσης» και να αναγνωρίζει τους παράγοντες πέραν της υγειονομικής περίθαλψης που επηρεάζουν τον τρόπο που γερνάει ο πληθυσμός
- Βασίζεται στην αναγνώριση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων ατόμων μεγαλύτερων ηλικιών και στις αρχές των ηνωμένων εθνών για ανεξαρτησία, συμμετοχή, αξιοπρέπεια φροντίδα και αυτό-εκπλήρωση
- Στην ενεργό γήρανση το στρατηγικό πλάνο παρέμβασης δεν βασίζεται στην προσέγγιση που είναι βασισμένη στις ανάγκες του ατόμου (οποία θεωρεί τους ηλικιωμένους ως παθητικούς δέκτες), αλλά βασίζεται σε μια προσέγγιση επικεντρωμένη στα ανθρώπινα δικαιώματα όπου αναγνωρίζονται τα δικαιώματα στη βάση της ισότητας στην ευκαιρία και στη θεραπεία σε όλες τις πτυχές της ζωής, καθώς τα χρόνια περνούν. Επιπλέον υποστηρίζεται η ευθύνη των ατόμων στη συμμετοχή τους στην πολιτική διαδικασία και σε άλλες πτυχές της κοινωνικής ζωής. (WHO, 2002)

«Ενεργός γήρανση» είναι η διαδικασία βελτιστοποίησης των ευκαιριών για υγεία, συμμετοχή και ασφάλεια για την ενίσχυση της ποιότητας ζωής καθώς οι άνθρωποι γερνούν(WHO,2002)

- Τονίζει την ανάγκη ανάληψης δράσης σε πολλούς τομείς
- Στοχεύει στη διασφάλιση ότι «τα άτομα μεγαλύτερης, τις κοινότητες και τις οικονομίες τους» (WHO, 2002)

Η λέξη «ενεργός» (active) αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου για συνεχιζόμενη συμμετοχή του ηλικιωμένου ατόμου σε κοινωνικά, οικονομικά, πολιτιστικά, πνευματικά και πολιτικά ζητήματα, όχι μόνο στην ικανότητα του να είναι σωματικά δραστήριο ή να συμμετέχει στο εργατικό δυναμικό. □ Οι ηλικιωμένοι που αποχωρούν από την εργασία λόγω συνταξιοδότησης και όσοι νοσούν από μακροχρόνια θέματα υγείας ή ζουν με αναπηρίες μπορούν να παραμείνουν ενεργοί συνεισφέροντάς στις οικογένειές τους, τους συμμαθητές τους, τις κοινότητες και τα έθνη. □ Η ενεργός γήρανση αποσκοπεί στην παράταση του υγιούς προσδόκιμου ζωής, αυτονομίας, ανεξαρτησίας και προαγωγής υγείας και της ποιότητας ζωής για όλους τους ανθρώπους καθώς μεγαλώνουν, συμπεριλαμβανομένων και εκείνων που είναι ευπαθείς, με αναπηρίες και χρειάζονται φροντίδα. □ Υποστηρίζεται το δικαίωμα του κάθε ηλικιωμένου για ανεξάρτητη και ποιοτική ζωή, στο βαθμό που μπορεί, ανεξάρτητα από την όποια ευαλωτότητα, δυσκολία ή αναπηρία (WHO, 2002, Teater et al., 2017)

Ο όρος «Υγεία» αναφέρεται στη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία όπως εκφράζεται στον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

- Έτσι, σε ένα πλαίσιο ενεργούς γήρανσης, οι πολιτικές και τα προγράμματα που προωθούν την ψυχική υγεία και τις κοινωνικές σχέσεις είναι εξίσου σημαντικές με εκείνες που βελτιώνουν την κατάσταση της σωματικής υγείας. (WHO, 2002)

Χαρακτηριστικά ενεργούς γήρανσης:

- **Αυτονομία:** είναι η ικανότητα του ατόμου να ελέγχει, να αντιμετωπίζει και να λαμβάνει προσωπικές αποφάσεις για την καθημερινή του ζωή, σύμφωνα με τους δικούς του κανόνες και τις δικές του προτιμήσεις.
- **Ανεξαρτησία:** Είναι η ικανότητα να ζει κανείς ανεξάρτητα στην κοινότητα χωρίς ή / και λίγη βοήθεια από άλλους.
- **Ποιότητα ζωής.** είναι "η αντίληψη ενός ατόμου για τη θέση του στη ζωή στο πλαίσιο αυτό της κουλτούρας και του συστήματος αξιών όπου ζει σε σχέση με τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες του. Πρόκειται για μια ευρεία έννοια που ενσωματώνει με πολύπλοκο τρόπο τη σωματική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, τις προσωπικές πεποιθήσεις και τη σχέση με τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος ». (WHO, 1994). Καθώς οι άνθρωποι γερνούν, η ποιότητα ζωής τους εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από την ικανότητά τους διατηρούν την αυτονομία και την ανεξαρτησία τους.

Πολιτική προγραμμάτων ενεργούς γήρανσης:

Η βασική προϋπόθεση της ενεργούς γήρανσης είναι η ανάπτυξη προγραμμάτων και πολιτικών που επιτρέπουν στα άτομα καθώς γερνούν να προάγουν τα δικαιώματά τους, τις ανάγκες τους, τις προτιμήσεις τους και τις ικανότητές τους, ώστε να «προληφθούν ή να καθυστερήσουν αναπηρίες και χρόνιες ασθένειες οι οποίες αποτελούν κόστος για τα ίδια τα άτομα ,τις οικογένειες τους και το σύστημα υγείας. (WHO,2002, σελ9)

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, πρέπει να γίνει κατανοητό ότι αναγκαίος στόχος των παρεμβάσεων της ενεργούς γήρανσης είναι η πρόληψη ή η καθυστέρηση της αναπηρίας και της λειτουργικής ανικανότητας που προκύπτει με την πάροδο της ηλικίας, ηλικιωμένα άτομα που ανήκουν σε ευπαθείς ομάδες ηλικιωμένων είτε έχουν κάποια αναπηρία, συμπεριλαμβάνονται στα προγράμματα παρεμβάσεων ενεργούς γήρανσης. Η προσέγγιση πολιτικών της ενεργούς γήρανσης έχει στόχο την αντιμετώπιση των προκλήσεων προβλημάτων που προκαλούνται με την αύξηση της ηλικίας. Δυνητικά αποτελέσματα είναι τα εξής:

- Μείωση των πρόωρων θανάτων στα ιδιαίτερα παραγωγικά στάδια της ζωής
- Μείωση των αναπηριών που σχετίζονται με χρόνιες ασθένειες σε μεγαλύτερη ηλικία
- Αύξηση απολαβής μιας θετικής ποιότητα ζωής με την αύξηση της ηλικίας
- Αύξηση ενεργούς συμμετοχής των ηλικιωμένων στις κοινωνικές, πολιτιστικές, οικονομικές και πολιτικές πτυχές της κοινωνίας και στην οικιακή, οικογενειακή και κοινοτική ζωή
- Μείωση του κόστους που σχετίζεται με την ιατρική περίθαλψη και τις υπηρεσίες φροντίδας-(WHO, 2002, Teater at al., 2017)

1.5 Ηλικία και ηλικιακά στερεότυπα

Η ποσοστιαία αναλογία και η διάρκεια ζωής των ηλικιωμένων συνεχίζει να αυξάνεται σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό κατά την διάρκεια του 21^{ου} αιώνα. Το γεγονός αυτό σηματοδοτεί επείγουσα ανάγκη για αυξημένη προσοχή στην προαγωγή της υγείας και στις παρεμβάσεις πρόληψης ασθενειών καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Για το λόγο που οι ηλικιωμένοι μέχρι και πρόσφατα δεν αποτελούσαν προτεραιότητα για τις κοινωνικές πολιτικές και τα προγράμματα πρόληψης ασθενειών και προαγωγής της υγείας, έχουν αναπτυχθεί πολλοί μύθοι γύρω από την έννοια της γήρανσης. Οι διαδεδομένες παρερμηνείες, οι αρνητικές στάσεις και τα στερεότυπα για τους ηλικιωμένους αποτελούν σοβαρούς φραγμούς στην ανάπτυξη μιας καλής δημόσιας πολιτικής για τη γήρανση και την υγεία.

Παρ' όλο που υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι η ηλικιωμένοι συνεισφέρουν στην κοινωνία με πολλούς τρόπους, συχνά ακούμε στερεότυπα που τους χαρακτηρίζουν ως ευθραύστους, επιβαρυνμένους, ή εξαρτημένους. Στη βιβλιογραφία αναφέρεται ο όρος *ageism*, ο οποίος αναφέρεται στο στερεότυπο και στη διάκριση σε βάρος ατόμων ή ομάδων με βάση την ηλικία τους. Γενικά αναφέρεται σε κάθε αρνητική συμπεριφορά απέναντί στους ηλικιωμένους. Σε πολλές περιπτώσεις η διάκριση, μπορεί να έχει μορφή θετικής συμπεριφοράς, αλλά και σ αυτή την περίπτωση έχει αρνητικές συνέπειες για τους ηλικιωμένους, καθώς τους οδηγεί σε φαινόμενα αυτό-εκπληρούμενης προφητείας.

Σύμφωνα με μία πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας χρησιμοποιώντας δεδομένα από τις παγκόσμιες τιμές 83.034 ενηλίκων από 57 χώρες έδειξε χαμηλό σεβασμό για τους ηλικιωμένους. Σε αντίθεση με άλλες μορφές διακρίσεων, όπως για παράδειγμα του σεξισμού και του ρατσισμού, η διάκριση κατά της ηλικίας είναι κοινωνικά αποδεκτή και θεσμοθετημένη. Σε ένα γενικό πλαίσιο η αντίληψη του κόσμου γύρω από την γήρανση του πληθυσμού απεικονίζει σε μεγάλο βαθμό τους ηλικιωμένους ως επιβάρυνση της οικονομικής ανάπτυξης.

Αντίθετα με την αντίληψη αυτή, τα ηλικιωμένα άτομα συνεισφέρουν σε σημαντικό βαθμό κοινωνικά και οικονομικά στις κοινωνίες που ζουν. Γενικότερα, όλοι οι άνθρωποι φαίνεται να νοιάζονται και να σέβονται τους ηλικιωμένους ανθρώπους που αποτελούν όμως οικογένειες τους ή κοντινά πρόσωπα για αυτούς. Αντιθέτως, η στάση τους για την Τρίτη Ηλικία στην ευρύτερη κοινωνία μπορεί να είναι εντελώς διαφορετική.

Μολονότι λοιπόν βρισκόμαστε σε μια σύγχρονη εποχή γεμάτη εξελίξεις και πρόοδο σε όλους τους τομείς τα στερεότυπα συνεχίζουν να υπάρχουν. Η διάκριση λόγω ηλικίας μέσα από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης απεικονίζει καθημερινά τους ηλικιωμένους ως ανήμπορα και εξαρτημένα άτομα από άλλους. Αυτή η πολιτική επηρεάζει υποσυνείδητα ή ενεργά το κοινό με αποτέλεσμα την διαίωιση των διακρίσεων αυτών κατά της ηλικίας και την περιθωριοποίηση των ηλικιωμένων από την κοινωνία.

Ένα ακόμη στερεότυπο που αφορά τον ηλικιωμένο πληθυσμό είναι η αμφισβήτηση της παραγωγικότητας και της ικανότητας των ηλικιωμένων στα εργασιακά πλαίσια. Οι εργαζόμενοι ηλικιωμένοι συχνά θεωρούνται λιγότερο παραγωγικοί από εργαζόμενα άτομα μικρότερης ηλικίας. Φυσικά κάτι τέτοιο δεν θα μπορούσε να είναι αληθές καθώς τα περισσότερα ηλικιωμένα άτομα διαθέτουν ακόμα και σε μεγαλύτερες ηλικίες την ικανότητα μάθησης και επιπροσθέτως κατέχουν την εμπειρική γνώση. Ένα επίσης ακόμα στερεότυπο είναι εκείνο που πρεσβεύει ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες έχουν μικρότερη αξία από ότι οι νεότερες γυναίκες. Απεναντίας οι γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ανέκαθεν έπαιζαν πολύ σημαντικό ρόλο στην ισορροπία των οικογενειών και συνεπώς των κοινωνιών. Συχνά είναι εκείνες οι οποίες φροντίζουν για όλη την οικογένεια, συμπεριλαμβανόμενων των παιδιών τους, των εγγονών τους, τους συζύγους τους, όμως ο ρόλος αυτός πολλές φορές παραβλέπεται.

Όπως αναφέρθηκε λοιπόν και παραπάνω οι ηλικιωμένοι συχνά θεωρούνται αδύναμοι επιβαρύνοντας την κοινωνία. Η δημόσια πολιτική και η κοινωνία στο σύνολο της πρέπει να αντιμετωπίσει αυτές και άλλες αντισημτικές συμπεριφορές οι οποίες μπορούν να οδηγήσουν σε διακρίσεις, να επηρεάσουν τον τρόπο ανάπτυξης των πολιτικών και τις ευκαιρίες που έχουν οι ηλικιωμένοι να βιώσουν την υγιή γήρανση. (WHO,2018)

Τα ηλικιακά στερεότυπα συνεπώς, έχουν αντίκτυπο τόσο για τους ηλικιωμένους όσο και για την κοινωνία. Μπορούν να αποτελέσουν σημαντικά εμπόδια στην ανάπτυξη καλών πολιτικών, διότι επηρεάζοντας αρνητικά το σύνολο κατευθύνουν τις επιλογές πολιτικής σε πιο περιορισμένες κατευθύνσεις. Επίσης μπορούν να επηρεάσουν σοβαρά την ποιότητα ζωής και υγείας των ηλικιωμένων καθώς και την ποιότητα κοινωνικής φροντίδας που λαμβάνουν. Ακόμη, οι λανθασμένες απόψεις για τους ηλικιωμένους προκαλούν συχνά αρνητικές επιπτώσεις στους ίδιους εφόσον είναι τόσο διαδεδομένες στην κοινωνία που ακόμα και στις περιπτώσεις που κάποιος εκφράζει καλές προθέσεις για τα ηλικιωμένα άτομα, μπορεί να δυσκολευτούν να αποφύγουν την εμπλοκή τους σε αρνητικές ενέργειες και στάσεις κατά τους. (WHO, 2015)

1.6 Τρίτη ηλικία και η διαφοροποίηση ανάμεσα στα δύο φύλα

Οι γυναίκες ζουν περισσότερο από τους άνδρες, γεγονός που συμβαίνει σχεδόν σε όλα τα μέρη του κόσμου. Αυτό αντικατοπτρίζει την υψηλότερη αναλογία γυναικών έναντι ανδρών στις μεγαλύτερες ηλικίες. Παρά το πλεονέκτημα όμως που έχουν οι γυναίκες στο υψηλότερο προσδόκιμο ζωής, είναι περισσότερο πιθανόν να βιώνουν διακρίσεις απ' ό,τι οι άνδρες στην πρόσβαση στην εκπαίδευση, στο εισόδημα, στην ουσιαστική εργασία, στην υγεία και στην περίθαλψη. (WHO, 2002) Πιο συγκεκριμένα στην Ελλάδα, μια σειρά ερευνών για τις ηλικιωμένες γυναίκες διαπιστώνει ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες υπερτερούν αριθμητικά των ανδρών. Όπως διαπιστώνεται από τις απογραφές του 1961, 1971 και 1981 οι γυναίκες ηλικίας 65 ετών και άνω αποτελούσαν το 56,9%, το 56,3% και το 55,6% αντίστοιχα στο σύνολο του πληθυσμού 65 ετών και άνω.

Μέσα από κοινωνιολογικές έρευνες της Στατιστικής Επετηρίδας της Ελλάδας το 1986 (ΕΣΥΕ) φαίνεται πως η οικογενειακή κατάσταση της ηλικιωμένης γυναίκας στην Ελλάδα διαφέρει σε μεγάλο βαθμό από του άνδρα, στην κατηγορία εγγάμων-χήρων. χήρες-διαζευγμένες. Έγγαμες είναι το 43,6% και οι άνδρες το 82,8% αντίστοιχα. Ερμηνεύοντας τα στοιχεία αυτά σε δημογραφικό και κοινωνικό επίπεδο παρατηρείται ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη διάρκεια ζωής σε αντίθεση με τους άνδρες ενώ παράλληλα υπάρχει μεγαλύτερη συχνότητα θανάτων στον ανδρικό πληθυσμό. Στην περίπτωση των γυναικών, όταν χάσουν τον σύντροφο τους μένουν μόνες είτε γιατί δεν έχουν την ανάγκη δημιουργίας νέας οικογένειας είτε λόγω των κοινωνικών προκαταλήψεων. Αντίθετα, στην περίπτωση του άνδρα, υπάρχει η ανάγκη φροντίδας από μια καινούργια σύντροφο, γεγονός που είναι κατανοητό από την κοινωνία.

Σύμφωνα με την **Αφροδίτη Τεπέρογλου** από τα στοιχεία των ερευνών προκύπτει σαφέστατα ότι η ηλικιωμένη γυναίκα ως προς την εκπαίδευση είναι σε υποδεέστερη θέση σε σύγκριση με τον άνδρα. Ακόμη χειρότερη είναι η θέση της πολύ ηλικιωμένης γυναίκας (75 ετών και άνω). Στις μελέτες που έχουν στόχο τη διερεύνηση της οικονομικής κατάστασης του πληθυσμού, δυσκολία προκαλεί η απροθυμία των ερωτωμένων να δηλώσουν την οικονομική τους κατάσταση.

Από τις σχετικές μελέτες στην τρίτη ηλικία αποδεικνύεται ότι κύρια πηγή εισοδήματος είναι η σύνταξη. Και σ' αυτό το σημείο όμως υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, που πιθανότατα οφείλονται στο ότι οι ηλικιωμένες γυναίκες δεν είναι αμέσως ασφαλισμένες, γιατί στην πλειονότητά τους δεν ήταν επαγγελματικά εργαζόμενες. Άρα η σύνταξη είναι έμμεση και μικρότερη από εκείνη των ανδρών. Επίσης μεγάλος αριθμός γυναικών εργάζονται ως μη αμειβόμενες βοηθοί σε οικογενειακές επιχειρήσεις και επομένως αντιμετωπίζουν προβλήματα όπως και η προηγούμενη ομάδα γυναικών.

Η έννοια του ελεύθερου χρόνου διαφοροποιείται στην τρίτη ηλικία. Ειδικότερα έντονη διαφοροποίηση υπάρχει μεταξύ των δύο φύλων των ηλικιωμένων. Ο άνδρας σταματάει να εργάζεται και η έννοια του χρόνου παίρνει γι' αυτόν πλέον άλλη διάσταση. Τη γυναίκα τη διέπει άλλο καθεστώς. Έτσι η έννοια και ο προσδιορισμός της διάθεσης του χρόνου για την τρίτη ηλικία είναι δύσκολη και διαφέρει από τις άλλες ηλικίες, εάν δεχτούμε τη θεωρία ότι η διάθεση χρόνου είναι στενά συνυφασμένη με την εργασία.¹³ Πιστεύουμε ότι έχει πολύ ενδιαφέρον ο τρόπος που διαθέτει η ηλικιωμένη γυναίκα το χρόνο της.

Συγκεκριμένα το 1/4 περίπου των ηλικιωμένων γυναικών δηλώνουν ότι δεν ψυχαγωγούνται (αντίστοιχα, το 15% των ηλικιωμένων ανδρών). Βασική ψυχαγωγία και για τα δύο φύλα αποτελεί η παρακολούθηση της τηλεόρασης, με ποσοστά γύρω στο 51%. Άλλες δραστηριότητες όπως ο κινηματογράφος παρουσιάζουν μηδαμινά ποσοστά. Μικρά ποσοστά συγκεντρώνουν οι επισκέψεις, γιορτές, ομιλίες, το διάβασμα, οι παρέες. Από εμπειρικές έρευνες, διαπιστώνεται ότι οι γυναίκες της τρίτης ηλικίας έχουν ισχνή συμμετοχή σε πολιτιστικές δραστηριότητες. Ουσιαστικά, ο ονομαζόμενος ελεύθερος χρόνος για τις γυναίκες αυτής της ηλικίας συνδέεται με την απασχόληση μέσα στο σπίτι (επιβεβαίωση των όσων αναφέρθηκαν στο προηγούμενο κεφάλαιο για το ρόλο της μέσα στην οικογένεια). Το χαμηλό μορφωτικό και οικονομικό επίπεδο που έχει η γυναίκα της τρίτης ηλικίας, καθώς και η νοοτροπία που έχει καλλιεργηθεί για τη θέση της γυναίκας, περιορίζουν τις επιλογές χρήσης του ελεύθερου χρόνου. (Τεπέρογλου, 1989)

1.7 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Σε ένα γερασμένο οργανισμό τα αποθέματα των λειτουργικών ικανοτήτων που αποκτήθηκαν κατά την ανάπτυξη και την ωριμότητα, αρχίζουν να εξαντλούνται. Παρά το γεγονός αυτό όμως τα περισσότερα συστήματα συνεχίζουν να λειτουργούν ικανοποιητικά, αλλά με βραδύτερο ρυθμό. Ωστόσο οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν από τις ανάγκες άλλων ανθρώπων. Για την ικανοποίηση των ηλικιωμένων ατόμων κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου στη ζωή τους αλλά και για να είναι ευχαριστημένοι με τον τρόπο που ζουν, η γεροντική ηλικία θα πρέπει να συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με την **Εμκέ-Πουλοπούλου** (1999) οι ηλικιωμένοι έχουν τις παρακάτω ανάγκες :

- αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση , οικιακή βοήθεια επομένως εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές ανάγκες χωρίς φιλανθρωπία.
- Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή και ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους.
- Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με τον δικό τους τρόπο και ρυθμό.
- Αυτοσεβασμό και αυτονομία.
- Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων.

- Να μην αισθάνονται την απομόνωση και την απόρριψη από το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον.
- Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους, χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.
- Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους.
- Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα. (Εμκε-Πουλοπούλου, 1999)

1.8 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα γηρατειά δεν δημιουργούν πάντα προβλήματα. Τα ψυχολογικά, σωματικά, οικονομικά και συναισθηματικά προβλήματα δημιουργούνται όχι μόνο κατά την Τρίτη Ηλικία αλλά και σε όλες τις προγενέστερες περιόδους ζωής. Πολλά ηλικιωμένα άτομα δεν παρουσιάζουν προβλήματα υγείας, γεγονός που συνδέεται άμεσα με την υψηλή δραστηριοποίηση και την έντονη συμμετοχή των ηλικιωμένων είτε σε εθελοντική εργασία είτε σε αμειβόμενη απασχόληση.

Ο τρόπος ζωής που υιοθετούν οι άνθρωποι κατά τη διάρκεια της ζωής τους πριν την περίοδο των γηρατειών, είναι συνήθως ο σημαντικότερος παράγοντας που δημιουργεί τα προβλήματα που ακολουθούν με την αύξηση της ηλικίας. Συνεπώς ο τρόπος ζωής συνδέεται με την κατάσταση υγείας, την εκπαίδευση, την οικονομική κατάσταση και την απασχόληση.

Τα πιο **σημαντικά προβλήματα** που εμφανίζονται στους ηλικιωμένους είναι:

Ψυχολογικά & Κοινωνικά προβλήματα:

- Η απομόνωση που προέρχεται κυρίως με την απώλεια προσώπων του στενού οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος.
- Η μοναξιά επίσης αποτελεί ένα από τα συνηθέστερα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι. Το φαινόμενο αυτό χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του ατόμου να κοινωνικοποιηθεί και την δημιουργία ανεπιθύμητων συναισθημάτων όπως είναι η θλίψη ή το αίσθημα εγκατάλειψης.
- Η κρίση του θεσμού της οικογένειας λόγω της αποδυνάμωσης της συνοχής μεταξύ των μελών της και της εξασθένησης του προστατευτικού της ρόλου.
- Η λανθασμένη αντιμετώπιση των ηλικιωμένων από το κοινωνικό σύνολο και η αντίληψη ότι είναι άτομα που δεν προσφέρουν στην κοινωνία αλλά αποτελούν βάρος για αυτήν.
- Ο παραγκωνισμός. Οι ηλικιωμένοι με την χαμηλή κοινωνική τους δραστηριότητα και την απομόνωση περιθωριοποιούνται. Η κατάσταση αυτή επιφέρει ψυχολογική ανισορροπία.

- Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο εξαιτίας των έντονων οικονομικών προβλημάτων.
- Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει την ενασχόληση των ηλικιωμένων ατόμων με πολλά ενδιαφέροντα.
- Η εγκατάλειψη από συγγενικά πρόσωπα.
- Έντονες συγκινησιακές μεταβολές που συνοδεύουν την διεκδίκηση συγγενικών & φιλικών προσώπων.

□ Σωματικά & Λειτουργικά προβλήματα

- Η εξασθένηση της υγείας λόγω των διάφορων ασθενειών.
- Ο περιορισμός ιατρικής και φαρμακευτικής περίθαλψης.
- Η έλλειψη αυτονομίας και η βαθύτατη ανάγκη για φροντίδα.
- Η απώλεια ικανότητας και η μείωση της λειτουργικής ικανότητας
- Οι καρδιακές παθήσεις
- Η απώλεια ακοής και όρασης
- Προβλήματα ακράτειας
- Η οστεοαρθρίτιδα
- Η μειωμένη κινητικότητα
- Η επιδείνωση της μνήμης, της σκέψης και της συμπεριφοράς εξαιτίας της άνοιας
- Η σεξουαλική ανικανότητα
- Η κατάθλιψη
- Προβλήματα αϋπνίας εξαιτίας του στρες (Έμκε – Πουλοπούλου, 1999 ,WHO, 2018)

1.9 Τα δικαιώματα των ηλικιωμένων

Η ανθρώπινη αξιοπρέπεια είναι απαραβίαστη. Έτσι και τα ηλικιωμένα άτομα έχουν το δικαίωμα ανεξάρτητα της προχωρημένης ηλικίας τους να απολαμβάνουν και να προστατεύονται από τα ανθρώπινα δικαιώματα. Τα άτομα που διανύουν την Τρίτη Ηλικία έχουν ανάγκη να ζουν με ασφάλεια και να και η κοινωνία να αναγνωρίζει τις ανάγκες τους και τα δικαιώματα τους. Σε κείμενα του ΟΗΕ και της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναφέρονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις όλων των πολιτών. Τα κείμενα αυτά δεν επιδιώκουν την διάκριση λόγω της ηλικίας, για αυτό και υποστηρίζουν ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες.

Σύμφωνα με την **Πουλοπούλου** η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι καθένας έχει το δικαίωμα ασφάλισης γήρατος. Τα άρθρα 48 και 52 της Συνθήκης της ΕΟΚ που παρέχουν ελευθερία κίνησης για τους εργαζόμενους και τους αυτοαπασχολούμενους, συνεπάγονται και το δικαίωμα διαμονής στις χώρες μέλη στις οποίες εξακολουθούν την επαγγελματική τους δραστηριότητα : το δικαίωμα διαμονής πρέπει να χορηγείται και σε όσους έχουν παύσει την επαγγελματική δραστηριότητα. Ο Κοινωνικός Χάρτης αφορά τα δικαιώματα των ατόμων σε μια κοινωνία όλων των ηλικιών επομένως και των ηλικιωμένων για θέματα σχετικά με την υγεία, τις συντάξεις, την κατοικία , τις υπηρεσίες, την οικογένεια, την εκπαίδευση , τα ΜΜΕ, την κοινωνική πρόνοια, την απασχόληση, την παραγωγικότητα. Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος αναφέρεται εκτός από τα δικαιώματα αι στις υποχρεώσεις των ηλικιωμένων. Τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους. (Εμκε – Πουλοπούλου, 1999)

Σύμφωνα με τον **Π.Ο.Υ** (2015) για την βελτίωση της υγείας τους, οι ηλικιωμένοι έχουν το δικαίωμα που κατοχυρώνεται από το εθνικό δίκαιο για υψηλότερο επίπεδο περίθαλψης. Η προσέγγιση της υγιούς γήρανσης μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση νομικών και κοινωνικών. Ακόμη κάθε κράτος είναι υποχρεωμένο να παρέχει υγειονομικές εγκαταστάσεις, αγαθά και υπηρεσίες που να είναι διαθέσιμα για τους ηλικιωμένους. Γενικότερα, οι ηλικιωμένοι έχουν τα ίδια δικαιώματα όπως όλοι οι άλλοι και δεν πρέπει να γίνονται διακρίσεις. Τα κράτη έχουν υποχρέωση να υιοθετούν πολιτικές οι οποίες ευνοούν ομάδες ηλικιωμένων που βρίσκονται σε μειονεκτική θέση ή είναι ευάλωτες. Τα προγράμματα δημόσιας υγείας πρέπει να ενδυναμώνουν τους ηλικιωμένους και να συνεισφέρουν στο να παραμείνουν ενεργά μέλη των κοινοτήτων. Επίσης, το κάθε ηλικιωμένο άτομο έχει δικαίωμα λόγου και έκφραση γνώμης και απόψεων για οποιοδήποτε θέμα. Ο λόγος τους είναι σημαντικός και αντικρούει την περιθωριοποίηση τους. (WHO,2015)

2ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Ποιότητα ζωής

2.1 Ορισμός ποιότητας ζωής

Ο ορισμός της ποιότητας ζωής αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο και παρόλο που δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τον ορισμό της , οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι η έννοια της ποιότητας ζωής περιλαμβάνει την συνολική ικανοποίηση που αισθάνεται ένα άτομο από τη ζωή του και μία υποκειμενική αίσθηση ευεξίας και απόλαυσης που συνήθως μετρείται ως σωματική, κοινωνική και ψυχολογική. (WHOQOL, 1998)

Γενικότερα, ο όρος της ποιότητας ζωής έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους Έλληνες φιλοσόφους από την αρχαιότητα και μέσα στην πάροδο των χρόνων έχει λάβει πολλές και διαφορετικές ερμηνείες. Πιο συγκεκριμένα, ο Αριστοτέλης, που αποτελεί τον μεγαλύτερο στοχαστή της αρχαιότητας , με την λέξη «ευδαιμονία», όπως την απέδιδε στις φιλοσοφικές του μελέτες, απέδιδε ότι και ο όρος «ποιότητα ζωής». (Yfantopoulos, 2001)

Παρά ταύτα , η έννοια της ποιότητας ζωής άρχισε να παρουσιάζει ιδιαίτερο κοινωνικοπολιτικό ενδιαφέρον, από την δεκαετία του 1960. Ως τότε φυσικά όπως αναφέρθηκε και παραπάνω είχαν δοθεί πολλές διαφορετικές ερμηνείες για την έννοια της. Μέσα από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί για τον προσδιορισμό της ποιότητας της ζωής, θεωρείται σήμερα ότι υπάρχουν τόσες έννοιες για αυτήν, όσοι και οι ερευνητές που ασχολούνται με αυτήν.

Ωστόσο αναδεικνύεται το γεγονός ότι η ποιότητα ζωής, προσδιορίζεται ως ερευνητικό αντικείμενο από διαφορετικές προσεγγίσεις στα πλαίσια διαφορετικών επιστημονικών πεδίων. Συνεπώς, η ποιότητα ζωής σχετίζεται άμεσα με την υποκειμενική ικανοποίηση που αντλεί ένα άτομο μέσα από την στάση του και τις επιλογές του καθώς και από τον βαθμό απόλαυσης της ζωής του. (Λυμπεράκη Α., 2009)

2.2 Ικανοποίηση από τη ζωή

Μολονότι τα γηρατειά αποτελούν το τελευταίο κεφάλαιο της ζωής στον άνθρωπο, είναι εξίσου μια σημαντική περίοδος, η οποία με τις κατάλληλες προϋποθέσεις μπορεί να χαρακτηριστεί από έντονη δραστηριότητα, ευτυχία και ικανοποίηση. Ένα μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων κατά την διάρκεια των γηρατειών τους επιδιώκουν την εκπλήρωση νέων ή παλαιών στόχων αλλά και την ικανοποίησή τους από την ζωή. Σε αντίθεση με αυτούς, κάποιοι άλλοι επιδεινώνουν την ψυχική τους ευημερία λόγω του άγχους, της κοινωνικής αποξένωσης, της προσωπικής τους απομόνωσης από τα κοινωνικά δρώμενα ή της θλίψης που αισθάνονται.

Την τελευταία δεκαετία έχει σημειωθεί μια δραματική αύξηση των ερευνών για την ευημερία. Η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται σε μια κρίσιμη διαδικασία κατά την οποία τα άτομα αξιολογούν την ποιότητα της ζωής τους με βάση το δικό τους μοναδικό σύνολο κριτηρίων (Shin & Johnson, 1978). Παρόλο που ενδέχεται να υπάρχουν διαφορετικές απόψεις σχετικά με τους σημαντικούς παράγοντες για μια καλή ζωή, όπως η υγεία και οι επιτυχημένες κοινωνικές σχέσεις, τα άτομα είναι εκείνα που καθορίζουν τι έχει προτεραιότητα στην ζωή τους για να επιτύχουν την ευημερία. (Diener et al., 1985)

Τα άτομα είναι επίσης πιθανό να έχουν μοναδικά κριτήρια για μια καλή ζωή, τα οποία σε ορισμένες περιπτώσεις θα μπορούσαν να αντισταθμίσουν τα κοινά κριτήρια αναφοράς. Επιπλέον, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν πολύ διαφορετικά πρότυπα επιτυχίας σε κάθε έναν από αυτούς τους τομείς της ζωής τους. Επομένως, είναι απαραίτητο να αξιολογηθεί η σφαιρική κρίση των ατόμων για την ικανοποίησή τους από συγκεκριμένους τομείς. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η ικανοποίηση συχνά αποτελεί διαφορετικό παράγοντα από τους συναισθηματικούς δείκτες ευημερίας. Αρχικά, οι άνθρωποι μπορούν να αγνοήσουν ή να αρνηθούν αρνητικές συναισθηματικές αντιδράσεις αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα τους ανεπιθύμητους παράγοντες στη ζωή τους. Δεύτερον, οι συναισθηματικές αντιδράσεις είναι συχνά απαντήσεις σε άμεσους παράγοντες και μικρής διάρκειας, ενώ οι αξιολογήσεις ικανοποίησης ζωής μπορούν να αντανακλούν μια μακροπρόθεσμη προοπτική.

Τέλος, οι συναισθηματικές αντιδράσεις μπορεί να αντανακλούν τα ασυνείδητα κίνητρα και τις επιδράσεις των σωματικών καταστάσεων σε μεγαλύτερο βαθμό από ότι οι αξιολογήσεις ικανοποίησης ζωής. (Pavot & Diener, 1993)

2.3 Η επιτυχημένη γήρανση

Παρόλο που η έννοια της επιτυχημένης γήρανσης πάει πίσω σε 50 χρόνια (Baker, 1958, Butler, 1974, Pressley & Simcoe, 1950), ο όρος αυτός έτυχε να χρησιμοποιηθεί ελάχιστα μέχρι να διαδοθεί στο άρθρο του 1987 από τους John Rowe και Robert Kahn. Το συγκεκριμένο άρθρο υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι που θα βίωναν τα γηρατειά με επιτυχία θα παρουσίαζαν ελάχιστες ή καθόλου μειώσεις της φυσιολογικής λειτουργίας που σχετίζονταν με τη γήρανση, ενώ οι ηλικιωμένοι "συνήθως" θα έδειχναν μειώσεις που σχετίζονταν με την ασθένεια, συχνά ερμηνευμένες ως επιδράσεις της ηλικίας (Rowe & Kahn, 1987). Σύμφωνα με τον Edward Masoro (2001), ο ορισμός Rowe και Kahn ήταν ελκυστικός λόγω των επιπτώσεών του ότι ήταν δυνατόν να φθάσει σε προχωρημένη ηλικία χωρίς ασθένεια που συνδέεται με τη γήρανση και χωρίς να υφίσταται σημαντική φυσιολογική υποβάθμιση, μολονότι ο αριθμός των ατόμων αυτών ήταν πιθανόν πολύ χαμηλά. Οι ερευνητές που αναλύουν την επιτυχή γήρανση χρησιμοποιώντας τον ορισμό του Rowe και Kahn συνήθως τον τροποποιούσαν ορίζοντας ως επιτυχείς εκείνους που εμφάνιζαν ελάχιστη (όχι καθόλου) ασθένεια και αναπηρία ή που εμφάνιζαν υψηλά επίπεδα σωματικής λειτουργίας (Guralnik & Kaplan, 1989, Roos & Havens, 1991, Seeman, Rodin, & Albert, 1993).

Ακόμη και με τέτοια τροποποιημένα κριτήρια, η αναλογία εκείνων που ταξινομήθηκαν με επιτυχία σε αυτές τις αναφερόμενες μελέτες ήταν σχετικά χαμηλή, κυμαινόμενη από 20% έως 33%. Άλλοι ερευνητές ακολούθησαν τον ορισμό της επιτυχούς γήρανσης του Schmidt (1994) ως ελάχιστη διακοπή της συνηθισμένης λειτουργίας, αν και μπορεί να υπάρχουν ελάχιστα σημεία και συμπτώματα χρόνιας νόσου. Σε αυτές τις μελέτες το ποσοστό των ατόμων που ταξινομούνται σε άτομα που βιώνουν την διαδικασία γήρανσης με επιτυχία μπορεί να υπερβεί το 50%, γεγονός που άλλαξε την εστίαση από μια μειονότητα σε μια πλειοψηφία των ηλικιωμένων.

Μια τρίτη προσέγγιση περιλάμβανε τον ορισμό του Baltes και του Carstensen (1996), που περιγράφει την επιτυχημένη γήρανση, προσδιορίζοντας την με το να κάνουμε το καλύτερο από αυτό που μπορεί κάποιος να κάνει. Αυτές οι δύο πιο ευρείες προσεγγίσεις επιτρέπουν την εμφάνιση χρόνιων ασθενειών και, ως εκ τούτου, αντιπροσωπεύουν έναν πιο εφικτό στόχο για την πλειοψηφία των ατόμων που πλησιάζουν την ηλικία, από ό, τι οι πιο περιοριστικοί ορισμοί που επικεντρώνονται σε εκείνους που εισέρχονται στην γήρανση σχετικά αλώβητοι. Με εξαίρεση όμως τον ορισμό της Baltes και του Carstensen, οι ορισμοί της επιτυχημένης γήρανσης εξακολουθούν να δίνουν μεγάλη έμφαση στην υγεία και τη σωματική λειτουργία και όχι σε μια πιο ολοκληρωμένη αντίληψη που θα περιλαμβάνει την ευημερία.

Το 1998, οι Rowe και Kahn επέκτειναν τον ορισμό τους και συμπερίλαβαν τρία κριτήρια για την επιτυχημένη γήρανση :

- απουσία νόσου, αναπηρίας και παραγόντων κινδύνου όπως η υψηλή αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα ή η παχυσαρκία ·
- τη διατήρηση της σωματικής και πνευματικής λειτουργίας. και
- ενεργή δέσμευση με τη ζωή. Αυτό το τελευταίο κριτήριο περιλάμβανε τόσο τη σύνδεση με άλλα άτομα όσο και τη συμμετοχή σε παραγωγικές δραστηριότητες.

Για να γίνει επιτυχημένη η γήρανση, έπρεπε να πληρούνται και τα τρία κριτήρια, καθιστώντας πιθανό ότι η επιτυχημένη γήρανση θα εξακολουθούσε να περιγράφει μόνο ένα σχετικά μικρό ποσοστό ηλικιωμένων και να αποκλείσει εκείνους που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις. Ο προσδιορισμός της επιτυχούς γήρανσης του Rowe όσο και ο Kahn είχαν σημαντικές θετικές συνέπειες, συνεπώς δεν θα μπορούσαν πλέον να απορριφθούν όλες οι αιτίες που σχετίζονται με την ηλικία ως αναπόφευκτες συμπατριώτες του γήρατος.

Ωστόσο, η πεποίθηση ότι οι αλλαγές στον τρόπο ζωής θα μπορούσαν να αποτρέψουν τις περισσότερες χρόνιες παθήσεις, είχαν πιθανή ακούσια συνέπεια της μείωσης του ενδιαφέροντος για την καλύτερη διαχείριση των λειτουργικών μειώσεων που σχετίζονται με την ηλικία μέσω της δευτερογενούς και τριτογενούς πρόληψης (Kaplan & Strawbridge, 1994).

Το επιτυχημένο επίθετο έχει αποδειχθεί προβληματικό, καθώς συνεπάγεται έναν διαγωνισμό στον οποίο υπάρχουν νικητές και ηττημένοι. Οι περισσότεροι γηροντολόγοι δεν είναι έτοιμοι να καλέσουν κάποιον ανεπιτυχή μόνο και μόνο επειδή έχει αναπηρία ή έχει διαγνωστεί με διαβήτη. Οι εναλλακτικοί όροι που χρησιμοποιούνται από άλλους ερευνητές περιλαμβάνουν την υγιή γήρανση, την καλή γήρανση, την αποτελεσματική γήρανση και την παραγωγική γήρανση (Baltes, 1994, Curb κ.ά., 1990, LaCroix, Newton, Leveille, & Wallace, 1997, Morrow-Howell, Hinterlong & Sherraden , 2001). Ωστόσο, εκτός από τη σωστή γήρανση, θα μπορούσε να φανεί ίση λανθασμένη με τη σημασιολογία αυτών των όρων, όπως με την επιτυχή γήρανση. (Strawbridge et al., 2002)

2.4 Εννοιολογική προσέγγιση ευεξίας

Σύμφωνα με το άρθρο της Βοζικάκη, η ευεξία έχει οροθετηθεί ως ο βασικός στόχος των δημόσιων πολιτικών που στοχεύουν σε ηλικιωμένα άτομα, αντλούμενοι από την άποψη πως η ζωή στις μεγαλύτερες ηλικίες είναι εξίσου σημαντική και έχοντας την πεποίθηση πως οι ηλικιωμένοι μπορούν να έχουν ευκαιρίες για την προσωπική τους ανάπτυξη και ουσιαστική κοινωνική δέσμευση. Παρόλο που δεν υπάρχει ένα γενικό εννοιολογικό πλαίσιο που να αναφέρεται στην ευεξία και συνεπώς των δυσκολιών όσον αφορά τον καθορισμό και την μέτρηση της, έχει αναγνωριστεί ευρέως και βασικά στοιχεία της ευεξίας που έχουν αξιολογηθεί, έχουν διατυπωθεί σε όλη την έρευνα για την κοινωνική γεροντολογία. (Vozikaki et al,2016)

Οι Pollard και Davidson (2001) (σ.10) έχουν περιγράψει την ευεξία ως «μια κατάσταση επιτυχούς απόδοσης κατά τη διάρκεια ζωής η οποία ενσωματώνει τη σωματική, γνωστική και κοινωνικο-συναισθηματική λειτουργία». Σύμφωνα με την αντίληψη των Law και συν. (1998) (σ.3), η ευεξία προσιδιάζει στην «ενσωμάτωση των σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πνευματικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών ενός ατόμου».

Επιπροσθέτως, εκτός από την γεροντολογία, η έρευνα για την ευεξία έχει επεκταθεί και στον τομέα της θετικής ψυχολογίας κατά την οποία τείνει να τονίσει την ευτυχία, την ικανοποίηση από το παρελθόν, από την τρέχουσα ζωή αλλά και από το μέλλον. Λόγω της ποικιλίας των ορισμών και των μέτρων που χρησιμοποιούν οι ερευνητές της γεροντολογίας, έχει ληφθεί μια προσέγγιση χωρίς αποκλεισμούς για τον ορισμό της ευεξίας που χαρακτηρίζεται από την ικανοποίηση από την ζωή, την ευτυχία, την θετική επίδραση και την ποιότητα ζωής. (Litwin & Stoeckel ,2012)

2.5 Προσδιοριστές της ευεξίας στα άτομα Τρίτης ηλικίας

Σύμφωνα με αρκετές πρόσφατες μελέτες η σωματική και ψυχαγωγική δραστηριότητα συσχετίζονται θετικά με την ευεξία. Ορισμένες αναθεωρήσεις της θεωρίας της δραστηριότητας κατά την περίοδο της γήρανσης, κατέληξαν στο συμπέρασμα πως τα πιο δραστήρια ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά ευεξίας. (Lampinen et al, 2006)

- *Ελεύθερος χρόνος*

Ακόμη, ο ελεύθερος χρόνος σχετίζεται άμεσα με την ευεξία, καθώς ένα ηλικιωμένο άτομο για παράδειγμα που έχει περιορισμένο ελεύθερο χρόνο λόγω οικογενειακών ή άλλων υποχρεώσεων δεν έχει την ευκαιρία για ανάπτυξη κοινωνικών επαφών ή για δημιουργικές ενασχολήσεις.

- *Κοινωνική συμμετοχή*

Παράλληλα, οι κοινωνικές αλληλεπιδράσεις με την οικογένεια, τους φίλους ή την κοινότητα σε συνδυασμό με την συμμετοχή σε δραστηριότητες , προάγουν το αίσθημα του ανήκειν και συμβάλλουν στην αίσθηση του ατόμου για νόημα ή σκοπό καθώς και στην διατήρηση της ταυτότητας. Τα άτομα με στενότερες κοινωνικές σχέσεις τείνουν να είναι πιο αισιόδοξα για το μέλλον τους και πιο υγιείς. Οι κοινωνικές συνδέσεις λοιπόν είναι σημαντικές για την ευεξία, παρέχοντας στο άτομο την δυνατότητα συμμετοχής και δραστηριότητας σε κοινωνικό πλαίσιο .

- *Κοινωνική δραστηριοποίηση*

Επιπροσθέτως, οι παραγωγικές και κοινωνικές δραστηριότητες συνδέονται άμεσα με την ευεξία των ηλικιωμένων, καθώς ενισχύουν την ποιότητα ζωής τους. (Jackson et al, 1993) Το γεγονός ότι οι ηλικιωμένοι συχνά εμπλέκονται με πολλές δραστηριότητες στην καθημερινή τους ζωή και ο βαθμός συμμετοχής και δέσμευσης αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ευεξία. Η εξέταση πιθανών συνδέσμων μεταξύ των παραγωγικών δραστηριοτήτων και της ευεξίας είναι απαραίτητη, διότι οι άνθρωποι σε μεγαλύτερες ηλικίες «χάνουν» συχνά σημαντικούς κοινωνικούς ρόλους.

Μιλώντας για παραγωγική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε μη αμειβόμενη εργασία, οργανωτικές και θρησκευτικές συμμετοχές, οικογενειακούς ρόλους και εθελοντικές εργασίες. (Baker et al, 2005)

- ***Κοινωνική απομόνωση***

Επίσης, οι κοινωνικές δραστηριότητες επηρεάζουν την ευεξία με την μείωση του κινδύνου για κοινωνική απομόνωση και την παροχή της συναισθηματικής οικειότητας, την κοινωνικό-συναισθηματική στήριξη, την ενίσχυση των κοινωνικών ρόλων και την αίσθηση της αξιολόγησης. Από την άλλη πλευρά οι δραστηριότητες μπορούν να επηρεάσουν την ευεξία μέσω της ικανοποίησης των αποτελεσμάτων, των οικονομικών εισφορών στις περιπτώσεις αμειβόμενης εργασίας, την ψυχική διέγερση, την αίσθηση του σκοπού και την αυτοεκτίμηση. (Adams et al, 2011)

2.6 Παράγοντες κινδύνου για χαμηλή ευεξία

Η ευεξία των ηλικιωμένων ατόμων επηρεάζεται αρνητικά από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες με αποτέλεσμα τον κίνδυνο. Κάποιοι από αυτούς είναι οι εξής :

- Η ανεπαρκής κοινωνική στήριξη, η οποία δεν συνδέεται μόνο με την αύξηση της θνησιμότητας, της νοσηρότητας και της ψυχολογικής δυσχέρειας αλλά και με την επιδείνωση της υγείας και της ευεξίας.
- Η διαταραχή των διαπροσωπικών σχέσεων και η αλλαγή των κοινωνικών ρόλων
- Η έλλειψη των κοινωνικών σχέσεων και αλληλεπιδράσεων με το φιλικό και οικογενειακό περιβάλλον. Οι ηλικιωμένοι είναι πολύ πιθανό να απομονωθούν από τους φίλους, την οικογένεια και το κοινωνικό τους περιβάλλον καθώς είναι πιο ευάλωτοι στη μοναξιά και την κοινωνική απομόνωση
- Η μειωμένη συμμετοχή τους στα κοινά
- Η έλλειψη σεβασμού που εισπράττουν από τις νεότερες ηλικίες και το χάσμα των γενεών
- Οι ξαφνικές αλλαγές στο τρόπο ζωής που φέρουν συναισθηματικές επιπτώσεις
- Η απώλεια ικανοποίησης από τη δουλειά λόγω της συνταξιοδότησης
- Συμπεριφορές άγχους και στρες
- Ψυχική, σωματική και διανοητική παρακμή
- Τα χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης και ο αναλφαβητισμός συνδέονται με την χαμηλή ευεξία εφόσον η εκπαίδευση αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ζωή και την υγεία, καθώς στην πρώιμη ζωή σε συνδυασμό με τις ευκαιρίες που εκμεταλλευόμαστε, βοηθά τους ανθρώπους να αναπτύξουν τις δεξιότητες τους και την εμπιστοσύνη που χρειάζεται για να προσαρμοστούν και να μένουν ανεξάρτητοι, καθώς μεγαλώνουν
- Οι περιορισμένες θέσεις στον εργασιακό τομέα
- Η ανησυχία για θάνατο και η απώλεια αγαπημένων στενών προσώπων
- Το χαμηλό βιοτικό επίπεδο
- Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες
- Η έλλειψη σεβασμού από τους νεότερους προς τους ηλικιωμένους (WHO, 2002, Έμκε-Πουλοπούλου 1999)

2.7 Παράγοντες επιτυχημένης ευεξίας

Τα ηλικιωμένα άτομα για να φτάσουν ή να διατηρήσουν μια κατάσταση ευημερίας κατά τη διάρκεια της γήρανσης, τα άτομα πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις που βελτιώνουν την ευημερία τους. Οι αποφάσεις αυτού του είδους αφορούν όχι μόνο την ικανότητα καθορισμού στόχων αλλά και την ικανότητα καθυστέρησης των ανταμοιβών των επιθυμητών αποτελεσμάτων. Για παράδειγμα, η ανάκτηση της δυνατότητας να περπατάμε μετά από χειρουργική επέμβαση στο γόνατο απαιτεί όχι μόνο επώδυνη προσπάθεια και άσκηση, αλλά και την ικανότητα να θέτουμε έναν απομακρυσμένο στόχο. Η ικανότητα διατήρησης ενός τέτοιου μακροπρόθεσμου στόχου απαιτεί όχι μόνο καθυστέρηση ικανοποίησης, αλλά και θετικές προσδοκίες όσον αφορά τα μελλοντικά αποτελέσματα.

Ενώ μια θετική προσδοκία μπορεί να παρακινήσει περαιτέρω αποφάσεις (άσκηση) που ενισχύουν την ευημερία κάποιου, μια αρνητική ή απαισιόδοξη προσδοκία θα υπονομεύσει το κίνητρο κάποιου να κάνει τις επώδυνες ασκήσεις που απαιτούνται για να περπατήσει ξανά. Οι γνωστικές γνώσεις σχετικά με τη διαδικασία γήρανσης του ατόμου μπορούν να αναφέρονται σε ήδη υπάρχουσες εμπειρίες αλλά και σε (γενικευμένες) προσδοκίες όσον αφορά τη διαδικασία της γήρανσης στο μέλλον.

Επομένως, η υπόθεση είναι ότι τα άτομα που έχουν θετική γνώμη ή προσδοκία όσον αφορά τη διαδικασία γήρανσης τους θα είναι σε θέση να κάνουν τις σωστές αποφάσεις και έτσι θα βιώσουν υψηλότερα επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας από ότι οι άνθρωποι με αρνητική άποψη. Με διαφορετικό τρόπο, οι άνθρωποι με αρνητική άποψη ή προσδοκία σε σχέση με τη δική τους διαδικασία γήρανσης θα τείνουν να κάνουν τις "λανθασμένες" αποφάσεις και έτσι θα βιώσουν χαμηλά επίπεδα υποκειμενικής ευημερίας. (Steverink et al., 2001)

3ο Κεφάλαιο: Τα Κοινωνικά Δίκτυα & ο ρόλος τους στη ζωή των ηλικιωμένων

3.1 Ορισμός Κοινωνικών Δικτύων

Τα **κοινωνικά δίκτυα** των ηλικιωμένων είναι σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής τους (Pinquart & Sorensen, 2000), την ενισχυμένη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών (Bowling, Farquhar & Browne, 1991 · Litwin, 2004) και μεγαλύτερη μακροζωία (Brown, Consedine, & Magai, 2005 · Eriksson, Hessler, Sundh & Steen, 1999). Τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν βασικό μέτρο της έκτασης του κοινωνικού κεφαλαίου που μπορούν να έχουν οι ηλικιωμένοι, δηλαδή η συλλογή κοινωνικών επαφών που τους παρέχουν πρόσβαση σε κοινωνική, συναισθηματική και πρακτική υποστήριξη (Gray, 2009). Με βάση αρκετές μελέτες, μπορεί να ειπωθεί ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας στα δίκτυα που διαθέτουν μεγαλύτερους διαπροσωπικούς πόρους ή που αναφέρονται ως μεγαλύτερα κοινωνικά κεφάλαια δείχνουν μεγαλύτερη ευημερία από εκείνα που βρίσκονται σε δίκτυα με λιγότερα προικισμένα. (Dominguez & Arford, 2010 · Garcia, Banegas, Perez-Regadera, Cabrera, & Rodriguez-Artalejo, 2005 · Guilley et al., 2005 · McLaughlin, Vagenas, Pachana, Begum & Dobson, 2010 · Litwin & Stoeckel, 2004).

3.3 Η Κοινωνική συμμετοχή στην Τρίτη Ηλικία

Η ενίσχυση της συμμετοχής των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες αποτελεί βασικό στοιχείο των στρατηγικών που δείχνουν βελτίωση στις ζωές των ηλικιωμένων και επομένως μπορεί να αποτελέσει μια πρόσθετη προοπτική ευεξίας στην Τρίτη Ηλικία. Σύμφωνα με μια προηγούμενη έρευνα σχετικά με την κοινωνική συμμετοχή και την ευεξία των ηλικιωμένων, έχει εκτιμηθεί πως οι κοινωνικές δραστηριότητες φέρουν την επιτυχημένη γήρανση και κατέχουν σημαντικό ρόλο για την διατήρηση και την ενίσχυση της. Οι γενικές και εναλλακτικές κατασκευές που έχουν δοθεί στην εννοιολογική εξέλιξη της συμμετοχής της δραστηριότητας, δηλαδή η κοινωνική δέσμευση, η ενεργός δέσμευση με τη ζωή, η συνάφεια, η συνδεσιμότητα και η ενσωμάτωση, επικεντρώνονται παραδοσιακά στη μέτρηση της απόδοσης και στη διατήρηση σκόπιμων ρόλων, που διευκολύνεται η πρόσβαση των ηλικιωμένων σε σημαντικές ροές ψυχοκοινωνικών πόρων. (Baum et al, 2000)

Εντούτοις, η διαρκώς αναδυόμενη βάση στοιχείων υποστηρίζει ότι η συμμετοχή των δραστηριοτήτων σε μεγαλύτερες ηλικίες, μετρούμενη είτε στο συνολικό επίπεδο δραστηριότητας είτε σε αποκλίνοντα στίγματα συγκεκριμένων τομέων δραστηριότητας, έχει σημαντική συμβολή σε διάφορες πτυχές της ευεξίας των ηλικιωμένων που προσδίδουν αξιοπιστία στη θεωρία δραστηριότητας και της θέσης του ότι οι άνθρωποι που παραμένουν εμπλεκόμενοι σε δραστηριότητες μέσω των οποίων εφαρμόζονται κοινωνικοί ρόλοι έχουν θετικά αποτελέσματα (Rowe and Kahn 1997). Συγκεκριμένα, υπάρχουν στοιχεία που χαρακτηρίζουν την οικογενειακή και μη οικογενειακή προσκόλληση, τη θρησκευτική και ομαδική συμμετοχή και τη συμμετοχή σε εθελοντικές, ψυχαγωγικές και ψυχαγωγικές δραστηριότητες σε ηλικιωμένους ενηλίκους ως σημαντικούς δείκτες ποιότητας ζωής (Bowling 1995), καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης της ζωής και του εαυτού (Van Willigen 2000) και τους προγνωστικούς παράγοντες της γνωστικής λειτουργίας και της σωματικής και ψυχικής υγείας και ευεξίας (Everard et al., 2000, Hao 2008, Morrow-Howell et al., 2003).

3.4 Οι Κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων και τα οφέλη των Κοινωνικών δικτύων στην ζωή τους

Οι κοινωνικές συνδέσεις είναι σημαντικές για την ατομική ευημερία (Pavot & Diener, 1993). Τα άτομα με στενότερες κοινωνικές σχέσεις τείνουν να είναι περισσότερο αισιόδοξοι για το μέλλον τους και είναι πιο υγιείς (Antonucci, 2001, Cohen & Janicki-Deverts, 2009). Οι κοινωνικές σχέσεις επηρεάζουν επίσης την υποκειμενική ευημερία (SWB) παρέχοντας στο άτομο τη δυνατότητα συμμετοχής (Berkman, Glass, Brissette, & Seeman, 2000) και δραστηριότητες σε κοινωνικό πλαίσιο. Η συμμετοχή στις κοινωνικές δραστηριότητες έχει σημειωθεί ως ιδιαίτερα σημαντική για τους ηλικιωμένους και έχει διαμορφωθεί ως βασικός παράγοντας στην επιτυχή γήρανση (Rowe & Kahn, 1997).

Τα κοινωνικά δίκτυα αποτελούν πηγή υποστήριξης και γενικότερα συνδέονται με υψηλότερες αξίες ικανοποίησης της ζωής μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων. Στην πραγματικότητα, η επιρροή των κοινωνικών σχέσεων των ηλικιωμένων με φίλους, συγγενείς και γείτονες στην ικανοποίηση της ζωής τους, έχει τεκμηριωθεί από πολλές μελέτες. Επιστήμες όπως η ψυχολογία, η ιατρική, η κοινωνιολογία και η οικονομία, έχουν τεκμηριώσει ότι ένα μεγαλύτερο κοινωνικό δίκτυο και οι συχνότερες σχέσεις, οδηγούν σε περισσότερη ικανοποίηση από την ζωή και ευημερία στους ηλικιωμένους.

Ως εκ τούτου, Litwin και Shiovitz-Ezra (2006) μέσα από την έρευνα τους για την υγεία, την γήρανση και την συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (SHARE), διαπίστωσαν ότι τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία είναι ενσωματωμένα σε κοινωνικά δίκτυα, παρουσιάζουν υψηλότερη ευημερία, ενώ αντίθετα μικρότερους δείκτες μοναξιάς, λιγότερο άγχος και μεγαλύτερη ευτυχία. Άλλοι τομείς ευημερίας, όπως η γενική κατάσταση υγείας, η θνησιμότητα και η ψυχική υγεία, συνδέονται άμεσα με την κοινωνική υποστήριξη, τις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις και το μέγεθος των κοινωνικών δικτύων. Στην πραγματικότητα, οι σύνδεσμοι αυτοί φαίνονται λογικοί, καθώς ο Diener και ο Suh (1997) δείχνουν ότι υπάρχει υψηλός συσχετισμός μεταξύ της ικανοποίησης της ζωής και ενός κοινωνικού δείκτη που περιλαμβάνει το κόστος ζωής, την οικολογία, την υγεία, τον πολιτισμό και την ψυχαγωγία.

Επίσης, σύμφωνα με τους Van de Host και τον Coffe, διαπιστώθηκε ότι η υψηλότερη συχνότητα των επαφών των ηλικιωμένων ατόμων με υψηλότερο μερίδιο των δικτύων από φίλους, συνδέονται θετικά με την κοινωνική εμπιστοσύνη, το λιγότερο άγχος και την καλύτερη υγεία. (Tomini et al, 2007)

Παράλληλα, το κοινωνικό περιβάλλον της γειτονίας μπορεί να διαδραματίσει βασικό ρόλο στην προώθηση ή την παρεμπόδιση της συντροφιάς, ειδικά για τους ηλικιωμένους που μένουν μόνοι τους. Συγκριτικά με τους νέους ανθρώπους, τα ηλικιωμένα άτομα είναι πιθανότερο να παραμείνουν ενσωματωμένοι μέσα στο περιβάλλον της γειτονιάς καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας και να έχουν αυτό ως βασική πηγή κοινωνικής ένταξης. (Glass & Godbey, 1997, Krantz-Kent & Stewart, 2007, Robinson & Godbey, 1997) Η κοινωνική συνοχή της γειτονιάς, ορίζεται μέσα από την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την αλληλεγγύη, την συνάφεια, τις κοινές αξίες και την υποστήριξη. (Bromell et al, 2005)

3.5 Τρίτη Ηλικία και χαμηλή κοινωνική δικτύωση

Η χαμηλή κοινωνική δικτύωση είναι μία κοινή πηγή αγωνίας και ταλαιπωρίας για τα ηλικιωμένα άτομα και την ποιότητα ζωής τους. Ωστόσο τα χαμηλά κοινωνικά δίκτυα μπορούν να επιφέρουν τη μοναξιά που αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για αρνητικά αποτελέσματα υγείας σε μεγαλύτερες ηλικίες. Πολλές έρευνες έχουν συμπεράνει ότι τα μέτρα κοινωνικής απομόνωσης και ο μικρός αριθμός των κοινωνικών επαφών αποτελούν κακές επιπτώσεις στην υγεία. Η ιδέα της μοναξιάς διαφέρει από την κοινωνική απομόνωση και την κατάθλιψη, και ως εκ τούτου κάποιες μελέτες την εξέτασαν ως ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου. Η μοναξιά συμβάλλει σημαντικά στον ανθρώπινο πόνο, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους στους οποίους τα ποσοστά μπορεί να είναι υψηλότερα από ότι σε πιο νεαρές ηλικίες. (Perissinotto et al., 2012) Τόσο η κοινωνική απομόνωση όσο και η μοναξιά συνδέονται με την αύξηση της θνησιμότητας, αλλά είναι αβέβαιο αν τα αποτελέσματά τους είναι ανεξάρτητα ή αν η μοναξιά αντιπροσωπεύει το συναισθηματικό μονοπάτι και η κοινωνική απομόνωση υποβαθμίζει την υγεία.

Σύμφωνα με την Αγγλική Διαχρονική Μελέτη της Γήρανσης το 2004-2005, στην οποία συμμετείχαν 6.500 άνδρες και γυναίκες ηλικίας 52 ετών και άνω, εκτιμήθηκε η κοινωνική τους απομόνωση όσον αφορά την επαφή με την οικογένεια και τους φίλους και τη συμμετοχή τους στις κοινωνικές οργανώσεις. Υπήρξε παρακολούθηση όλων των αιτιών που αυξάνουν τη θνησιμότητα μέχρι και το 2012 (μέση παρακολούθηση 7,25 έτη) και αναλύθηκαν τα αποτελέσματα χρησιμοποιώντας την αναγωγή της Cox ανάλογων κινδύνων. Διαπιστώθηκε ότι η θνησιμότητα ήταν υψηλότερη μεταξύ ηλικιωμένων ατόμων με χαμηλά κοινωνικά δίκτυα. Ωστόσο, μετά τη στατιστική προσαρμογή με κάποιους δημογραφικούς παράγοντες όπως την υγεία και την κοινωνική απομόνωση παρατηρήθηκε μεγάλη σύνδεση με την θνησιμότητα (αναλογία κινδύνου 1,26, διάστημα εμπιστοσύνης 95%, 1,08-1,48 για το κορυφαίο πεμπτημόριο απομόνωσης), αλλά όχι με την μοναξιά (λόγος κινδύνου 0,92, 95% διάστημα εμπιστοσύνης, 0,78-1,09). (Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010)

Ο σύνδεσμος της κοινωνικής απομόνωσης με τη θνησιμότητα δεν άλλαξε όταν η μοναξιά συμπεριλήφθηκε στο μοντέλο. Οι κοινωνικές σχέσεις είναι ζωτικής σημασίας για την ανθρώπινη ευημερία και αποτελούν παράγοντα για την διατήρηση της υγείας. Η απομόνωση είναι αντικειμενική και μετρήσιμη αντανάκλαση του μειωμένου μεγέθους του κοινωνικού δικτύου και της ανεπάρκειας της κοινωνικής επαφής. Τα κοινωνικά απομονωμένα άτομα κινδυνεύουν να αναπτύξουν καρδιαγγειακής νόσο, γνωστική χειροτέρευση και θνησιμότητα. Η απομόνωση έχει επίσης συνδεθεί με αυξημένη αρτηριακή πίεση, και με αυξημένη φλεγμονώδεις και μεταβολικές αποκρίσεις στο στρες. Η μοναξιά συχνά θεωρείται ως η ψυχολογική ενσάρκωση της κοινωνικής απομόνωσης, αντανακλώντας την πεποίθηση του ατόμου σχετικά με τη συχνότητα και την εγγύτητα των κοινωνικών επαφών του ή τη διαφορά μεταξύ των σχέσεων που έχουν και τις σχέσεις που θα ήθελαν να έχουν. (Stephoe et al., 2013)

<https://www.pnas.org/content/pnas/110/15/5797.full.pdf>

3.6 Η θεωρία της κοινωνικό-συναισθηματικής επιλεκτικότητας

Η θεωρία κοινωνικό-συναισθηματικής επιλεκτικότητας προσθέτει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τη δυναμική των κοινωνικών δικτύων στην πολύ πρόσφατη ζωή. Υποδηλώνει μια τάση προς αύξηση ή μείωση του δικτύου σε πολύ μεγάλη ηλικία. Διάφορες πτυχές των κοινωνικών δικτύων σχετίζονται ποικίλα με την υγεία και την ευημερία (Berkman et al., 惓惓惓惓). Μια κατάσταση ευημερίας στην ύστερη ζωή μπορεί να συνεπάγεται την προϋπόθεση ότι θα επεκταθεί η λειτουργία των ίδιων υποκειμενικών αντιλήψεων της ποιότητας ζωής (George 惓惓惓惓). Η υποκειμενική ευημερία θεωρείται ως ένας θετικός προσανατολισμός προς τη ζωή και εκφράζεται σε τέτοια μέτρα ως θετικό αποτέλεσμα, ηθικό, αίσθημα ευελιξίας και ικανοποίησης. Οι πιο σημαντικές πτυχές των κοινωνικών δικτύων που αντιμετωπίζονται συχνότερα σε σχέση με την ευημερία περιλαμβάνουν χαρακτηριστικά δομής δικτύου και μέτρα αλληλεπίδρασης στο δίκτυο. (Litwin & Stoeckel, 2012)

Επιπλέον, σύμφωνα με την θεωρία της κοινωνικό-συναισθηματικής επιλεκτικότητας (Socioemotional Selectivity Theory), η κοινωνική επαφή είναι το αποτέλεσμα μιας ευρείας ποικιλίας στόχων. Στην περίπτωση που ο στόχος έχει να κάνει με τη συναισθηματική ισορροπία τα άτομα είναι ιδιαίτερα επιλεκτικά στην επιλογή των ανθρώπων που θα αποτελέσουν τους συντρόφους τους. Συνεπώς οι άνθρωποι, με την πάροδο του χρόνου και την αύξηση της ηλικίας τείνουν να αναδιαμορφώνουν τα συναισθήματα τους και να γίνονται πιο επιλεκτικοί στις σχέσεις που επιθυμούν να διατηρήσουν. Συνεπώς επιλέγουν άτομα που τους παρέχουν συναισθηματική ασφάλεια και έτσι τείνουν να επιστρέφουν στην πυρηνική τους οικογένεια που τους παρέχει πιο άμεσα συναισθήματα σταθερότητας και ασφάλειας αλλά και πιο άμεσα πλεονεκτήματα. Σε αυτό το σημείο μπορεί να προστεθεί και η εκδοχή της ανάγκης των ηλικιωμένων ανθρώπων να τύχουν προστασίας από τα μέλη της πυρηνικής τους οικογένειας. Παράλληλα λοιπόν με τα ευεργετικά συναισθήματα που προκαλεί η αίσθηση της συνοχής σε ένα δίκτυο, οι ηλικιωμένοι άνθρωποι ίσως τείνουν να επιστρέφουν κοντά στα παιδιά τους όταν αρχίζουν να μην μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν και να φροντίσουν τον εαυτό τους ή όταν βλέπουν τη φθορά στην υγεία τους (Μιχαηλή, 2019)

3.7 Ο ορισμός της κοινωνικής συμμετοχής των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα με τους Rowe και Kahn (1997), η ενεργός και η παραγωγική δέσμευση στην κοινωνία αποτελεί κεντρικό στοιχείο της επιτυχημένης γήρανσης. Η συνεχής κοινωνική δέσμευση θα μπορούσε επίσης να αποτελέσει κρίσιμο στοιχείο της επιτυχημένης προσαρμογής ή αντιμετώπισης. Η θετική σχέση μεταξύ της κοινωνικής δραστηριότητας και της ευημερίας είναι καλά τεκμηριωμένη (Lowenthal & Haven, 1968). Υψηλότερα επίπεδα κοινωνικής συμμετοχής συνδέονται με μειωμένα επίπεδα αυτοκτονίας, καλύτερη φυσική υγεία και μειωμένη θνησιμότητα και υψηλότερα επίπεδα ψυχολογικής ευημερίας (Beck & Page, 1988). Δεδομένης της θεωρητικής σημασίας της κοινωνικής συμμετοχής, είναι μια σημαντική πτυχή της καθημερινής ζωής.

Από την άλλη πλευρά, η συμμετοχή στη δραστηριότητα γήρατος έχει διαφοροποιηθεί και μετράται σε διαφορετικές θεωρητικές και εμπειρικές προσεγγίσεις. Οι γενικές και εναλλακτικές κατασκευές που έχουν δοθεί στην εννοιολογική εξέλιξη της συμμετοχής της δραστηριότητας, δηλαδή η κοινωνική δέσμευση, η ενεργός δέσμευση με τη ζωή, η συνάφεια, η συνδεσιμότητα και η ενσωμάτωση, επικεντρώνονται παραδοσιακά στη μέτρηση της απόδοσης και στη διατήρηση σκόπιμων ρόλων, που διευκολύνεται η πρόσβαση των ηλικιωμένων σε σημαντικές ροές ψυχοκοινωνικών πόρων. (Vozikaki et al 2016).

Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα που πενθούν κάποιο αγαπημένο τους πρόσωπο στις περιπτώσεις που υπάρχουν υψηλά επίπεδα κοινωνικής τους συμμετοχής παρατηρείται υψηλότερα επίπεδα ευεξίας και ικανοποίησης από την ζωή. (Anderson, 1983, Bahr & Harvey, 1980, Bankoff, 1983; Ferraro, 1984; Hershberger & Walsh, 1990, Lowenthal & Haven, 1968; Vachon et al., 1982). Αυτά τα ευρήματα δείχνουν ότι για τους ηλικιωμένους που συμμετέχουν πιο ενεργά μετά την χηρεία είναι ευκολότερη η διαδικασία προσαρμογής τους. (Utz et al., 2002)

3.8 Η Κοινωνική απομόνωση

Η κοινωνική απομόνωση έχει συμπεριληφθεί στο μέτρο της ποιότητας ζωής και ως εκ τούτου είναι ένα αποτέλεσμα καθώς και ένας παράγοντας κινδύνου. Η εξέταση της συμβαίνει σχεδόν πάντοτε στο πλαίσιο της κοινωνικής στήριξης. Ωστόσο, και οι δύο στις περισσότερες περιπτώσεις χρησιμοποιούνται εναλλακτικά. Και οι δύο έννοιες έχουν οριστεί ανακριβώς τις τελευταίες δεκαετίες και η έλλειψη ενός τυποποιημένου ορισμού έχει γίνει πιο εμφανής με την αύξηση του όγκου εργασίας που αναλύει την κοινωνική απομόνωση ως παράγοντα κινδύνου για τη γενική ευεξία του μεγαλύτερου πληθυσμού.

Η κοινωνική απομόνωση μπορεί να οριστεί δομικά ως απουσία κοινωνικών αλληλεπιδράσεων, επαφών και σχέσεων με την οικογένεια και τους φίλους, με τους γείτονες σε ατομικό επίπεδο και με την «κοινωνία γενικότερα» σε ευρύτερο επίπεδο. Επιπροσθέτως, η κοινωνική υποστήριξη ορίζεται ως "οι πόροι που παρέχονται από άλλα άτομα". Αυτοί οι πόροι, οι οποίοι μπορεί να περιλαμβάνουν συναισθηματικούς, κοινωνικούς, φυσικούς, οικονομικούς και άλλους τύπους φροντίδας, καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ατόμων και θεσμών ως πηγή αυτή τη φροντίδα.

Στη συνέχεια ορίζεται από τη δύναμη του υπάρχοντος κοινωνικού δικτύου του ηλικιωμένου και από τα χαρακτηριστικά των ατόμων και των ιδρυμάτων που του παρέχουν υποστήριξη μέσω αυτού του δικτύου. Η απουσία ή η αδυναμία του δικτύου κοινωνικής στήριξης αποτελεί τη βάση για τον εντοπισμό ατόμων που είναι κοινωνικά απομονωμένα. Αυτός ο ορισμός είναι επομένως ποιοτικός που υποδηλώνει την απουσία σημαντικών σχέσεων. Η κοινωνική στήριξη έχει χρησιμοποιηθεί και εξακολουθεί να αποτελεί δείκτη του βαθμού κοινωνικής απομόνωσης και μπορεί να χρησιμεύσει ως η κύρια ανεξάρτητη μεταβλητή στις μελέτες για την επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης ως παράγοντα κινδύνου της νόσου ή της δυσλειτουργίας. Οι λίγες υπάρχουσες μελέτες για την επικράτηση της κοινωνικής απομόνωσης δείχνουν ότι η πλήρης απουσία σχέσεων είναι σχετικά σπάνια για τους ηλικιωμένους.

Επιπλέον, όταν η κοινωνική απομόνωση αναγνωρίζεται ως όρος των ηλικιωμένων ατόμων, το φαινόμενο είναι γενικά αποδεκτό ως η συνέχιση ενός δια βίου μοντέλου και όχι ως προς την ανάπτυξη της ύστερης ζωής. Ωστόσο, τα ηλικιωμένα άτομα, θεωρώντας ότι είναι ευπαθή και εξαρτημένα, μπορούν να απομονωθούν για να συγκαλύψουν την απώλεια αυτονομίας τους. Τα περιορισμένα διαθέσιμα εμπειρικά στοιχεία σχετικά με την επικράτηση της κοινωνικής απομόνωσης φαίνεται να επιβεβαιώνουν τη χαμηλή επικράτηση της αληθινής κοινωνικής απομόνωσης. Η θεωρητική και η εμπειρική εργασία για την επίδραση της κοινωνικής απομόνωσης χρησιμοποιεί την κοινωνική στήριξη ως δείκτη του βαθμού κοινωνικής απομόνωσης. (Berg RL & Cassells JS, 1992)

3.9 Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού

Η κοινωνική εργασία με ηλικιωμένους εμφανίζεται σε μια τεράστια ποικιλία ρυθμίσεων και περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα μεθόδων, προσεγγίσεων και έμφασης. Το επίκεντρο κάθε κοινωνικού λειτουργού επηρεάζεται από το ρόλο που εκτελεί η υπηρεσία του και από τη δική του περιγραφή θέσεων εργασίας μέσα στην ομάδα του ή / και την ομάδα κοινωνικής εργασίας ή πολυεπιστημονική ομάδα. Όλη η κοινωνική εργασία με ηλικιωμένους βασίζεται σε παρόμοιες προσεγγίσεις αξιολόγησης για την εξέταση υποθέσεων και την οικογενειακή εργασία και βασίζεται στις ίδιες βασικές δεξιότητες κοινωνικής εργασίας όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί σε άλλα περιβάλλοντα.

Η πρωταρχική δυσκολία για τους κοινωνικούς λειτουργούς με ηλικιωμένους είναι το αποτέλεσμα μιας ανισορροπίας στην ανάπτυξη υπηρεσιών κοινωνικής εργασίας και άλλων υπηρεσιών για τους ηλικιωμένους, ιδίως στις κοινοτικές υπηρεσίες, με αποτέλεσμα να υπάρχει ανεπαρκής αριθμός κοινωνικών λειτουργών για την εξυπηρέτηση των ηλικιωμένων. Οι νέες εξελίξεις φαίνεται να είναι μια προσπάθεια να διορθωθεί αυτή η κατάσταση και να δοθεί η δυνατότητα στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους να εργαστούν στις δυσκολίες τους και να προσλάβουν τις σχετικές υπηρεσίες για να βοηθήσουν στην ανακούφιση ή τη βελτίωση της κατάστασής τους με δική τους ικανοποίηση.

Τα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών με ηλικιωμένους περιλαμβάνουν την συνεργασία με τις οικογένειες και τους φροντιστές τους. Η κοινωνική εργασία με ηλικιωμένους εστιάζει στη διατήρηση ή την ενίσχυση της λειτουργίας και της ποιότητας ζωής των εξυπηρετούμενων. Επιπροσθέτως, επικεντρώνεται στο τι μπορούν να κάνουν οι άνθρωποι και μεγιστοποιούν τόσο τις ευκαιρίες όσο και την ποιότητα ζωής στο πλαίσιο του κοινωνικού τους συστήματος, των αναγκών και των δικαιωμάτων τους.

Η αξιολόγηση της κοινωνικής εργασίας είναι καθοριστική για όλους τους κύριους ρόλους και τα καθήκοντα της. Οι κοινωνικοί λειτουργοί πραγματοποιούν κοινωνικές εκτιμήσεις που περιλαμβάνουν τον εντοπισμό πρακτικών και συναισθηματικών αναγκών και την κατάλληλη στήριξη. Αυτό διασφαλίζει ότι ο εργαζόμενος αντιδρά με τρόπο αντανακλαστικό και προγραμματισμένο να παρεμβαίνει για να βοηθήσει έναν εξυπηρετούμενο και μια οικογένεια. Η κοινωνική εργασία για τους ηλικιωμένους, στοχεύει στην αντικειμενική κοινωνική μελέτη του ηλικιωμένου και του συντρόφου του, του φροντιστή και της οικογένειάς του, των αναγκών στέγασης, των πρωταρχικών αναγκών σε τρόφιμα, στέγης και υγιεινής, του βαθμού στον οποίο ενσωματώνονται ή απομονώνονται από την τοπική τους κοινότητα.

Ο κοινωνικός λειτουργός θα προσπαθήσει να καταλήξει σε κάποια συμπεράσματα σχετικά με την ψυχοκοινωνική κατάσταση του πελάτη, συμπεριλαμβανομένης της συναισθηματικής υγείας, του επιπέδου αυτοεκτίμησης και του επιπέδου άγχους και νοητικής ικανότητας και προϋπάρχοντος επιπέδου μάθησης. Οι κοινωνικοί λειτουργοί για ηλικιωμένους που ασχολούνται με ομαδική εργασία ή, πιο σπάνια, με την ανάπτυξη της κοινότητας, χρησιμοποιούν επίσης δεξιότητες αξιολόγησης για να εντοπίσουν τις ανάγκες των πελατών και την καταλληλότητα για ομαδική εργασία (για παράδειγμα, εργασία αναμνήσεων ή εργασία διαχείρισης στρες με πελάτες ή φροντιστές). Η προσέγγιση της αξιολόγησης επηρεάζεται από τη χρήση συγκεκριμένων θεωριών και βασίζεται στη δική τους επαγγελματική κατάρτιση και εμπειρία, στις ανάγκες του πελάτη και του εργοδότη τους και στην αναφερόμενη αποστολή της υπηρεσίας τους.

Άλλα καθήκοντα κοινωνικής εργασίας ή είδη παρεμβάσεων (συνήθως εξαρτώμενα από την αρχική και συνεχή αξιολόγηση και αναθεώρηση της κοινωνικής εργασίας) περιλαμβάνουν την προτροπή, εξ ονόματος των πελατών μας, σε μια σειρά υπηρεσιών όπως οι τοπικές αρχές και οι υπηρεσίες κοινωνικής πρόνοιας. Ακόμη, συνεργάζονται με κοινοτικούς πόρους και παρέχουν στους πελάτες και τις οικογένειες πληροφορίες σχετικά με μια σειρά θεμάτων, συμπεριλαμβανομένων των οφελών και των δικαιωμάτων και των υπηρεσιών υποστήριξης.

Βοηθούν τους εξυπηρετούμενους να ενδυναμώσουν τον εαυτό τους και τους ενθαρρύνουν όπως επίσης ακούν τους εξυπηρετούμενους, τους παρακινούν και τους βοηθούν να αναπτύσσουν λόγους για να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους προς το καλύτερο. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν συμβουλευτική σε πελάτες και οικογένειες που περιλαμβάνουν απώλεια και πένθος, σύντομη θεραπεία, διαχείριση άγχους, προσαρμογή ή εθισμό. Επικεντρώνονται σε δυνατά σημεία και βλέπουν το άτομο ως μοναδικό και προωθούν την ανθεκτικότητα στους εξυπηρετούμενους. Συμμετέχουν επίσης σε ομαδική συνεργασία με πελάτες, οικογένειες και φροντιστές καθώς ασχολούνται με τη διαχείριση και την επίλυση των συγκρούσεων. Επίσης διεξάγουν διαπραγματεύσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας και χρησιμοποιούν τη διαμεσολάβηση και τη διαχείριση των συγκρούσεων και μερικές φορές ειδικευμένες, οικογενειακές και θεραπευτικές

Τέλος, έχουν έναν ρόλο κοινωνικού ελέγχου με ζητήματα όπως η κακομεταχείριση των ηλικιωμένων, η ενδοοικογενειακή βία και οι διαδικασίες επιμέλειας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί με ηλικιωμένα άτομα έχουν ειδικό και παραδοσιακό ρόλο ως διαχειριστές των περιπτώσεων και σε ορισμένες χώρες εξακολουθούν να αναφέρονται ως υποψήφιοι. (IASW, 2011)

B ΜΕΡΟΣ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4ο Κεφάλαιο: Μεθοδολογία της Έρευνας

4.1 Σκοπός και στόχοι της έρευνας

4.1.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της ευεξίας στην σε άτομα άνω των 65 ετών που ζουν στο δήμο Ηρακλείου και η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα κοινωνικά δίκτυα και την ευεξία.

4.1.2 Στόχος

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι ο προσδιορισμός της αναγκαιότητας των κοινωνικών δικτύων στην ζωή ενός ηλικιωμένου ατόμου και η εξέταση των παραγόντων κινδύνου που προκαλούν χαμηλή ευεξία αλλά και των παραγόντων που επιτυγχάνεται η ευεξία.

4.2 Ερευνητικά ερωτήματα

- Τα ερευνητικά ερωτήματα της εργασίας είναι τα ακόλουθα:
 - 1. Ποιοι παράγοντες κινδύνου επηρεάζουν την ευεξία στα άτομα άνω των 65 ετών
 - 2. Η χαμηλή κοινωνική δικτύωση σχετίζεται με χαμηλότερη βαθμολογία στην ευεξία των ηλικιωμένων;
 - 3. Υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ χαμηλής κοινωνικής δικτύωσης και ευεξίας;
 - 4. Το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ευεξία από ότι τα κοινωνικά δίκτυα;
5. Η ευεξία των ηλικιωμένων επηρεάζεται από την αύξηση της ηλικίας.

4.3 Εκτίμηση δυσκολιών έρευνας- Αντιμετώπιση δυσκολιών

Κατά την διαδικασία της έρευνας μας μια σημαντική δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν η προσέγγιση των ηλικιωμένων μελών των ΚΕ.ΚΟΙΦ.ΑΠΗ για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Ένα μεγάλο ποσοστό του δείγματος αρχικά αρνήθηκε να συμμετέχει στην έρευνα διότι υπήρχε ο φόβος ότι θα ζητηθούν προσωπικά δεδομένα όπως ονοματεπώνυμο ή διεύθυνση κατοικίας και οι ηλικιωμένοι θα εκτεθούν. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί η δυσκολία αυτή ενημερώσαμε το δείγμα μας ότι τα ερωτηματολόγια θα συμπληρωθούν ανώνυμα.

Επίσης, πολλά από τα ηλικιωμένα μέλη των ΚΕ.ΚΟΙΦ.ΑΠΗ που επισκεφτήκαμε αντιμετώπιζαν προβλήματα ακοής και όρασης. Σε εκείνες τις περιπτώσεις καθίσαμε μαζί τους και συμπληρώσαμε μαζί τα ερωτηματολόγια. Ακόμη μια δυσκολία που αντιμετωπίσαμε ήταν πως αρκετά ηλικιωμένα μέλη και ιδιαίτερα γυναικείου φύλου, αρχικά αρνήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα, δηλώνοντας πως δεν γνωρίζουν να γράφουν. Φυσικά προθυμοποιηθήκαμε να τους διαβάσουμε εμείς μια μια τις ερωτήσεις και να συμπληρώνουμε αυτά που θα μας έλεγαν. Σε όλες τις παραπάνω περιπτώσεις όλα τα ηλικιωμένα μέλη δέχτηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα μας και μάλιστα ήταν όλα τους πολύ συνεργάσιμα και ευγενικά.

4.4 Πεδίο έρευνας

Πεδίο της έρευνας αποτέλεσαν τα ΚΕ.ΚΟΙΦ.ΑΠΗ Αγίας Τριάδας, Μασταμπά και Πόρου που λειτουργούν στον Δήμο Ηρακλείου Κρήτης

4.5 Επιλογή Έρευνας & Δείγματος

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια εφαρμογής ποσοτικής έρευνας μέσω της περιγραφικής διαδικασίας και της συσχέτισης ή ερμηνείας υποθέσεων (Μερκούρης, 2008, σελ. 23-26). Θεωρήθηκε από τους συντελεστές της εργασίας και έρευνας ως η πιο κατάλληλη μέθοδος για την αναζήτηση και επαλήθευση των ερευνητικών ερωτημάτων σε συνδυασμό με τους στόχους, το κόστος που αναγνωρίζεται σε μικρής κλίμακας έρευνας όπως είναι οι πτυχιακές εργασίες, την εμπειρία και την ικανότητα ερευνητών (Δαρβίρη, 2009).

Για την πραγματοποίηση της έρευνας μας επίσης, επιλέξαμε ηλικιωμένα μέλη των ΚΕ.ΚΟΙΦ.ΑΠΗ ενώ το δειγματικό μέγεθος καθορίστηκε εκ των προτέρων να προσεγγίσει τα 150 άτομα (συμμετέχοντες). Πιο συγκεκριμένα, το δείγμα μας αποτελείται από άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, ανεξαρτήτου φύλου. Αποκλείστηκαν εξ ορισμού λοιπόν άτομα <65 ετών ή που πάσχουν από γεροντική άνοια και την ενδεχόμενη μεροληψία (μεθοδολογικό σφάλμα) ένταξης στα αποτελέσματα. Σημειώνεται λοιπόν ότι το δείγμα που επιλέχθηκε ήταν εύκολο στην προσέγγιση, αφού αποτελείται από άτομα με τα οποία δεν έχουν μεγάλες ηλικιακές αποκλίσεις, βρίσκονται σε ενιαίο χωροταξικό μέρος ενώ θεωρήθηκε ότι θα δεχόντουσαν ευκολότερα να συμμετάσχουν. Συνοπτικά, χρησιμοποιήθηκε απλή τυχαία δειγματοληψία για την επιλογή τους από τις τρεις μονάδες ηλικιωμένων μέσω των καταλόγων των ενεργών μελών τους (Δαρβίρη, 2009; Μερκούρης, 2008; Μπένος, 1993; Javeau, 2000).

4.6 Ερευνητικό Εργαλείο

Το εργαλείο που χρησιμοποιήσαμε για να συλλέξουμε τα στοιχεία της έρευνάς μας ήταν το ερωτηματολόγιο (βλ. Παράρτημα). Το ερωτηματολόγιο χωρίστηκε σε τρία μέρη. Στο Α' μέρος αναφέρονται τα δημογραφικά/προσωπικά στοιχεία του συμμετέχοντα, καθώς και ερωτήσεις που αφορούν την υποκειμενική και αντικειμενική κατάσταση της υγείας του, στο Β' μέρος περιλαμβάνονται ερωτήσεις που αφορούν τα κοινωνικά δίκτυα που σχεδιάστηκαν από τους συντελεστές της έρευνας και στο Γ' μέρος που αφορά την αξιολόγηση της ευεξίας περιλαμβάνεται η ερώτηση της ικανοποίησης από τη ζωή καθώς και η σύντομη έκδοση των 12 ερωτήσεων της Κλίμακας CASP για την Ποιότητα Ζωής. Αναλυτικότερα:

Τα κοινωνικά δίκτυα περιλαμβάνουν 10 ερωτήσεις εκ των οποίων οι 7 που αφορούν τη δικτύωση των ηλικιωμένων και ενέχουν διαβάθμιση αποκρίσεων σε κλίμακα Likert ή δυαδική (ναι/όχι) κωδικοποιήθηκαν με στόχο να προκύψει βαθμολογία (scoring). Οι 7 ερωτήσεις είναι οι 13, 14, 15, 16, 17, 18 και 20 και έλαβαν τιμές 0 (:μηδέν) οι αποκρίσεις «κανένας», «ποτέ ή σπάνια», τιμές 1 οι «από 1 έως 5», «ναι», «μερικές φορές», τιμές 2 οι «από 5 έως 10» ή «συχνά» και 3 οι «παραπάνω από 10» ή «πολύ συχνά» (βλ. πίνακα 2). Το άθροισμα τους καθόρισε βαθμολογία (scoring) Κοινωνικής Δικτύωσης, όπου υψηλή βαθμολογία καθορίζει και υψηλού βαθμού δικτύωση.

Η Ικανοποίηση από τη ζωή (Lifesatisfaction) αφορά δείκτη αυτοαναφοράς (υποκειμενικός προσδιορισμός) μέσω της ερώτησης «Πόσο ικανοποιημένος-ή είστε από τη ζωή σας γενικά» με διαβάθμιση (1-Καθόλου ικανοποιημένος/η έως 5-Απόλυτα ικανοποιημένος/η). Στη διεθνή βιβλιογραφία, αναφέρεται ο παρόν δείκτης ως μια αξιόπιστη μέτρηση ικανοποίησης από την ζωή (Amit&Litwin, 2010; Cummins et al, 2003; Pavot & Diener, 1993).

Η Ποιότητα ζωής: Η ποιότητα ζωής εκτιμάται από τη σύντομη μορφή της κλίμακας CASP (CASP-12) (Blane et al,2004; Wiggins et al, 2007). Πρόκειται για μια σταθμισμένη κλίμακα που μετρά την Ποιότητα Ζωής. Η συγκεκριμένη κλίμακα χρησιμοποιείται ως κλίμακα αξιολόγησης της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων βασιζόμενη σε 4 παράγοντες των ανθρώπινων αναγκών: τον έλεγχο (Control), την αυτονομία (Autonomy), την αυτοπραγμάτωση (Self-realization), και την ευχαρίστηση (Pleasure).

Έχει ήδη σταθμιστεί και χρησιμοποιείται στο Ελληνικό δείγμα της Ευρωπαϊκής μελέτης για την Υγεία, τη Γήρανση και τη Συνταξιοδότηση στην Ευρώπη (Μελέτη SHARE) (Knesebeck et al, 2007; Borsch-Supan & Jurges, 2005). Σε ορισμένες ερωτήσεις της έγινε αντιστροφή των αποκρίσεων στην 4-βαθμη κλίμακα καθώς έχουν αντίστροφο εννοιολογικό περιεχόμενο (ερωτήσεις 4 & 7-12, βλ. πίνακα 3) ώστε η κλίμακα να καθορίζει με υψηλή βαθμολογία υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής (εύρος 12-48), ενώ για την ευεξία έχει καθοριστεί από προηγούμενη μελέτη συνολική βαθμολογία (score) CASP-12 ≥ 39 (Vozikaki et al, 2018; Vozikaki et al, 2017).

Ο συντελεστής αξιοπιστίας της κλίμακας απέδωσε βαθμό Cronbach $\alpha=0,809$.

4.7 Η συλλογή των Ερευνητικών Δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν το χρονικό διάστημα 18 έως και 21 Ιουνίου 2019 κατά τις πρωινές ώρες παρουσίας των συμμετεχόντων στις δομές. Έγιναν συνεντεύξεις λόγω της ηλικίας των συμμετεχόντων και της ενδεχόμενης αδυναμίας τους να αναγνώσουν, κατανοήσουν και να σημειώσουν στα έντυπα ερωτηματολόγια. Η επεξήγηση στις ερωτήσεις ήταν με την με μορφή αυτή διάχυτη.

4.8 Ηθική & Δεοντολογία

Δόθηκε μετά από αίτηση, άδεια από την Επιτροπή Δεοντολογίας του ΤΕΙ Κρήτης για την εκπόνηση της πτυχιακής μας εργασίας προκύπτει από την ανάγκη να ερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων στον Δήμο Ηρακλείου, εφόσον είναι ιδιαίτερα γνωστό πως οι ηλικιωμένοι αποτελούν μια ευαίσθητη κοινωνική ομάδα, η οποία συχνά αντιμετωπίζει καθημερινές δυσκολίες και προβλήματα. Μέσα από την έρευνα μας θέλουμε να αποτυπωθεί πώς ένας ηλικιωμένος βιώνει την τρέχουσα ιδιαίτερη ηλικία που διανύει και σε τι βαθμό βιώνει την «επιτυχημένη γήρανση» καθώς και να ερευνήσουμε «τον δρόμο» της επιτυχίας για την γήρανση και την ευεξία. Ηθικό ζήτημα που προβλέπεται να ανακύψει είναι η τήρηση του απορρήτου καθώς και η ανώνυμη συμμετοχή των ερωτηθέντων. Οι προτεινόμενοι συμμετέχοντες στην έρευνα μας θα ενημερωθούν εξαρχής για την ανώνυμη συμμετοχή τους.

Ακόμη θα ενημερωθούν πως τα ερευνητικά στοιχεία που θα αντλήσουμε από τα ερευνητικά ερωτηματολόγια που θα συμπληρωθούν, θα χρησιμοποιηθούν μονάχα για τον σκοπό της έρευνας. Φυσικά δεν είναι υποχρεωμένο κανένα άτομο να συμμετέχει παρά μόνο αν το επιθυμεί το ίδιο.

Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα, γνωρίζοντας εκ των προτέρων με κωδικούς τους συμμετέχοντες ενώ πριν την συμμετοχή τους (αποδοχή συμμετοχής στη συνέντευξη) τους δόθηκε πλήρης και λεπτομερή περιγραφή της έρευνας, του σκοπού της και της χρήσης των συγκεντρωτικών της αποτελεσμάτων που δεν ήταν άλλος παρά η ολοκλήρωση μια αξιόπιστης έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας. Ωστόσο, έγκριση υπήρξε από την **Διεύθυνση Κοινωνικής Ανάπτυξης του Δήμου Ηρακλείου** (βλ. Παράρτημα 2).

4.9 Στατιστική ανάλυση

Για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 25.0. Έγινε εκτίμηση συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών των 150 ηλικιωμένων συμμετεχόντων στην έρευνα μας, με τον υπολογισμό κατά περίπτωση των 95% Διαστημάτων Εμπιστοσύνης με τεχνικές bootstrap, ώστε να γίνεται σύγκριση σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Επίσης, στις περιπτώσεις κατανομών αποκρίσεων στις Κλίμακες Κοινωνικής Δικτύωσης και CASP.12 – Ευεξίας, χρησιμοποιήθηκαν οι μέθοδοι του διωνυμικού ελέγχου και της χ^2 . Στις περιπτώσεις μονομεταβλητών συσχετίσεων που αφορούν τα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνας μας, υπολογίστηκαν οι συντελεστές συσχέτισης κατά Spearman των βασικών χαρακτηριστικών και της κατάστασης υγείας των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα με τα επίπεδα των Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από τη ζωή και της κλίμακας Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12.

Στη σύγκριση μεταξύ φύλων των επιπέδων των Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από τη ζωή και Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12 χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Student t. Στον έλεγχο μεταβολής της κλίμακας CASP.12 ως προς την ηλικία των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα ακολουθήθηκε ανάλυση συνδιακύμανσης (ancova) με συμμεταβλητές ελέγχου το φύλο τους, την εκπαίδευση, το εισόδημα και την κατάσταση υγείας τους.

Τέλος, με τη μέθοδο ανάλυσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης (Δαφέρμος, 2005), ελέγχθηκε η επίδραση που ενδεχομένως ασκούν οι προ-επιλεγμένοι παράγοντες, όπως τα χαρακτηριστικά, η κατάσταση υγείας και οι κλίμακες Ικανοποίησης από τη ζωή και Κοινωνικών Δικτύων στην Κλίμακα κλίμακας Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12.

5ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Αποτελέσματα της Έρευνας

5.1 Περιγραφικά χαρακτηριστικά

Στον **πίνακα 1** παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα. Το 72,7% ήταν άνδρες, η μέση ηλικία όλων ήταν τα 77,9 χρόνια ($\pm 6,1$) ενώ το 18,0% βρέθηκε 85+ ετών. Το 10,7% ήταν χωρίς μόρφωση και το 12,0% με ανώτατες σπουδές. Στην οικογενειακή τους κατάσταση το 46,0% ήταν παντρεμένοι/ες, με το 8,7% χωρίς παιδιά. Ωστόσο ο μέσος αριθμός παιδιών σε όλους τους συμμετέχοντες ήταν 2,1 παιδιά με μέγιστο αριθμό 5. Το 93,3% δήλωσαν συνταξιούχοι, τα 2/3 ή 66,7% με μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 400-850 ευρώ ενώ η πλειοψηφία ή 30,0% εργάζονταν ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

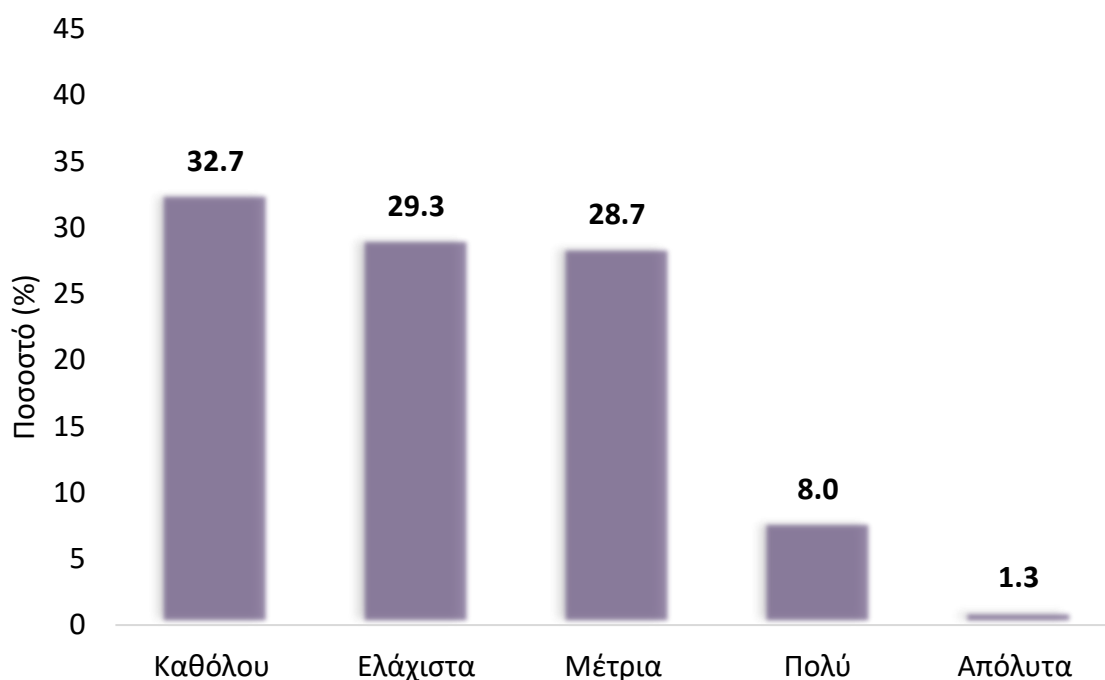
Πίνακας 1. Περιγραφικά χαρακτηριστικά των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα.

		v	%
Φύλο	<i>άνδρες</i>	109	72,7
	<i>γυναίκες</i>	41	27,3
Ηλικία, χρόνια	<i>μέση τιμή±τυπ. αποκλ. (ελαχ., μεγ.)</i>	77,9±6,1 (66, 90)	
	<i>66-74</i>	57	38,0
	<i>75-84</i>	66	44,0
	<i>85+</i>	27	18,0
Επίπεδο εκπαίδευσης	<i>χωρίς</i>	16	10,7
	<i>Δεν έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό</i>	24	16,0
	<i>Γυμνάσιο</i>	38	25,3
	<i>Λύκειο</i>	54	36,0
	<i>Ανώτατες σπουδές</i>	18	12,0
Οικογενειακή κατάσταση	<i>Παντρεμένος/η</i>	69	46,0
	<i>Διαζευγμένος/η</i>	19	12,7
	<i>Χήρος/α</i>	54	36,0
	<i>Άλλο</i>	8	5,3
Τέκνα, αριθμός	<i>μέση τιμή±τυπ. αποκλ. (ελαχ., μεγ.)</i>	2,1±1,2 (0, 5)	
	<i>κανένα</i>	13	8,7
Σε σύνταξη	<i>ναι</i>	140	93,3
	<i>όχι</i>	10	6,7
Μηνιαίο εισόδημα	<i><400 ευρώ</i>	20	13,3
	<i>400-850 ευρώ</i>	100	66,7
	<i>850+ ευρώ</i>	30	20,0

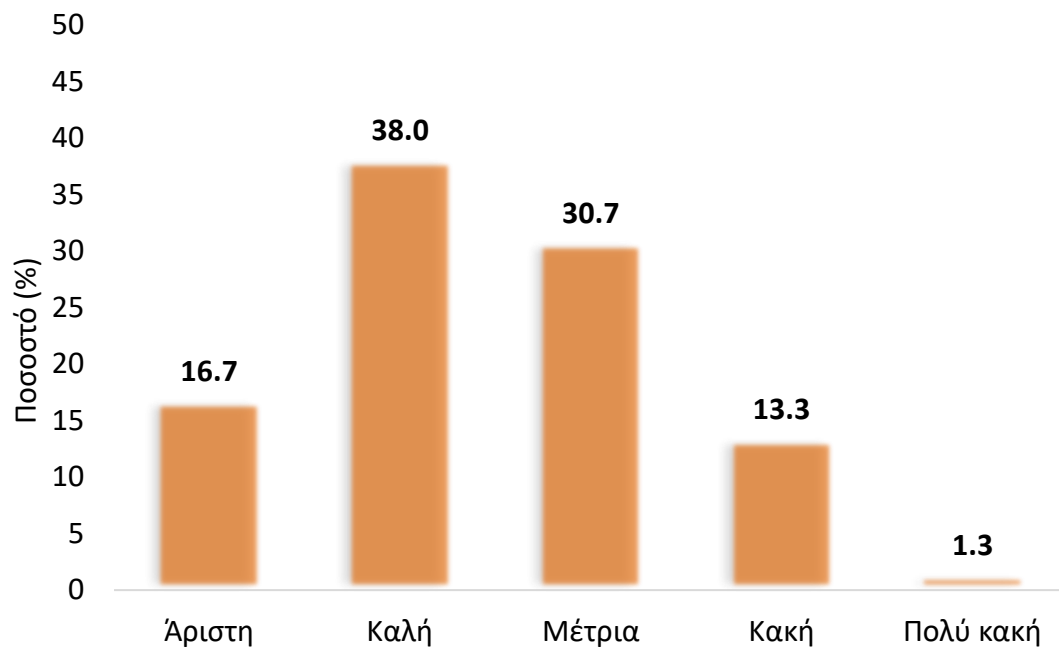
Επάγγελμα	<i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i>	37	24,7
	<i>Δημόσιος υπάλληλος</i>	42	28,0
	<i>Ελεύθερος Επαγγελματίας</i>	45	30,0
	<i>άλλο</i>	26	17,3

Σχετικά με την ικανοποίηση τους από την τρέχουσα οικονομική κατάσταση που βιώνουν (**σχήμα 1**), διαπιστώνεται ότι το 32,7% δεν είναι ικανοποιημένοι («καθόλου»), το 29,3% ελάχιστα, μέτρια το 28,7% ενώ πολύ ή/και απόλυτα είναι μόλις το 9,3%. Στην αυτοαξιολόγηση της κατάσταση της υγείας τους (**σχήμα 2**), άριστη ή και καλή αναφέρει το 54,7%, μέτρια το 30,7% και κακή ή/και πολύ κακή το 14,6%.

Σχήμα 1. Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση «Παρακαλώ δηλώστε πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την τρέχουσα οικονομική σας κατάσταση:».

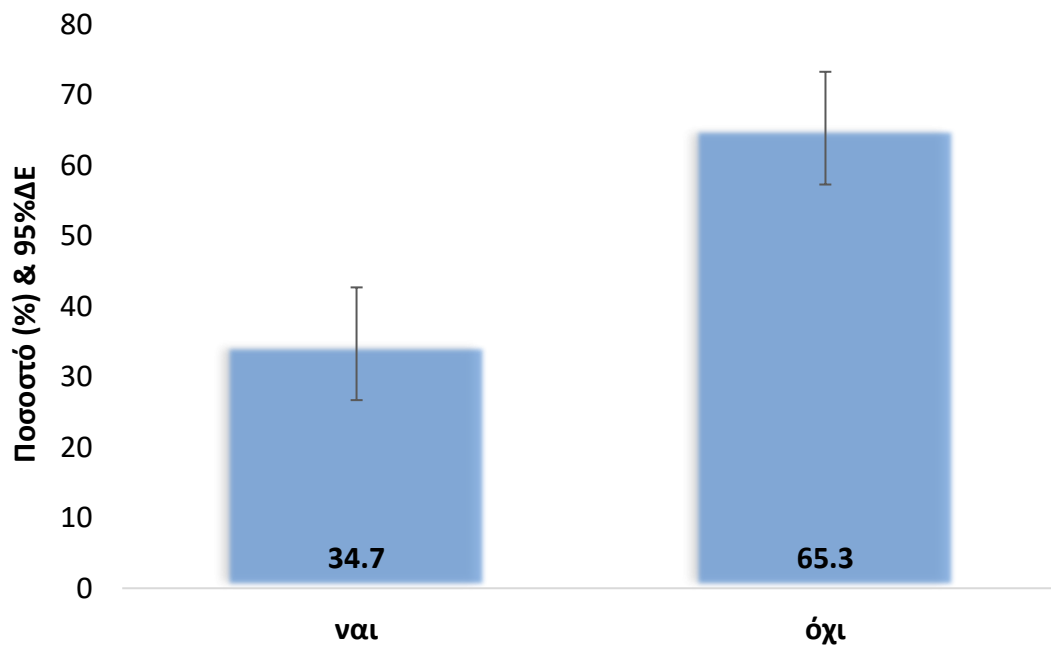


Σχήμα 2. Κατανομή απαντήσεων στην ερώτηση «Παρακαλώ βαθμολογήστε την κατάσταση της υγείας σας:».

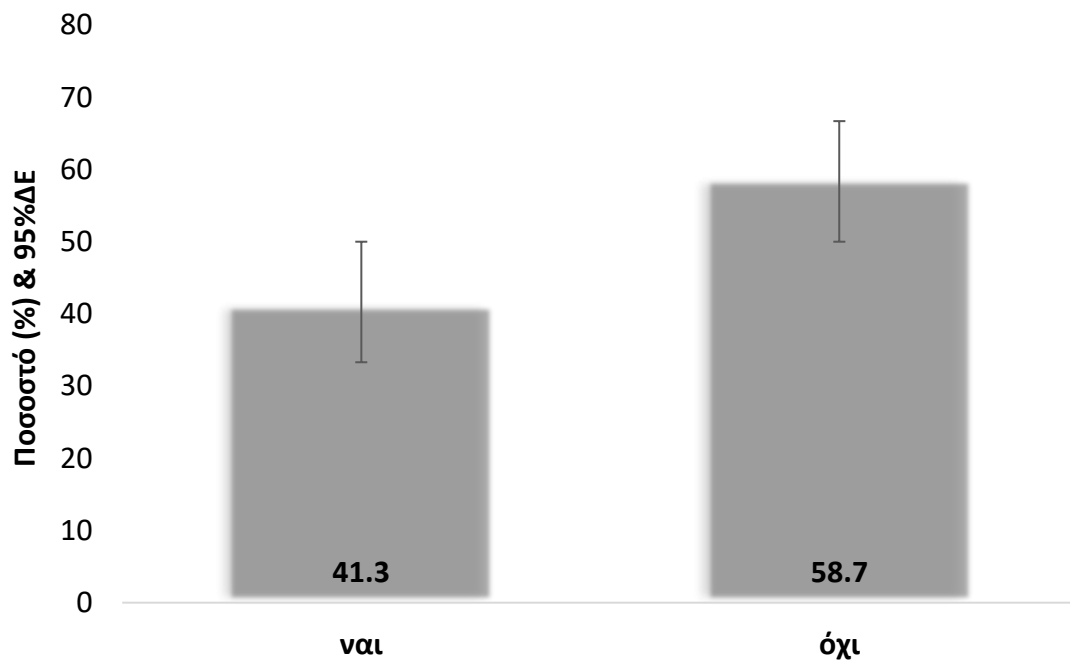


Ωστόσο, στην νοσηρότητα τους (**σχήμα 3**) και σύμφωνα με τα 95%ΔΕ, σημαντικά λιγότεροι από τους μισούς ή το 34,7% δηλώνουν ότι πάσχουν από κάποιο νόσημα ($p<0,05$) που όμως από το **σχήμα 4** και τη λήψη φαρμακευτικής αγωγής, υψηλότερο ποσοστό ή το 41,3% δηλώνει ότι λαμβάνει αγωγή.

Σχήμα 3. Νοσηρότητα των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα (ερώτηση «Πάσχετε από κάποια ασθένεια;»).



Σχήμα 4. Λήψη φαρμακευτικής αγωγής των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα (ερώτηση «Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;»).



Κοινωνικά Δίκτυα

Από την αξιολόγηση των ερωτήσεων που αφορούν τα Κοινωνικά Δίκτυα για τους ηλικιωμένους συμμετέχοντες στην έρευνα (πίνακας 2), διαπιστώνεται σημαντική διαφοροποίηση στις κατανομές αποκρίσεων στις περισσότερες ερωτήσεις ($p < 0,001$). Μεταξύ άλλων, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 44,7% έχει 1 έως 5 άτομα στα Κοινωνικά Δίκτυα, 40,0% 1 έως 5 φίλους στα Κοινωνικά Δίκτυα, η συντριπτική πλειοψηφία ή το 84,7% δηλώνει ότι συμμετέχει σε κάποια κοινωνική οργάνωση, το 81,3% δεν συμμετέχει σε κάποια φιλανθρωπική ή εθελοντική εργασία ενώ οι μισοί περίπου ή το 42,7% συμμετέχουν σε κάποια πολιτική οργάνωση.

Πίνακας 2. Κατανομή αποκρίσεων σε ερωτήσεις που αφορούν τα Κοινωνικά Δίκτυα από τους 150 συμμετέχοντες ηλικιωμένους της έρευνας.

		Αποκρίσεις				
Ερώτηση και αριθμησης της		%				p-value
			<i>Από 1 Κανένας έως 5</i>	<i>Από έως 10</i>	<i>5 Παραπάνω από 10</i>	
<i>Αριθμός ατόμων στα κοινωνικά δίκτυα (13)</i>		3,3	44,7	20,7	31,3	<0,001
<i>Αριθμός φίλων στα κοινωνικά δίκτυα (14)</i>		22,0	40,0	28,0	10,0	<0,001
			<i>Ναι</i>	<i>Όχι</i>		
<i>Συμμετέχετε σε κάποια κοινωνική οργάνωση; (15)</i>		84,7	15,3			<0,001
<i>Συμμετέχετε σε κάποια φιλανθρωπική ή εθελοντική εργασία; (16)</i>		18,7	81,3			<0,001

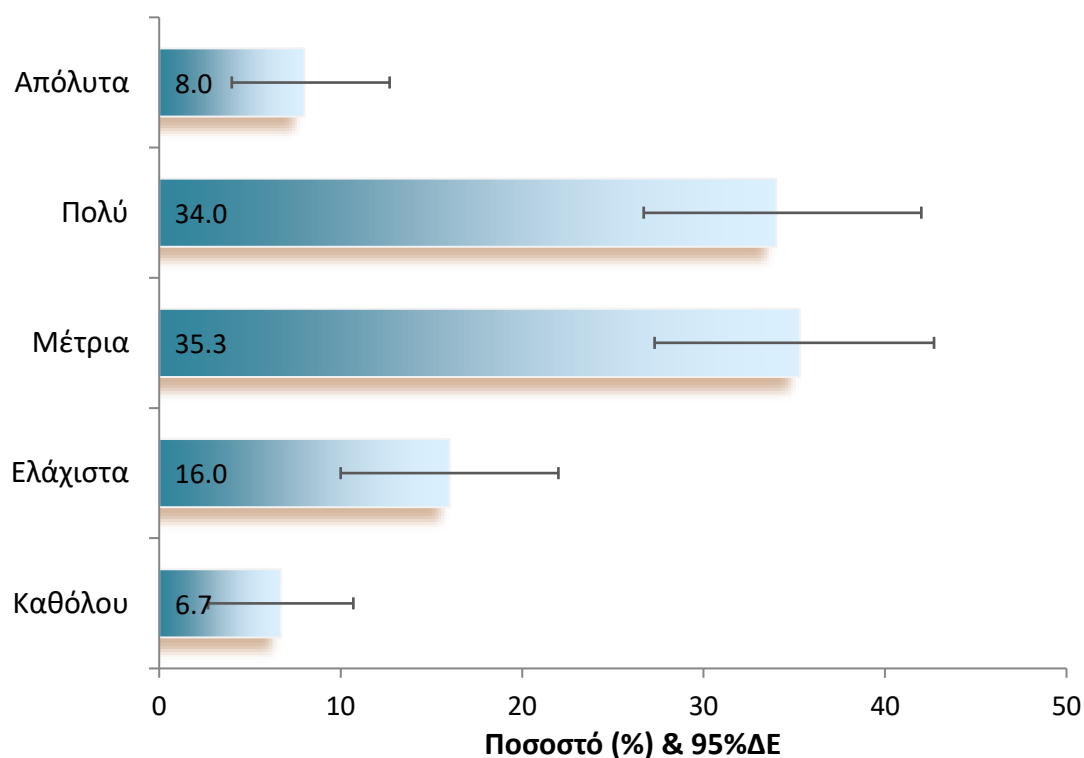
Συμμετέχετε σε κάποια πολιτική οργάνωση; (17)	42,7	57,3				0,086
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά	
Πόσο συχνά συμμετέχετε σε κάποια θρησκευτική εκδήλωση (εκκλησία, τζαμί κ.λ.π); (18)	26,0	26,0	24,7	16,7	6,7	<0,001
Πόσο συχνά επικοινωνείτε ή έρχεστε σε επαφή με τους συγγενείς και τους φίλους σας; (19)	6,7	24,7	33,3	29,3	6,0	<0,001
	Καθόλου	Ελάχιστο	Μέτρια	Πολύ	Απόλυτα	
Γενικά πόσο ικανοποιημένοι είστε με τις φιλίες και τις σχέσεις σας με τους άλλους; (20)	1,3	11,3	32,0	37,3	18,0	<0,001
	Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ	
Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να παρέχετε βοήθεια στην οικογένεια, στους φίλους ή στους γείτονες σας; (21)	4,7	14,7	35,3	19,3	26,0	<0,001
	Πολύ	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου		
Έχετε την ανάγκη από κάποιο άτομο να σας βοηθάει στην καθημερινή σας ζωή; (22)	10,0	22,7	41,3	26,0		<0,001

Η συμμετοχή επίσης σε κάποια θρησκευτική εκδήλωση ποικίλει καθώς το 26,0% αναφέρει ποτέ και το 23,4% συχνά/πολύ συχνά όπως ανάλογα συμβαίνει και στην επαφή με συγγενείς και φίλους όπου αντίστοιχα δηλώθηκαν 6,7% και 35,3%. Στην ερώτηση «Γενικά πόσο ικανοποιημένοι είστε με τις φιλίες και τις σχέσεις σας με τους άλλους;» το 87,3% αναφέρει μέτρια έως απόλυτα και στην ερώτηση «Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να παρέχετε βοήθεια στην οικογένεια, στους φίλους ή στους γείτονες σας;» το 80,6% αρκετά έως πάρα πολύ. Τέλος, τα 2/3 περίπου ή το 67,3% των ηλικιωμένων συμμετεχόντων δήλωσε λίγο ή καθόλου να έχει ανάγκη βοήθειας στην καθημερινότητα του.

Ικανοποίηση από τη ζωή

Σχετικά με την ικανοποίηση που έχουν οι ηλικιωμένοι από τη ζωή τους οι αναφορές τους επίσης ενέχουν διαφοροποίηση στη κλίμακα αποκρίσεων (σχήμα 5). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι σημαντικά υψηλότερο ποσοστό δηλώνει «πολύ» και «μέτρια» (34,0% και 35,3% αντίστοιχα) ενώ συνολικά μέτρια έως απόλυτη ικανοποίηση δηλώνει 77,3% ενώ στον αντίποδα καθόλου ικανοποιημένοι δηλώνουν το 6,7%.

Σχήμα 5. Αποκρίσεις στην Κλίμακα Ικανοποίησης από τη ζωή των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα (ερώτηση «Παρακαλώ δηλώστε πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ζωή σας:»).



Ευεξία – Κλίμακα CASP.12 & ποιότητα ζωής

Στην κλίμακα αξιολόγησης της ευεξίας και όπως χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα CASP.12 στην παρούσα εργασία (πίνακας 3), διαπιστώνεται επίσης ότι οι αποκρίσεις των ηλικιωμένων διαφοροποιούνται σημαντικά. Μεταξύ άλλων, σημαντικά υψηλότερο ποσοστό ή 44,7% αναφέρει ότι η ηλικία αποτελεί συχνά αποτρεπτικό παράγοντα σε δραστηριότητες που επιθυμούν (ερώτηση 1) ενώ το ίδιο ποσοστό ή 44,7% αναφέρει ότι συχνά «μπορεί να κάνει τα πράγματα που θέλει» (ερώτηση 4). Το 80,0% επίσης αναφέρει ότι συχνά ή μερικές φορές «η έλλειψη χρημάτων με εμποδίζει να κάνω τα πράγματα που θέλω» (ερώτηση 6) αλλά το 60,7% συχνά ή μερικές φορές «αισθάνεται ότι το μέλλον διαφαίνεται καλό» (ερώτηση 12).

Πίνακας 3. Κατανομή αποκρίσεων στις ερωτήσεις της Κλίμακας CASP.12 που αφορά την ευεξία – ποιότητα ζωής των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα.

	Συχνά	Μερικές Φορές	Σπάνι α	Ποτέ
<i>Ερωτήσεις</i>	%			
<i>1. Η ηλικία μου με αποτρέπει από το να κάνω πράγματα που θα ήθελα</i>	44,7	26,7	18,7	10,0
<i>2. Αισθάνομαι πως ότι μου συμβαίνει δεν το ελέγχω καθόλου</i>	43,3	34,7	16,7	5,3
<i>3. Αισθάνομαι ότι μένω έξω από τα πράγματα</i>	40,0	32,7	20,7	6,7
<i>4. Μπορώ να κάνω τα πράγματα που θέλω να κάνω</i>	44,7	35,3	13,3	6,7
<i>5. Οι οικογενειακές μου υποχρεώσεις με αποτρέπουν από το να κάνω ότι θέλω να κάνω</i>	15,3	47,3	30,0	7,3
<i>6. Η έλλειψη χρημάτων με εμποδίζει να κάνω τα πράγματα που θέλω</i>	19,3	60,7	15,3	4,7
<i>7. Περιμένω ανυπόμονα την επόμενη μέρα</i>	13,3	56,7	25,3	4,7
<i>8. Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα</i>	15,3	48,0	30,7	6,0
<i>9. Γενικά, κοιτάζω πίσω τη ζωή μου με μια αίσθηση ευτυχίας</i>	24,7	40,0	30,7	4,7
<i>10. Αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια αυτές τις μέρες</i>	15,3	44,7	28,7	11,3
<i>11. Αισθάνομαι ότι η ζωή είναι γεμάτη ευκαιρίες</i>	13,3	42,0	32,0	12,7
<i>12. Αισθάνομαι ότι το μέλλον διαφαίνεται καλό για μένα</i>	18,0	42,7	24,7	14,7

Έλεγχοι χ^2 – σε όλες τις ερωτήσεις βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση αποκρίσεων ($p < 0,001$)

Κοινωνικά Δίκτυα, Ικανοποίηση από τη Ζωή & Ευεξία

Στον **πίνακα 4** παρουσιάζονται τα επίπεδα των Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από τη ζωή και της CASP.12 των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα. Οι μέσες τιμές τους προέκυψαν 7,8, 3,21 και 29,5 αντίστοιχα ενώ υψηλότερη βαθμολογία εκφράζει υψηλού βαθμού δικτύωση, μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη ζωή και υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής ή ευεξίας. Σύμφωνα με τα όρια που τέθηκαν σε προηγούμενη μεγάλη κλίμακας έρευνα, με υψηλά επίπεδα ευεξίας βρέθηκε το 8,7% των ηλικιωμένων της παρούσας εργασίας.

Πίνακας 4. Επίπεδα Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από τη ζωή και CASP.12 των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα.

<i>Κλίμακα</i>	Εύρος κλίμακας	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ασυμμετρία
Κοινωνικών Δικτύων ^α	2 έως 14	7,8	2,5	8,0	0,105
Ικανοποίησης από τη ζωή ^β	1 έως 5	3,21	1,03	3,00	-0,350
CASP.12 ^γ	16 έως 45	29,5	5,9	29,0	0,217
<i>βαθμολογία 39+</i>			v=13 ή 8,7%		

^α Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλού βαθμού δικτύωση.

^β Διαβαθμισμένη κλίμακα: 1=Καθόλου ικανοποιημένος/η έως 5=Απόλυτα ικανοποιημένος/η.

^γ Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας.

5.2 Έλεγχος Ερευνητικών Ερωτημάτων

Ερώτημα 1^ο: Παράγοντες που επηρεάζουν την ευεξία;

Η αναζήτηση παραγόντων που σχετίζονται με την ευεξία των ηλικιωμένων αποτέλεσε πρωταρχικό στοιχείο της παρούσας πτυχιακής ερευνητικής εργασίας. Στον **πίνακα 5** παρουσιάζονται οι μονομεταβλητές συσχετίσεις της κλίμακας CASP.12 με τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Υψηλότερα επίπεδα λοιπόν κλίμακας CASP.12 ή ευεξίας σχετίζονται σημαντικά με μικρότερες ηλικίες ηλικιωμένων ($r_{ho}=-0,476$, $p<0,001$), με υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης ($r_{ho}=0,263$, $p=0,001$) ή εισοδήματος ($r_{ho}=0,202$, $p=0,013$), με υψηλότερη οικονομική ικανοποίηση ($r_{ho}=0,226$, $p=0,005$), με την καλύτερη κατάσταση υγείας ($r_{ho}=-0,313$, $p<0,001$) ή την έλλειψη νοσηρότητας ($r_{ho}=0,196$, $p=0,016$).

Δεν σχετίζεται ωστόσο σημαντικά με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση ή τον αριθμό τέκνων.

Πίνακας 5. Συσχέτιση χαρακτηριστικών και κατάστασης υγείας των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα με τα επίπεδα της κλίμακας Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12.

	CASP.12^a	
	rho-Spearman	p-value
Φύλο (1:άνδρας, 2:γυναίκα)	0,073	0,372
Ηλικία (χρόνια)	-0,476	<0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης (1:χωρίς, 2: δεν έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό, 3:γυμνάσιο, 4:λύκειο, σχολή, 5: Ανώτατες σπουδές)	0,263	0,001
Οικογενειακή κατάσταση (1:διαζευγμένος/η, χήρος/α, άλλο, 2: Παντρεμένος/η)	0,139	0,090
Τέκνα (αριθμός)	0,133	0,104
Σε σύνταξη (1:ναι, 2:όχι)	-0,031	0,704
Μηνιαίο εισόδημα (1:<400 ευρώ, 2:400-850, 3:850+)	0,202	0,013
Ικανοποίηση από την οικονομική τους κατάσταση (1:καθόλου έως 5:απόλυτα)	0,226	0,005
Κατάσταση υγείας (1:άριστη έως 5:πολύ κακή)	-0,313	<0,001
Νοσηρότητα (1:ναι, 2:όχι)	0,196	0,016
Λήψη φαρμακευτικής αγωγής (1:ναι, 2:όχι)	0,078	0,341

^a Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας.

Ερώτημα 2^ο: Η χαμηλή κοινωνική δικτύωση σχετίζεται με χαμηλότερη βαθμολογία στην ευεξία των ηλικιωμένων;

Επίσης, χαμηλά επίπεδα κλίμακας CASP.12 ή ευεξίας σχετίζονται σημαντικά με χαμηλή κοινωνική δικτύωση στους ηλικιωμένους ($\rho=0,484$, $p<0,001$) αλλά και με χαμηλή ικανοποίηση από τη ζωή ($\rho=0,506$, $p<0,001$) (**πίνακας 6**).

Πίνακας 6. Συσχέτιση Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων και Ικανοποίησης από ζωή των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα με τα επίπεδα της κλίμακας Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12.

	CASP.12 ^α	
	rho-Spearman	p-value
Κλίμακα Κοινωνικών δικτύων (βαθμολογία) ^β	0,484	<0,001
Ικανοποίηση από τη ζωή (1:καθόλου έως 5:απόλυτα)	0,506	<0,001

^α Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας.

^β Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλού βαθμού δικτύωση.

Ερώτημα 3^ο: Υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ χαμηλής κοινωνικής δικτύωσης και ευεξίας;

Από το **πίνακα 6** και τη σύγκριση των επιπέδων Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από ζωή και CASP.12 των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα ως προς το φύλο τους, προκύπτει μη σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών στις σχετικές κλίμακες ($p>0.05$). Αριθμητικά ωστόσο οι γυναίκες διαφαίνεται να έχουν υψηλότερα επίπεδα ευεξίας αλλά μικρότερη συχνότητα με αυξημένη ευεξία έναντι των ανδρών (4,9% έναντι 10,1%, $p=0,516$).

Πίνακας 6. Επίπεδα Κλίμακων Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από ζωή και CASP.12 των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα ως προς το φύλο τους.

<i>Κλίμακα</i>	Άνδρες, $n=109$	Γυναίκες, $n=41$	p-value
	Μέση τιμή±Τυπική Απόκλιση		
Κοινωνικών Δικτύων ^α	7,57±2,58	8,24±2,14	0,138
Ικανοποίησης από τη ζωή ^β	3,17±1,05	3,29±0,96	0,530
CASP.12 ^γ	29,26±6,25	29,95±4,92	0,523
<i>βαθμολογία 39+</i>	$n=11$ ή 10,1%	$n=2$ ή 4,9%	0,516

^α Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλού βαθμού δικτύωση.

^β Διαβαθμισμένη κλίμακα: 1=Καθόλου ικανοποιημένος/η έως 5=Απόλυτα ικανοποιημένος/η.

^γ Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας.

Έλεγχοι Student t & χ^2

Ερώτημα 4^ο: Το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ευεξία από ότι τα κοινωνικά δίκτυα;

Τα επίπεδα κλίμακας CASP.12 ή ευεξίας φαίνεται να σχετίζονται θετικά τόσο με την υψηλότερη εκπαίδευση των ηλικιωμένων ($r_{ho}=0,263$, $p=0,001$) όσο και με το αυξημένο μηνιαίο εισόδημα τους ($r_{ho}=0,202$, $p=0,013$) (πίνακας 7). Ωστόσο, όπως έδειξε και ο πίνακας 6, θετική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ ευεξίας και Κοινωνικών Δικτύων στους ηλικιωμένους ($r_{ho}=0,484$, $p<0,001$) και μάλιστα σε υψηλότερο βαθμό από ότι το μορφωτικό επίπεδο και το δηλωθέν μηνιαίο εισόδημα των ηλικιωμένων.

Πίνακας 7. Συσχέτιση χαρακτηριστικών και κοινωνικής δικτύωσης των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα με τα επίπεδα της κλίμακας Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12.

	CASP.12 ^α	
	rho-Spearman	p-value
Επίπεδο εκπαίδευσης (1:χωρίς, 2: δεν έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό, 3:γυμνάσιο, 4:λύκειο, σχολή, 5: Ανώτατες σπουδές)	0,263	0,001
Μηνιαίο εισόδημα (1:<400 ευρώ, 2:400-850, 3:850+)	0,202	0,013
Κλίμακα Κοινωνικών δικτύων (βαθμολογία) ^β	0,484	<0,001

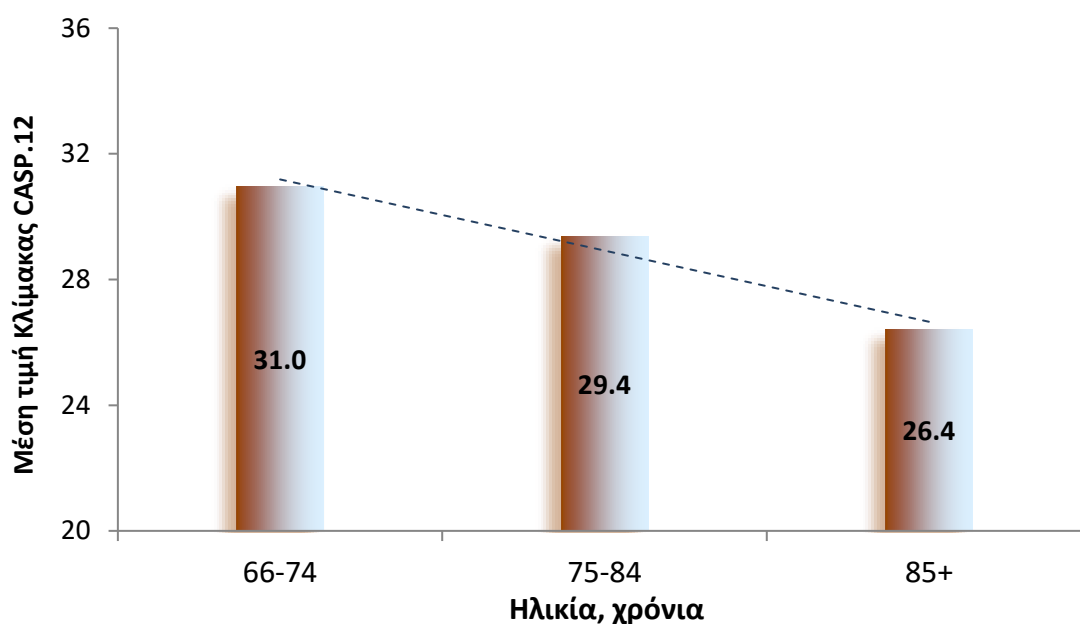
^α Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας.

^β Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλού βαθμού δικτύωση.

Ερώτημα 5^ο: Η ευεξία των ηλικιωμένων επηρεάζεται από την αύξηση της ηλικίας;

Τα επίπεδα κλίμακας CASP.12 ή ευεξίας φαίνεται όπως αναφέρθηκε αρχικώς και στον πίνακα 5, να σχετίζονται αρνητικά με την ηλικία των συμμετεχόντων στην έρευνα. Στο **σχήμα 6** παρουσιάζονται τα μέσα επίπεδα της κλίμακας ευεξίας σε τρεις ομάδες ηλικιών, διορθωμένα ως προς τα βασικά χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων ή τους παράγοντες που βρέθηκαν να συνεπιδρούν στην διαμόρφωσή τους. Εκτιμήθηκε λοιπόν σημαντική μεταβολή ή μείωση των μέσων τιμών της κλίμακας ευεξίας με την αύξηση της ηλικίας από τα 66-74 χρόνια στα 85+ (31,0 σε 26,4, p-trend=0,001).

Σχήμα 6. Μεταβολή της κλίμακας CASP.12 ως προς την ηλικία των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα.



ANCOVA (συμμεταβλητές ελέγχου: φύλο, εκπαίδευση, εισόδημα και κατάσταση υγείας): p-trend=0,001

5.3 Συνολική αποτίμηση των παραγόντων επίδρασης στην Ευεξία

Τέλος, στον **πίνακα 8** αποτυπώνεται η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των χαρακτηριστικών, της κατάστασης υγείας και των Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων & Ικανοποίησης από ζωή των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα με τα επίπεδα της κλίμακας Ποιότητας Ζωής CASP.12 ή ευεξίας. Στην προσπάθεια αυτή συνεκτιμώνται από κοινού όλοι οι πιθανοί παράγοντες επίδρασης. Τα υψηλά επίπεδα ευεξίας βρέθηκαν να σχετίζονται με τις νεότερες ηλικίες των συμμετεχόντων ($\beta=-0,256$, $p<0,001$), με τη συζυγική/συντροφική τους κατάσταση ($\beta=1,651$, $p=0,034$), με την καλύτερη κατάσταση της υγείας τους ($\beta=-1,147$, $p=0,012$), την αυξημένη κλίμακα κοινωνικών δικτύων ($\beta=0,650$, $p=0,001$) ή την ικανοποίηση από τη ζωή ($\beta=1,814$, $p<0,001$). Βρέθηκε ακόμη να σχετίζεται αρνητικά με τον αριθμό των τέκνων που έχουν οι ηλικιωμένοι ($\beta=-0,888$, $p=0,014$)

Πίνακας 8. Ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης των χαρακτηριστικών, της κατάστασης υγείας και των Κλιμάκων Κοινωνικών δικτύων & Ικανοποίησης από ζωή των 150 συμμετεχόντων ηλικιωμένων στην έρευνα με τα επίπεδα της κλίμακας Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας CASP.12.

	CASP.12 ^α		
	συντελεστές β	t	p-value
Φύλο (1:άνδρας, 2:γυναίκα)	-0,185	-0,21	0,837
Ηλικία (χρόνια)	-0,256	-3,93	<0,001
Επίπεδο εκπαίδευσης (1:χωρίς, 2: δεν έχει αποφοιτήσει από το Δημοτικό, 3:γυμνάσιο, 4:λύκειο, σχολή, 5: Ανώτατες σπουδές)	0,639	1,80	0,074
Οικογενειακή κατάσταση (1:διαζευγμένος/η, χήρος/α, άλλο, 2: Παντρεμένος/η)	1,651	2,15	0,034
Τέκνα (αριθμός)	-0,888	-2,49	0,014
Μηνιαίο εισόδημα (1:<400 ευρώ, 2:400-850, 3:850+)	-0,561	-0,76	0,449
Κατάσταση υγείας (1:άριστη έως 5:πολύ κακή)	-1,147	-2,54	0,012
Νοσηρότητα (1:ναι, 2:όχι)	-0,674	-0,74	0,463
Κλίμακα Κοινωνικών δικτύων (βαθμολογία) ^β	0,650	3,44	0,001
Ικανοποίηση από τη ζωή (1:καθόλου έως 5:απόλυτα)	1,814	4,05	<0,001
<i>R</i> ²	0,481		
<i>R</i> ² <i>adjusted</i>	0,444		

^α Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλά επίπεδα Ποιότητας Ζωής ή ευεξίας.

^β Υψηλή βαθμολογία καθορίζει υψηλού βαθμού δικτύωση.

6ο ΚΕΦΑΛΑΙΟ : Συμπεράσματα & Συζήτηση

6.1 Συμπεράσματα

Βασικό σκοπό της έρευνας της πτυχιακής μας εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα κοινωνικά δίκτυα και την ευεξία σε άτομα άνω των 65 ετών που ζουν σε δομές ημερήσιας φροντίδας στο δήμο Ηρακλείου Κρήτης. Σύμφωνα με το σκοπό, διατυπώθηκαν ερευνητικά ερωτήματα όπου μέσω της ανάλυσης που παρουσιάστηκε στο προηγούμενο Κεφάλαιο, δίνουν τεκμηριωμένες και ασφαλείς απαντήσεις. Συγκεκριμένα:

Ερώτημα 1^ο: *Παράγοντες που επηρεάζουν την ευεξία;*

Οι κύριοι παράγοντες από τα χαρακτηριστικά των ηλικιωμένων που επηρεάζουν ή αλλιώς σχετίζονται σημαντικά με υψηλά επίπεδα Ευεξίας, είναι η μικρότερη ηλικία των συμμετεχόντων, το υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο, το αυξημένο εισόδημα, η υψηλότερη οικονομική ικανοποίηση, η καλύτερη κατάσταση υγείας ή η έλλειψη νοσηρότητας.

Ερώτημα 2^ο: *Η χαμηλή κοινωνική δικτύωση σχετίζεται με χαμηλότερη βαθμολογία στην ευεξία των ηλικιωμένων;*

Τα χαμηλά επίπεδα κλίμακας CASP.12 ή Ευεξίας βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με τη χαμηλή Κοινωνική Δικτύωση ή γενικά την έλλειψή της στους ηλικιωμένους συμμετέχοντες στην έρευνα.

Ερώτημα 3^ο: *Υπάρχει διαφοροποίηση ανάμεσα στα δυο φύλα όσον αφορά τη συσχέτιση μεταξύ χαμηλής κοινωνικής δικτύωσης και ευεξίας;*

Δεν βρέθηκε σημαντική διαφοροποίηση μεταξύ ανδρών και γυναικών στις κλίμακες Κοινωνικών δικτύων, Ικανοποίησης από ζωή και CASP.12-Ευεξίας ($p>0,05$).

Ερώτημα 4^ο: *Το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο των ηλικιωμένων επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό την ευεξία από ότι τα κοινωνικά δίκτυα;*

Τα υψηλότερα επίπεδα κλίμακας CASP.12 ή Ευεξίας βρέθηκαν να σχετίζονται σημαντικά με την υψηλότερη εκπαίδευση ($\rho=0,263$, $p=0,001$) και με το αυξημένο μηνιαίο εισόδημα ($\rho=0,202$, $p=0,013$). Όμως βρέθηκαν να σχετίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό με τα υψηλά επίπεδα της κλίμακας Κοινωνικών Δικτύων ($\rho=0,484$, $p<0,001$).

Ερώτημα 5^ο: *Η ευεξία των ηλικιωμένων επηρεάζεται από την αύξηση της ηλικίας;*

Τα επίπεδα της κλίμακας CASP.12 ή Ευεξίας σχετίζονται αρνητικά με την αύξηση της ηλικίας των συμμετεχόντων στην έρευνα καθώς βρέθηκε σημαντική μεταβολή ή μείωση των μέσων τιμών της κλίμακας με την αύξηση της ηλικίας από τα 66-74 χρόνια στα 85+ (31,0 σε 26,4, $p\text{-trend}=0,001$).

Επίσης, αυτό που ωστόσο ανέδειξε ως αντίθετο αποτέλεσμα, αφορούσε τη αντίστροφη σχέση της Ευεξίας με τον αριθμό των παιδιών. Ίσως αποτελεί ένα τυχαίο εύρημα όμως μπορεί να απαιτούσε εμβάθυνση στην διερεύνηση των οικογενειακών δεσμών των συμμετεχόντων. Κρίνεται απαραίτητο λοιπόν να λαμβάνεται υπόψη σε μελλοντικές εργασίες .

6.2 Συνολική αποτίμηση για την Ευεξία

Από τη συνολική διερεύνηση των πιθανών παραγόντων που σχετίζονται ή επηρεάζουν την Ευεξία των ηλικιωμένων, επιβεβαιώθηκε ότι παράγοντες επίδρασης, αύξησης ή μείωσής της, αποτελούν η ηλικία, η συζυγική/συντροφική τους κατάσταση, η καλύτερη κατάσταση της υγείας τους, τα Κοινωνικά Δίκτυα ή η ικανοποίηση από τη ζωή. Ένας επιπλέον ωστόσο παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά είναι ο αριθμός των παιδιών που έχουν οι ηλικιωμένοι ($\beta=-0,888$, $p=0,014$). Η ένδειξη αυτή αποτελεί στοιχείο αντίθετο με τις ενδείξεις της βιβλιογραφίας καθώς η Ευεξία είναι άμεσα συνδεδεμένη με τους οικογενειακούς δεσμούς, την επαφή και την εγγύτητα (proximity) με τα παιδιά.

6.3 Συζήτηση

Η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στα Κοινωνικά Δίκτυα και την Ευεξία σε άτομα 65+ ετών που ζουν σε δομές ημερήσιας φροντίδας στο δήμο Ηρακλείου Κρήτης, κατέδειξε από την παρούσα έρευνα μια ποικιλία παραγόντων που συνεπιδρούν μαζί με τα Κοινωνικά Δίκτυα στη διαμόρφωση της ποιότητας ζωής τους. Είναι σαφές πως η αύξηση της ηλικίας ή απλά η γήρανση δεν καθιστά δυνατή τη συμμετοχή σε Κοινωνικά Δίκτυα και στην αύξηση του Κοινωνικού Κεφαλαίου των ηλικιωμένων λόγω αντικειμενικών δυσκολιών, ενώ ήδη έχει αναφερθεί ότι αποτελεί βασικό συστατικό της υγιούς γήρανσης (Βιδάλη & Μπιτσώρη, 2018; Κριτσωτάκης και συν, 2009; Portela et al, 2013).

Σε πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, φαίνεται να υπάρχει έλλειψη της διερεύνησης της σημασίας που έχουν τα κοινωνικά δίκτυα στην Ποιότητα Ζωής ατόμων μεγαλύτερης ηλικίας (Gouveia et al, 2016). Ωστόσο, ξεκινώντας τη βραχεία ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για ανάλογα αποτελέσματα, διαπιστώνεται πως όποια μορφή και να έχει δοθεί στον όρο Κοινωνικά Δίκτυα, αυτά σχετίζονται με την Ευεξία, επιδρούν θετικά και πολλές φορές φαίνεται βελτιώνουν την ποιότητα ζωής διαφορετικών πληθυσμών ή ομάδων πληθυσμών. Από τη μελέτη SHARE και το 4ο κύμα της (2010-2012) σε περίπου 55.000 Ευρωπαίους πολίτες 50+ ετών από 16 χώρες, οι Becker και συνεργάτες (Becker et al, 2019) έκαναν προσπάθεια να καταδείξουν τα στοιχεία που καθορίζουν τη σχέση της αντικειμενικής ευεξίας με την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων. Παράλληλα θέλησαν να αναδείξουν συγκεκριμένους παράγοντες που δρουν στη σχέση αυτή όπως είναι η οικογενειακή κατάσταση ή ο γάμος, η πατρότητα/μητρότητα καθώς και τα κοινωνικά δίκτυα. Ελήφθησαν γενικά παράμετροι αξιολόγησης όπως η ποιότητα ζωής μέσω του CASP.12, η Ικανοποίηση από τη ζωή σε κλίμακα από 1 έως 10 και τα κοινωνικά δίκτυα, πόσο ικανοποιημένοι είναι δηλαδή από την υπάρχουσα δικτύωσή τους με συγκεκριμένα πρόσωπα/άτομα και πόσο εύκολα μπορούν να συζητήσουν, να βρεθούν κλπ.

Σε γενικά πλαίσια λοιπόν και σε σχέση με την παρούσα εργασία που έδειξε σημαντική θετική συσχέτιση, οι Becker και συνεργάτες διαπίστωσαν θετικές συσχετίσεις για όλους τους δικτυακούς τύπους με την ευεξία, πέρα από κάθε άμεση συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης. Επίσης, τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι τα μη οικιακά παιδιά, εκείνα δηλαδή που διέμεναν εκτός οικίας, είναι σημαντικοί παροχείς κοινωνικής υποστήριξης στους γονείς τους όταν εκείνοι βρίσκονται σε μεγαλύτερη ηλικία. Κατά συνέπεια εκτιμάται ότι η ευεξία και εν γένει η ποιότητα ζωής των Ευρωπαίων 50+ ετών δύναται να καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τα κοινωνικά δίκτυα και κυρίως από τις σχέσεις με τα παιδιά. Και όπως τονίστηκε στην προηγούμενη ενότητα, στην παρούσα εργασία η σχέση της Ευεξίας με την πατρότητα/μητρότητα είναι αντίστροφη, στοιχείο που χρίζει πιθανής αιτιολόγησης.

Στο σημείο όμως αυτό, και πάλι από τη μελέτη SHARE αλλά το 1^ο κύμα της, οι Vozikaki et al (2018) φαίνεται να μελέτησαν τη σχέση της κοινωνικής απομόνωσης με την ευεξία. Το 2004-05 σε περίπου 5000 Ευρωπαίους πολίτες 65+ ετών από 11 χώρες, θέλησαν να εντοπίσουν τη σχέση μεταξύ κοινωνικής απομόνωσης και ευεξίας.

Σημειώνεται ότι στον καθορισμό της ευεξίας, αξιολογήθηκαν έξι δείκτες όπου μεταξύ άλλων συμπεριλαμβανόταν η ικανοποίηση από τη ζωή και η ποιότητα ζωής, δείκτες που αφορούσαν όπως και στην παρούσα εργασία τις κλίμακες Ικανοποίησης και CASP-12. Τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι σημαντικά υψηλότερος δείκτης ευεξίας καθορίζεται όταν λαμβάνει χώρα υψηλότερη συχνότητα επαφών με τα παιδιά ή περισσότερη εμπλοκή των ηλικιωμένων σε κοινωνικές/παραγωγικές δραστηριότητες. Το παράδοξο επίσης που ανέδειξαν αφορά τις Νότιες χώρες της Ευρώπης, καθώς οι ηλικιωμένοι τους δείχνουν περισσότερο απομονωμένοι και με λιγότερη ευεξία. Σημειώνουν λοιπόν ότι η κοινωνική απομόνωση των ηλικιωμένων ενέχει αντίθετη επίδραση στην ευεξία επηρεάζοντας τη ζωή των ηλικιωμένων, την σωματική και ψυχική τους υγεία.

Η μελέτη αυτή λοιπόν εκτός από τον πολυσύνθετο χαρακτήρα της Ευεξίας πιθανόν έθεσε τα θεμέλια της αναζήτησης και μεταβολής παραγόντων που επιδρούν στις Νότιες χώρες της Ευρώπης, τις εν γένει Μεσογειακές! Τι είναι αυτό δηλαδή που καθορίζει στους ηλικιωμένους ορισμένων γεωγραφικών χωρών με εν δυνάμει άριστο κλίμα, ηλιοφάνεια και θετικούς υποδοχείς στην ποιότητα ζωής, να έχουν χαμηλότερα επίπεδα Ευεξίας. Και φυσικά ο ρόλος της οικονομικής ευημερίας δεν είναι αμελητέος καθώς οι Αμερικάνοι για το έτος 2018 μέσω του BUREAU OF CONSUMER



FINANCIAL PROTECTION αναφέρουν ότι οι γηραιότεροι έχουν υψηλότερο μέσο επίπεδο οικονομικής ευεξίας (financial well-being score) σε σχέση με τους νεότερους τους (Office of Financial Protection for Older Americans, 2018), στοιχείο που στην περίπτωση της Ευρώπης και των ανισοτήτων της πρέπει να λαμβάνεται υπόψη (Ngamaba et al, 2018).

Σημειώνεται τέλος στο σημείο αυτό ότι η παρούσα μελέτη έδειξε με υψηλό βαθμό ευεξίας (βαθμολογία CASP.12 39+) μόλις το 8,7% των ηλικιωμένων ενώ από την αντίστοιχη μελέτη των Vozikaki et al (2017) σε όλες τις χώρες της SHARE στο 5,7% με 9,5% στις Βόρειες και 5,2% στις Νότιες χώρες.

Όπως οι Vozikaki et al (2018), η Dawson-Townsend (2019) στην Ελβετική μελέτη νοικοκυριών, αναφέρθηκε αρχικά πως οι ηλικιωμένοι ενέχουν αυξημένο κίνδυνο δυσμενών επιπτώσεων στην υγεία τους που συνδέονται με την κοινωνική απομόνωση και τη μοναξιά. Καθώς, η κοινωνική συμμετοχή θεωρείται καθοριστικός τροποποιητικός παράγοντας για την υγεία και την ευημερία και έχει προταθεί ως μέσο για τη μείωση αυτού του κινδύνου, εξαιτίας της περιορισμένης γνώσης έγινε προσπάθεια να διερευνηθούν τα πρότυπα κοινωνικών δραστηριοτήτων μεταξύ ηλικιωμένων Ελβετών 60+ ετών από 4000 νοικοκυριά. Χρησιμοποιήθηκαν 2 κύματα της μελέτης Swiss Household Panel το 2013 και 2016 και βρέθηκε ότι η πλειοψηφία των θετικών συσχετίσεων μεταξύ της κοινωνικής συμμετοχής και της υγείας ή της ευεξίας είναι μικρή και μη σημαντική, γεγονός που είναι ενδεικτικό της αυτοεπιλογής που κάνουν οι ηλικιωμένοι σε διαφορετικά προφίλ κοινωνικής δραστηριότητας, οι μορφές δηλαδή που επιλέγουν να συμμετέχουν.

Υποστηρίζει ακόμη η Dawson-Townsend ότι ο ρόλος της αυτοεπιλογής στην κοινωνική συμμετοχή συνεπάγεται ότι ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων πρέπει να προσαρμόζεται στις ετερογενείς - διαφορετικές ανάγκες και προτιμήσεις που δείχνουν οι ηλικιωμένοι.

Άλλο στοιχείο άξιο αναφοράς αποτελεί η ποικιλία των τύπων που περιλαμβάνονται στα Κοινωνικά Δίκτυα.

Στην παρούσα μελέτη ενσωματώθηκαν μορφές δικτύων όπως είναι τα εν γένει κοινωνικά δίκτυα της σύγχρονης ηλεκτρονικής εποχής, οι φίλοι, η συμμετοχή σε πολιτικές και κοινωνικές οργανώσεις ή θρησκευτικές εκδηλώσεις. Στην Κορέα για παράδειγμα και στην μελέτη των Sohn et al (2017), εντοπίστηκαν μορφές κοινωνικών δικτύων που ήδη αναδείχθηκαν και στην παρούσα έρευνα όπως είναι η οικογενειακή/συζυγική κατάσταση, ο αριθμός των παιδιών, των συγγενών, των φίλων αλλά και η συχνότητα ακολουθίας θρησκευτικών εκδηλώσεων - τελετουργιών.

Εν τέλει, η ανάλυση τους ανέδειξε την θρησκευτική ακολουθία ως έναν ιδιαίτερο και ξεχωριστό παράγοντα που βελτιώνει την ψυχική υγεία των ηλικιωμένων ενώ προτείνουν τη συστηματική διερεύνηση του στους σχετικούς πληθυσμούς. Σε ανάλογα συμπεράσματα κατέληξαν και οι Hamren et al (2015) σε μελέτη τους σε 214 ενήλικες ηλικίας 55+ ετών στην Addis Ababa (Ethiopia) όπου κατέδειξαν την θρησκευτικότητα/πνευματικότητα ως σημαντικό παράγοντα στην ποιότητα ζωής – ευεξία όπως επίσης και οι Lim & Putnam (2010) για την ικανοποίηση από τη ζωή.

Η ηλικία επίσης φαίνεται να αποτελεί τον βασικό δεσμό μεταξύ Ευεξίας και Κοινωνικών Δικτύων. Πάλι από την πολυκεντρική μελέτη SHARE οι Litwin & Stoeckel (2013), προσπάθησαν μέσω του 2^{ου} κύματος σε 14728 Ευρωπαίους 60+ ετών



να προσδιορίσουν το ρόλο της ηλικίας μεταξύ του μοντέλου Ευεξία & Κοινωνικά Δίκτυα. Μάλιστα χρησιμοποιήθηκαν τόσο το CASP.12 όσο και η Κλίμακα Ικανοποίησης από τη ζωή ενώ στα δίκτυα αξιοποιήθηκαν δεδομένα που αφορούσαν 3 διαστάσεις: την οικογενειακή δομή και

αλληλεπίδραση, τις κοινωνικές συναναστροφές και συμμετοχές. Έδειξαν λοιπόν ότι οι νεότεροι σε ηλικία είχαν και περισσότερες συσχετίσεις μεταξύ Ευεξίας και Κοινωνικών Δικτύων έναντι των γηραιότερων ενώ το εύρημα αυτό αποτελεί ένδειξη των διαφορών που μπορεί να προκύψουν μεταξύ των ηλικιωμένων της 3^{ης} και εκείνων που πλησιάζουν την 4^η ηλικία.

6.4 Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργιών

Το βασικό ερώτημα που τίθεται λοιπόν, πέρα από κάθε διερεύνηση αφορά τον ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες υγείας και ιδιαίτερα οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στην ενίσχυση της Ευεξίας και της Ποιότητας Ζωής των ηλικιωμένων. Εφόσον όμως τα Κοινωνικά Δίκτυα έχουν θετική επίδραση οι Κοινωνικοί Λειτουργοί δεν έχουν παρά να ενισχύσουν τη σχέση αυτή, να ενθαρρύνουν τους ηλικιωμένους στη συμμετοχή και ιδιαίτερα μέσα από τις οργανωμένες δομές ή μορφές φροντίδας και φυσικά να εξοικειωθούν και να εκπαιδευτούν στη σύγχρονη τεχνολογία ώστε να αποκτήσουν ενδιαφέροντα και επικοινωνία με απομακρυσμένα πρόσωπα, συγγενείς, φίλους ή παιδιά θεωρώντας την κατάρτιση τους ως ανάγκη (Αλεξανδράκης & Αλεξανδράκης, 2018; Πατσή, 2013).



6.5 Μειονεκτήματα & Προτάσεις

Η παρούσα μελέτη έχει κάποια μειονεκτήματα που βασίζονται στο σχεδιασμό της. Αρχικά, ο σχεδιασμός της ως συγχρονική, δημιουργεί αδυναμία στην αιτιολογική ερμηνεία των συσχετίσεων. Γι' αυτό τον λόγο, ο σχεδιασμός μιας προοπτικής μελέτης, αναλύοντας τη συσχέτιση των κοινωνικών δικτύων με την ευεξία των ηλικιωμένων θα βοηθούσε στην περαιτέρω εξέταση της σχέσης μεταξύ των κοινωνικών δικτύων και της ευεξίας, παρέχοντας έτσι αποτελέσματα με αιτιολογικές συσχετίσεις.

Μεθοδολογικά, επικεντρώνεται σε μια μορφή ή δομή φροντίδας αστικού τύπου αποκλειστικά στην πόλη του Ηρακλείου και όχι στο σύνολο των ηλικιωμένων που ζουν στην Περιφέρεια Κρήτης αποκλείοντας ιδιαίτερα τις αγροτικές περιοχές. Ωστόσο, στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας και των δυνατοτήτων που έχουν οι συντελεστές της, η επέκταση σε μια μεγαλύτερης θα εμφάνιζε περιορισμούς, δυσκολίες και μεροληψία σχεδιασμού και εφαρμογής.

6.6 Σύνοψη

Η Ευεξία των ηλικιωμένων μειώνεται με την αύξηση της ηλικίας και βελτιώνεται με τη συζυγική/συντροφική τους κατάσταση, τη καλύτερη κατάσταση της υγείας τους, με τη συνολική ικανοποίηση από τη ζωή αλλά και τη συμμετοχή σε Κοινωνικά Δίκτυα. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν να ενισχύσουν τη σχέση αυτή ενθαρρύνοντας τους ηλικιωμένους στη συμμετοχή και δραστηριοποίηση τους.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – Ερωτηματολόγιο

Ερωτηματολόγιο

Α ΕΝΟΤΗΤΑ: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ-ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο
 -
 - Άνδρας
 - Γυναίκα

2. Ηλικία _____

3. Επίπεδο εκπαίδευσης
 - Αναλφάβητος
 - Δεν έχω αποφοιτήσει από το Δημοτικό
 - Γυμνάσιο
 - Λύκειο
 - Ανώτατες σπουδές

4. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;
 - Παντρεμένος/η
 - Διαζευγμένος/η
 - Χήρος/α
 - Άλλο

5. Αριθμός τέκνων: _____

6. Έχετε συνταξιοδοτηθεί;
 - Ναι

- Όχι

7. Επάγγελμα που ασκούσατε πριν συνταξιοδοτηθείτε:

- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Δημόσιος υπάλληλος
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Άλλο

8. Ποιο είναι το μηνιαίο σας επίδομα;

- Μικρότερο από 400 ευρώ
- 400-850 ευρώ
- Μεγαλύτερο από 850 ευρώ

9. Παρακαλώ δηλώστε πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την τρέχουσα οικονομική σας κατάσταση:

- Καθόλου ικανοποιημένος/η
- Ελάχιστα ικανοποιημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η
- Απόλυτα ικανοποιημένος/η

10. Παρακαλώ βαθμολογίστε την κατάσταση της υγείας σας:

- Άριστη
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

11. Πάσχετε από κάποια ασθένεια; Αν ναι από ποια/ ποιες;

- Ναι
- Όχι
- Πάσχω από _____

12. Λαμβάνετε κάποια φαρμακευτική αγωγή;

- Ναι
- Όχι

ΕΝΟΤΗΤΑ Β: ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΔΙΚΤΥΑ

13. Αριθμός ατόμων στα κοινωνικά δίκτυα:

- Κανένας
- Από 1 έως 5
- Από 5 έως 10
- Παραπάνω από 10

14. Αριθμός φίλων στα κοινωνικά δίκτυα:

- Κανένας
- Από 1 έως 5
- Από 5 έως 10
- Παραπάνω από 10

15. Συμμετέχετε σε κάποια κοινωνική οργάνωση;

- Ναι
- Όχι

16. Συμμετέχετε σε κάποια φιλανθρωπική ή εθελοντική εργασία;

- Ναι
- Όχι

17. Συμμετέχετε σε κάποια πολιτική οργάνωση;

- Ναι
- Όχι

18. Πόσο συχνά συμμετέχετε σε κάποια θρησκευτική εκδήλωση (εκκλησία, τζαμί κ.λ.π) :

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

19. Γενικά πόσο ικανοποιημένοι είστε με τις φιλίες και τις σχέσεις σας με τους άλλους;

- Καθόλου
- Ελάχιστα
- Μέτρια
- Πολύ
- Απόλυτα

20. Πόσο συχνά επικοινωνείτε ή έρχεστε σε επαφή με τους συγγενείς και τους φίλους σας;

- Ποτέ
- Σπάνια
- Μερικές φορές
- Συχνά
- Πολύ συχνά

21. Πόσο σημαντικό είναι για εσάς να παρέχετε βοήθεια στην οικογένεια , στους φίλους ή στους γείτονες σας;

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ
- Πάρα πολύ

22. Έχετε την ανάγκη από κάποιο άτομο να σας βοηθάει στην καθημερινή σας ζωή;

- Πολύ
- Αρκετά
- Λίγο
- Καθόλου

ΕΝΟΤΗΤΑ Γ: ΕΥΕΞΙΑ

23. Παρακαλώ δηλώστε πόσο ικανοποιημένος/η είστε από την ζωή σας:

- Καθόλου ικανοποιημένος/η
- Ελάχιστα ικανοποιημένος/η
- Μέτρια ικανοποιημένος/η
- Πολύ ικανοποιημένος/η
- Απόλυτα ικανοποιημένος/η

24. Εδώ είναι ένας κατάλογος δηλώσεων που οι άνθρωποι έχουν χρησιμοποιήσει για να περιγράψουν τις ζωές τους ή το πώς αισθάνονται. Θα θέλαμε να μάθουμε πόσο συχνά πιστεύετε ότι αυτό ισχύει για εσάς, εάν συμβαίνει καθόλου.

Συχνά Μερικές Σπάνια Ποτέ
Φορές

- Α) Η ηλικία μου με αποτρέπει από το να
Κάνω πράγματα που θα ήθελα
- Β) Αισθάνομαι πως ότι μου συμβαίνει δεν
Το ελέγχω καθόλου
- Γ) Αισθάνομαι ότι μένω έξω από τα πράγματα
- Δ) Μπορώ να κάνω τα πράγματα που θέλω
να κάνω
- Ε) Οι οικογενειακές μου υποχρεώσεις με
αποτρέπουν από το να κάνω ότι θέλω να
κάνω
- Ζ) Η έλλειψη χρημάτων με εμποδίζει να κάνω
Τα πράγματα που θέλω
- Η) Περιμένω ανυπόμονα την επόμενη μέρα
- Θ) Αισθάνομαι ότι η ζωή μου έχει νόημα
- Ι) Γενικά, κοιτάζω πίσω τη ζωή μου με μια
αίσθηση ευτυχίας
- Κ) Αισθάνομαι γεμάτος/η ενέργεια αυτές
τις μέρες
- Λ) Αισθάνομαι ότι η ζωή είναι γεμάτη ευκαιρίες
- Μ) Αισθάνομαι ότι το μέλλον διαφαίνεται
καλό για μένα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2 – Εγκρίσεις



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ

Ταχ. Δ/ση: Ανδρόγεω 2
Τ.Κ.: 71202
Πληροφορίες: Οικονομάκης Φανούρης
Τηλέφωνο: 2813409128
Fax 2813409265
E-mail: oikonomakis-f@heraklion.gr

Εκδ.2 αναθ.0 ημ/νία έγκρ. 1/2/2019 ΠΡΟ-ΠΣΠ 001

Ηράκλειο, 11/06/2019

Αρ. Πρωτ.: 55172

ΠΡΟΣ:

κ. Μικέλη Ειρήνη
Δ/ση : Μανσώλου 83Α
Ηράκλειο
email: mikeli@gmail.com

ΚΟΙΝ:

1. Τμήμα Κοινοτικής Φροντίδας -Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Αγίας Τριάδας της 1ης Δημοτικής Κοινότητας
2. Τμήμα Κοινοτικής Φροντίδας -Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Πόρου της 2ης Δημοτικής Κοινότητας
3. Τμήμα Κοινοτικής Φροντίδας -Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων Μασταμπά της 4ης Δημοτικής Κοινότητας

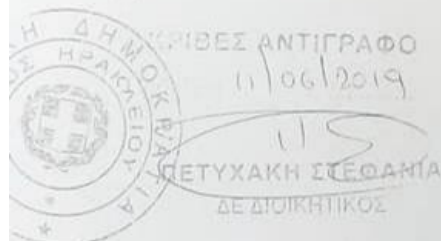
ΘΕΜΑ: Απάντηση αιτήματος

ΣΧΕΤ: Τη με υπ' αριθ. Πρωτ. 53953/05-06-2019 αίτησή σας.

Μετά την παραπάνω σχετική αίτηση σας, μπορείτε να επισκεφτείτε τα ΚΕΚΟΙΦ- ΑΠΗ του Δήμου μας, έπειτα από συνεννόηση με τους υπεύθυνους των τμημάτων στα πλαίσια της πτυχιακής σας εργασίας με θέμα "Η ευεξία και ο ρόλος των κοινωνικών δικτύων σε δείγμα ηλικιωμένων από 3 δομές Ανοιχτής Προστασίας του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης ."

Είμαστε στη διάθεση σας για οποιαδήποτε διευκρίνιση.

Σας επισυνάπτουμε πίνακα με τα στοιχεία των ΚΕΚΟΙΦ- ΑΠΗ του Δήμου μας που σας ενδιαφέρουν.



Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ

ΦΑΝΟΥΡΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΑΚΗΣ

Συνημμένα:

Πίνακας με στοιχεία των τριών Τμημάτων ΚΟΙΦ-ΑΠΗ του Δ. Ηρακλείου

Βιβλιογραφία

Ελληνική

1. Έμκε- Πουλοπούλου Η. (1999) *Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες: Παρελθόν-Παρόν & Μέλλον*. Αθήνα: Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
2. Κασσιμάτη Κ. (2007) «Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία». Αθήνα : Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής.
3. Κατσορίδου Παπαδοπούλου Χ. «Κοινωνική Εργασία με Ομάδες». Αθήνα : Εκδόσεις ΕΛΛΗΝ.
4. Κυριαζή Ν. (2011) «Η κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών». Αθήνα : Εκδόσεις Πεδίο.
5. Καλλινικάκη Θ. (2008) «Εισαγωγή στην θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας». Αθήνα : Ελληνικά Γράμματα.
6. Κωσταρίδου-Ευκλείδη Α.(2011) «Η διαδικασία της γήρανσης"
7. Λυμπεράκη Α. , Τήνιος Π. , Φιλαλήθης Τ. (2009) «Ζωή 50+». Αθήνα : Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ.
8. Μαλάμου Θ. (2015) «Κοινωνικοί προσδιοριστικοί παράγοντες της υγείας». ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2015 , S4 (3) : 231-240
9. Μιχελή, Α. (2019). «Εκτίμηση Λειτουργικής Ανικανότητας στους 50+ στην Ευρώπη. Ανίχνευση αιτιολογικών παραγόντων και η σημασία των κοινωνικών μεταβλητών ως παραγόντων κινδύνου». Πανεπιστήμιο Κρήτης Διδακτορική Διατριβή
10. Μουσούρου Λ. (2005) «Οικογένεια και Οικογενειακή Πολιτική». Αθήνα : Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής.
11. Μουσιάδης Γ. (2007) «Τρίτη ηλικία. Προβλήματα και αντιμετώπισή τους». Θεσσαλονίκη : ΑΦΟΙ Μυγδαλιά.
12. Τεπέρογλου, Α. (1989). Η ηλικιωμένη γυναίκα στην Ελλάδα: μια κοινωνιολογική προσέγγιση. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών.
13. Τσαούση Δ.Γ (2006) «Η κοινωνία του ανθρώπου». Αθήνα : Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής.
14. Δριβάκου Δ. *Ενεργός γήρανση και ποιότητα ζωής στην Τρίτη Ηλικία*. Δημοσιεύτηκε στις 22 Μαΐου 2015 από το <https://despinadrivakou.wordpress.com>

Ξένη

15. Adams Kathryn, Leibbrandt Sylvia & Moon Heelhyul. (2011) A critical review of the literature on social and leisure activity and well-being in later life. *Aging Society*, 31, 683-712.
16. American Journal of Sociology (1992). Phyllis Moen.
17. Ann Marie White, Stephane Philogene, Laurence Fine & Sarbajit Sinha «Social support and self-reported health status of older adults in the United States».
18. Axel Borsch-Supan and Morten Schuth «Early retirement , mental health and social networks».
19. Baker, L. A., Cahalin, L. P., Gerst, K., & Burr, J. A. (2005). Productive activities and subjective well-being among older adults: The influence of number of activities and time commitment. *Social Indicators Research* 73(3), 431–458.
20. Beattie, J.M. (1963) Elderly life: Its characteristics, needs and philosophy. Retrieved June 20th 1963, from <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1878273&blobtype=pdf>
21. Bromell L. & Cagney K. (2014) Companionship in the neighborhood context: Older adults living arrangements and perceptions of social cohesion. *Res Aging*, 36(2), 228-243
22. Carmen Borrat-Besson, Valerie-Anne Ryser and Judite Goncalves «An evolution of the CASP-12 scale used in the survey of health, ageing and retirement in Europe to measure quality of life among people aged».
23. Federko, N.S (2010). The Biology of Aging and Frailty. *Clinical Geriatric Medicine* 27 (1):27-37
24. Florian Tomini, M. Tomini & Wim Groot « Understanding the value of social networks in life satisfaction of elderly people: a comparative study of 16 European countries.
25. Goleman D.(2011) «Η συναισθηματική νοημοσύνη». Αθήνα: Εκδόσεις ΠΕΔΙΟ.
26. Lampinen, P., Heikkinen, R. L., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454–466.
27. Litwin Howard, PhD and Kimberly J. Stoeckel , PhD «Confidant network types and well-being among older European».
28. Litwin H.& Stoeckel K.J. (2012) Social networks and subjective well-being among older Europeans : does age make a difference? *Ageing & Society Cambridge University Press*, Vol.33, Issue 7, pg.1263-1281.
29. Mair C. «Family ties and health Cross-Nationally: the contextualizing role of familistic culture and public Pension spending in Europe».
30. Oliver Huxhold, Martina Miche & Benjamin Scuz (2014) «Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being

in middle-aged and older adults», *The Journal of Gerontology: Series B*, Volume 69, Issue 3, pages:366-375

31. Ory M., Hoffman M.K., Hawkins M., Sanner B. & Mockenhaupt R. (2003) Challenging aging stereotypes. Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol 25 (3Sii), p.164-171
32. Pavot William & Diener Ed (1993) Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment*, p.164.
33. Peel N. and Bartlett H. «Measuring quality of life in older people: reliability and validity of WHOQOL-OLD».
34. Perissinotto C., Stijacic Cenzer I. & Covinsky K. (2012) Loneliness in older persons predictor of functional decline and death. *INTERN MED*, Vol 172, No 14.
35. Sheung-Tak Cheng, Alfred CM Chan (2011), «Social exchanges and subjective well-being: Do sources of positive and negative exchanges matter?» , *The Journal of Gerontology, Series B*, Volume 66B, Issue 6, pages: 708-718
36. Shiovitz-Ezra & Leitsch Sara. (2010) The role of social relationships in predicting loneliness :The national social life, health and aging project. *Social Work Research*, Volume 34, Number 3.
37. Steptoe A., Shankar A., Demekakos P. & Wardle J. (2013) Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, Vol.110, No 15, p.5797-5801)
38. Stevernik N., Westerhof G.J., Bode C., Dittmann-Kohli F. (2001) The personal experience of Aging, individual resources, and subjective Well-being. *Journal of Gerontology*, Vol. 56B, P364-373.
39. Strawbridge W., Wallhagen M. & Cohen R. (2002) Successful Aging and Well-being : Self-rated compared with Rowe and Kahn. *The Gerontological Society of America*, Vol.42, No.6, 727-733.
40. Teater, B., Chonody, J (2017). Promoting actively aging: advancing a framework for social work practice with older adults. *Families in society: the journal of contemporary human services*98(2):137-145

41. The Irish association of Social workers(IASW). (2011) The role of Social Worker with older persons. *Special interest group of Ageing (SIGA)*
42. The Gerontological Society of America «Healthy ageing: Raising awareness of inequalities, determinants and what could be done to improve health equity»
43. Hughes M. (2007) «Κοινωνιολογία. Οι βασικές έννοιες». Αθήνα : Εκδόσεις ΚΡΙΤΙΚΗ.
44. Ory M., Hoffman M.K., Hawkins M., Sanner B., Mockenhaupt R. (2003) Challenging Aging Stereotypes. Strategies for creating a more active society. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(3Sii) : 164-171.
45. Perrotto C. (1999) «Fundamentals of Psychology, Applications for Life & Work» South – Western Educational Publishing.
46. Simone de Beauvoir (1980) «Τα γηρατειά». Αθήνα : Εκδοσεις Γλάρος.
47. Utz R., Carr D., Nesse R. & Worthman C.B. (2002) The effect of widowhood on older adults social participation :An evaluation of activity, disengagement and continuity theories. *The Gerontologist*, Vol,42, No 4, p.522-533.
48. WHO. *Active Ageing: A policy frame-work*. Retrieved April 2002 from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf;jsessionid=31A2B868E5ACED03C8FE1C54F3723432?sequence=1)
49. WHO(2015), *World report on ageing and health*. Geneva