



## **ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ**

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας & Πρόνοιας

**Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας**

**Πτυχιακή Εργασία:**

**ΣΧΕΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ  
ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ (60-80 ΧΡΟΝΩΝ) ΣΤΟ ΔΗΜΟ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**

Των

**ΚΑΡΑΚΩΝΤΗ ΜΥΡΣΙΝΗ  
ΕΥΘΥΜΙΑΦΡΑΓΚΟΥΣ  
ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ ΧΑΛΚΙΔΗΣ**

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του πτυχίου Κοινωνικής Εργασίας

ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2020

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Αρχικά ευχαριστούμε θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μας κύριο Γιώργο Μαρκάκη. Πρώτα για τη πρόθεσή του να αναλάβει την πτυχιακή μας εργασία και έπειτα για τη μεγάλη συμβολή του, προσφέροντας την απαραίτητη καθοδήγηση και βοήθεια όποτε εμείς τη χρειαζόμασταν, σε όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Θέλουμε επίσης να επισημάνουμε το καταλυτικό ρόλο που έπαιξε η κυρία Χρυσούλα Κατσάπη, δίνοντάς μας πολύτιμες οδηγίες και κάνοντας διορθώσεις στο θεωρητικό μέρος της πτυχιακής μας εργασίας. Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειές μας, καθώς μας υποστήριζαν με όλους τους δυνατούς τρόπους, όχι μόνο κατά την υλοποίηση της παρούσας εργασίας, αλλά καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.*

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ .....	6
1.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας .....	6
1.2 Χαρακτηριστικά γήρατος .....	8
1.3 Υγεία .....	9
1.4 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	10
1.4.1 Σωματικά προβλήματα: .....	11
1.4.2 Προβλήματα μνήμης και άνοια .....	15
1.5 Σύνταξη .....	20
1.6 Ανάγκες των ηλικιωμένων .....	21
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ.....	24
2.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης .....	24
2.2 Η οικονομική κρίση.....	24
2.3 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα.....	26
2.4 Κρίση και τρίτη ηλικία.....	27
2.5 Ανεργία και τρίτη ηλικία .....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	31
3.1 Ορισμός και διαστάσεις ποιότητας ζωής.....	31
3.2 Ποιότητα ζωής κατά το γήρας.....	32
3.3 Ποιότητα ζωής και υγιής γήρανσης.....	33
3.4 Σχέση ποιότητας ζωής με οικονομική κρίση σε άτομα τρίτης ηλικίας .....	34
3.4.1 Σχέση Τρίτης Ηλικίας με Κοινωνική Εργασία.....	34
3.4.2 Κοινοτική εργασία και κοινοτική ανάπτυξη .....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	38
4.1 Σκοπός της έρευνας.....	38
4.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις έρευνας .....	38
4.3 Μεθοδολογία έρευνας .....	39
4.4 Εργαλείο μέτρησης (Ερωτηματολόγιο).....	39
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....</b>	<b>42</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....</b>	<b>75</b>
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	79
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	82
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ .....	82

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ .....	83
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ.....	85

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η οικονομική κρίση αποτελεί κοινωνικό φαινόμενο το οποίο επηρεάζει τα περισσότερα μέλη μιας κοινωνίας και ιδιαίτερα τις ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού όπως είναι οι ηλικιωμένοι. Οι επιπτώσεις της είναι ραγδαίες και επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας σε όλα τα επίπεδα και κυρίως όσον αφορά την υγεία τους.

Έχοντας το άτομο να αντιμετωπίσει όλα αυτά τα προβλήματα μπορεί να οδηγηθεί σε κακή ψυχολογική κατάσταση, η οποία πολλές φορές μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα την απομόνωσή του από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον.

Στην Τρίτη ηλικία τα προβλήματα που προκύπτουν σχετίζονται κυρίως με την υγεία τους, καθώς το άτομο πια δεν είναι το ίδιο ανθεκτικό όσο παλαιότερα και επηρεάζεται πιο εύκολα από ασθένειες και άλλα προβλήματα. Το σημαντικότερο σε αυτές τις περιπτώσεις, είναι ο τρόπος που χειρίζονται κάποια γεγονότα τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας απέναντι σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας. Τα πιο συνήθη φαινόμενα είναι ο αποκλεισμός του ηλικιωμένου ατόμου από το οικογενειακό του περιβάλλον λόγω έλλειψης χρόνου και αυξημένων υποχρεώσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τα άτομα Τρίτης ηλικίας να αισθάνονται μοναξιά και σε κάποιες περιπτώσεις να εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης. Ένα άλλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι σχετίζεται με τις συντάξεις και πιο συγκεκριμένα με τις συνεχείς περικοπές των συντάξεων καθιστώντας τους ανίκανους να βιοποριστούν και να καλύψουν τις ιατροφαρμακευτικές τους ανάγκες.

Πέρα από τις επιπτώσεις που αναφέραμε είναι σημαντικό να δώσουμε τον ορισμό της οικονομικής κρίσης. Η οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα, αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις (Κουφάρης, 2010).

Η παρούσα πτυχιακή εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη: στο θεωρητικό μέρος και στο ερευνητικό. Το θεωρητικό μέρος αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην τρίτη ηλικία και στην υγεία και σε αυτό αναλύονται ο ορισμός της Τρίτης ηλικίας και της υγείας της οικογένειας, καθώς και τα χαρακτηριστικά του γήρατος, τα προβλήματα υγείας, τις ανάγκες των ηλικιωμένων και η συνταξιοδότηση.

Στο δεύτερο κεφάλαιο προσπαθούμε να εξετάσουμε το φαινόμενο της οικονομικής κρίσης, δίνοντας αρχικά τον ορισμό και έπειτα αναλύοντας τις επιπτώσεις που έχει η οικονομική κρίση στα άτομα τρίτης ηλικίας, καθώς και την ραγδαία αύξηση της ανεργίας και την προκατάληψη που βιώνουν με βάση της ηλικίας τους, προκαλώντας τους δυσκολίες στην εύρεση εργασίας και με αποτέλεσμα να μένουν για μεγάλο διάστημα άνεργοι. Επιπρόσθετα, το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την έννοια της «ποιότητας ζωής» και σε αυτό αναλύονται ο ορισμός της τελευταίας και οι διαστάσεις της. Πιο συγκεκριμένα, γίνεται αναφορά στην προσαρμογή και την ποιότητα ζωής κατά το γήρας, καθώς επίσης και στην υγιή γήρανση κατά την οποία οι ηλικιωμένοι που έχουν καλή σωματική και γνωστική λειτουργικότητα, δεν πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες και παραμένουν κοινωνικά ενεργοί χαρακτηρίζονται ότι έχουν γεράσει επιτυχώς. Τέλος, αναλύεται η σχέση της Τρίτης ηλικίας με την Οικονομική κρίση, την Κοινωνική εργασία και το μοντέλο της κοινοτικής ανάπτυξης. Το τελευταίο, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέσο βελτίωσης και ανάπτυξης της εκάστοτε κοινότητας, με ευρύτερο σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και τη καταπολέμηση των δυσχεριών προκαλεί η οικονομική κρίση.

Στο ερευνητικό μέρος που αποτελείται από δυο κεφάλαια, θα αναλύσουμε τον σκοπό της έρευνας, τα ερευνητικά ερωτήματα, τον τρόπο συλλογής στοιχείων, την μεθοδολογική στρατηγική, τις δυσκολίες που ενδεχομένως θα αντιμετωπίσουμε κατά την διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, τα αποτελέσματα που θα προκύψουν με την ολοκλήρωση της έρευνας καθώς και η συζήτηση που προκύπτει με βάση τα αποτελέσματα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **1.1 Ορισμός τρίτης ηλικίας**

Μπορούμε να πούμε πως ο όρος ηλικιωμένος είναι ασαφής και δεν αφορά μόνο την βιολογική ηλικία του ατόμου, αλλά χρησιμοποιείται κυρίως για άτομα μετά την συνταξιοδότηση τους.

«Γήρας, σύμφωνα με έναν ορισμό, είναι μια μακρόχρονη διαδικασία που ξεκινά από την στιγμή της γέννησης, της σύλληψης καλύτερα, και περατώνεται με τον θάνατο. Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαδικασίας είναι η φθορά. Η φθορά κύτταρων, οργάνων, λειτουργιών» (Σακκά, χ.χ).

Παρ' ότι η γήρανση είναι μια διαδικασία που μας επηρεάζει όλους, φαίνεται ότι δεν επηρεάζονται όλοι οι άνθρωποι εξίσου. Διαφορετικά άτομα θα γεράσουν με διαφορετικούς ρυθμούς και θα αναπτύξουν με τα χρόνια διαφορετικές παθολογίες. Παράγοντες που επηρεάζουν τη γήρανση ήδη από τα πρώτα έτη της ζωής είναι οι κυτταρικές διεργασίες, οι διατροφικές συνήθειες, το κάπνισμα, η σωματική δραστηριότητα, το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, το οικογενειακό περιβάλλον και οι σπουδές (Γκούβας, Σούλης & Παναγιωτάκος, 2018).

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

«Η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία όπου στο ανθρώπινο σώμα παρατηρούνται κυτταρικές αλλαγές και οργανικές η οποίες διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ωστόσο δεν θα μπορούσαμε να περιοριστούμε μόνο στο κομμάτι το ιατρικό

αλλά συμβάλλει και η κοινωνική, ψυχική υγεία. Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που συμβάλλουν στην διαδικασία της γήρανσης όπως είναι η κληρονομικότητα το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η ψυχοσύνθεση του ατόμου και η υγιεινή διαβίωση» (Κωσταριδου, 2008).

## 1.2 Χαρακτηριστικά γήρατος

Σε μεγάλο βαθμό η Τρίτη ηλικία συνδυάζεται στη σκέψη των ανθρώπων με την φθορά που επέρχεται στο σώμα, τη γήρανση του προσώπου και τις διάφορες ασθένειες που γίνονται πλέον ολοένα και συχνότερες. Ωστόσο η περίοδος αυτή σηματοδοτείται και από ποικίλες αλλαγές που της προσδίδουν ένα ιδιαίτερο χαρακτήρα και την διακρίνουν από την περίοδο της ωριμότητας που προηγείται.

Δεν είναι εύκολο να προσδιορίσουμε την ηλικία κατά την οποία ξεκινάει το γήρας διότι ο ορισμός του γήρατος είναι ευμετάβλητος και όλα εξαρτώνται από την οπτική εκείνου που καλείται να το ορίσει. Ειδικότερα, υπάρχουν κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα της τρίτης ηλικίας που εξαρτώνται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες: α) μεταβολές στη σωματική λειτουργία(μείωση όρασης, ακοής, σωματικής κινητικότητας, β) μεταβολές στη γνωστική λειτουργία (δυσκολίες στη μνήμη και στη σκέψη), γ) μεταβολές στη διάθεση\συμπεριφορά (ανασφάλεια, μοναξιά, αρνητικές σκέψεις\ότι τους εγκαταλείπουν συγγενικά τους πρόσωπα, απομόνωση, έλλειψη ενδιαφερόντων, έλλειψη βούλησης και θέλησης, ενοχές, μείωση της όρεξης, διαταραχές στον ύπνο), δ) απομάκρυνση από το εργασιακό\παραγωγικό περιβάλλον λόγω συνταξιοδότησης (Άρωγή Euromedica, χ.χ.).



### 1.3 Υγεία

Η υγεία είναι ο παράγοντας που μετράει την φυσική, ψυχολογική ή ακόμα και την πνευματική κατάσταση ενός ζώντος οργανισμού.

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1946) η υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Έτσι λοιπόν, η έννοια της υγείας, δεν αποδίδεται μόνο από την ιατρική, αλλά και από άλλους παράγοντες όπως είναι το περιβάλλον, η οικονομία, η εργασία κ.α.

Το πώς ορίζεται βέβαια η υγεία και η ασθένεια ως κοινωνική αναπαράσταση ίσως να διαφέρει ανάλογα με τις πολιτιστικές διαφορές, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις (για τη ζωή, το θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίasma), καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνία. Είναι γνωστό ακόμα ότι ο τεράστιος αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με την κοινωνική αναπαράσταση που έχει ο πληθυσμός για την υγεία του. Παράγοντες γενετικοί, περιβαλλοντικοί (τρόπος διαβίωσης, κατοικία, εργασία, συνθήκες εργασίας ρύπανση περιβάλλοντος) παράγοντες συνθηκών ζωής (διατροφή, κάπνισμα, άσκηση, χρήση εθιστικών ουσιών, συμπεριφορά), παράγοντες σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας και παράγοντες εκπαίδευσης υγείας επηρεάζουν την υγεία των ανθρώπων αλλά και την κοινωνική αναπαράσταση του δίπολου υγείας-ασθένειας (Βικιπαίδεια, χ.χ.).

Είναι αυτονόητο λοιπόν, ότι η υγεία είναι η μεγαλύτερη θεμελιώδης αξία της ζωή του ανθρώπου και χωρίς αυτή υπονομεύονται τόσο οι υποκειμενικοί όσο και οι αντικειμενικοί όροι για την ποιότητα ζωής.

Ο Παγκόσμιος οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ζωής ως την υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση στη ζωή, μέσα στα πλαίσια του συστήματος αξιών και πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, καθώς και σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια και τις ανησυχίες του (WHO, 2001).

Όπως διαπιστώνουμε σε κάποιους ορισμούς για την ποιότητα ζωής, παρατηρείται ένας διαχωρισμός μεταξύ των αντικειμενικών και των υποκειμενικών παραμέτρων και μάλιστα, οι Zautra και Goodhart (1979) τονίζουν την αναγκαιότητα του διαχωρισμού των δύο αυτών διαστάσεων. Υποστηρίζουν, συγκεκριμένα, ότι ποιότητα ζωής ορίζεται ως το να είναι ζωή καλή και αξιολογείται με υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά κριτήρια, που καθορίζονται από την εκτίμηση των εξωτερικών αναγκών. Ως έγκυρους δείκτες της ποιότητας ζωής αναφέρουν την υγεία, το φυσικό περιβάλλον, την ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες υλικές προϋποθέσεις (Zautra & Goodhart, 1979).

#### 1.4 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα λόγω της πληθώρας των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής φύσεως τα οποία πολλές φορές καθιστούν πολύ δύσκολη την καθημερινότητά τους.

Όσον αφορά, τα σωματικά προβλήματα υγείας αντιμετωπίζουν, προβλήματα όρασης (γλαύκωμα, καταράκτης, εκφύλιση ωχράς κηλίδας), ακοής (βαρηκοΐας), μυοσκελετικά (αρθρίτιδα, οστεοπόρωση, αυξημένος κίνδυνος πτώσεων) και προβλήματα των γνωστικών λειτουργιών τους όπως η άνοια. Η άνοια που αποτελεί μια σοβαρή νευρολογική πάθηση καθιστά το άτομο ανίκανο να αυτοεξυπηρετηθεί με αποτέλεσμα να χρειάζεται διαρκή επιτήρηση και φροντίδα από άλλους ανθρώπους. Επίσης, πολύ σημαντικά είναι και τα προβλήματα ψυχικής υγείας. Το πιο σοβαρό είναι η κατάθλιψη με την οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Ένας παράγοντας που συμβάλλει στην εμφάνιση της νόσου είναι η απομάκρυνση από το εργασιακό περιβάλλον λόγω συνταξιοδότησης. Ακόμη, πιθανόν ο θάνατος του/της συζύγου, παιδιού ή κάποιου ατόμου από το οικογενειακό περιβάλλον.

Από την άλλη πλευρά τα άτομα τρίτης ηλικίας αντιμετωπίζουν και κοινωνικά προβλήματα λόγω αδυναμίας ανεξάρτητης διεκπεραίωσης των προβλημάτων της καθημερινότητά τους. Επίσης, πιθανόν να αισθάνονται εγκατάλειψη από τα παιδιά τους λόγω των αυξημένων τους υποχρεώσεων και αυτό πιθανόν να οδηγήσει στην κοινωνική τους απομόνωση. Ακόμη το χαμηλό εισόδημα τους μπορεί να επιφέρει και

προβλήματα επιβίωσης τους και ως εκ τούτου και ένταξης τους στο κοινωνικό σύνολο (Καλοκαιρινού, 2005).

#### 1.4.1 Σωματικά προβλήματα:

Προβλήματα όρασης και ακοής

Με την πρόοδο της ηλικίας τα μάτια χάνουν την ικανότητα παραγωγής δακρύων, ο αμφιβληστροειδής γίνεται πιο λεπτός, οι φακοί κιτρινίζουν και γίνονται πιο θολοί. Η μείωση της οξύτητας της όρασης που συναντάται στα ηλικιωμένα άτομα δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στη ζωή τους. Δυσκολεύει την ικανότητα για αυτόνομη διαβίωση (φαγητό, ντύσιμο, ψώνια). Επηρεάζει την κοινωνικότητα του ηλικιωμένου ατόμου. Οι ηλικιωμένοι χρειάζονται περισσότερο φως για να δουν καλά. Στα συνήθη προβλήματα συμπεριλαμβάνεται ο καταρράκτης, που προκαλεί ανταύγειες, δηλαδή μείωση του φωτός και μείωση της ευαισθησίας στις εναλλαγές φωτεινότητας, και θόλωση της όρασης. Οι ηλικιωμένοι δεν αντιλαμβάνονται τις μεταβολές στη φωτοσκίαση. Αυτές οι μεταβολές υποδηλώνουν αλλαγές στην επιφάνεια των πραγμάτων, π.χ. σκαλοπάτι, και μειωμένη αντίληψη βάθους. Διατρέχουν, επομένως, αυξημένο κίνδυνο πτώσης. Οι ηλικιωμένοι έχουν, επίσης, πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Δεν μπορούν να δουν καλά σε απόσταση ούτε να δουν λεπτομέρειες. Εμφανίζεται πρεσβυωπία. Μειώνεται η χρωματική όραση. Λόγω κιτρινίσματος του φακού του οφθαλμού χάνεται η ευαισθησία στα μικρότερα μήκη κύματος του φωτός. Αποτέλεσμα είναι η μειωμένη ικανότητα διάκρισης κάποιων χρωμάτων, όπως του μπλε, του πράσινου, του μοβ και όχι τόσο του κόκκινου, του πορτοκαλί και του κίτρινου. Ιδιαίτερη σημασία, επομένως, έχουν τα χρώματα των φαρμάκων, τα οποία θα πρέπει να είναι τέτοια, ώστε να μπορεί το ηλικιωμένο άτομο να τα ξεχωρίζει με σχετική ευκολία. Το γλαύκωμα και ο εκφυλισμός της ωχράς κηλίδας είναι από τα συχνότερες καταστάσεις που συναντώνται στα ηλικιωμένα άτομα (Akpek&Smith 2013, Ehrlichetal. 2009, Evansetal. 2002).

1-15 Ακοή Τα προβλήματα ακοής είναι αρκετά διαδεδομένα, συνήθως όμως είναι μέτριας έντασης. Ένας στους τρεις ανθρώπους άνω των 60 και σχεδόν το 50% των ατόμων πάνω από 85 ετών παρουσιάζουν απώλεια στην ακοή. Τα τοιχώματα των ακουστικών οδών λεπταίνουν και τα τύμπανα σκληραίνουν. Η πρεσβυακοή είναι η ελαττωμένη ευαισθησία σε ήχους υψηλής συχνότητας, δηλαδή οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται να

κατανοήσουν ήχους υψηλής συχνότητας. Οι ήχοι υψηλής συχνότητας που παράγονται από τις γυναίκες και τα παιδιά, για να γίνουν κατανοητοί από τα ηλικιωμένα άτομα, πρέπει να δυναμώνει ο ήχος. Οι ηλικιωμένοι δυσκολεύονται, επίσης, να διακρίνουν λέξεις ομόηχες που διαφέρουν μόνο σε ένα σύμφωνο. Το πρόβλημα επιτείνεται σε παρατεταμένη έκθεση σε θόρυβο. Ακόμη, υπάρχει δυσκολία εντοπισμού της πηγής του θορύβου. Τέλος, η απώλεια της ακοής δημιουργεί προβλήματα επικοινωνίας. Πολλοί ηλικιωμένοι δεν μπορούν να παρακολουθήσουν συζητήσεις σε χώρους με πολύ κόσμο και θόρυβο (Williger&Lang 2014, Yangetal. 2015). Συνιστάται, όταν επικοινωνούμε με ηλικιωμένα άτομα, να μιλούμε με κανονικό ρυθμό, όχι γρήγορο, και ελαφρώς δυνατά. Να φροντίζουμε, ώστε να μειώνεται ο θόρυβος του περιβάλλοντος και να είναι εμφανές το πρόσωπό μας, ώστε ο ηλικιωμένος να χρησιμοποιεί σήματα των χειλέων ή των εκφράσεων του προσώπου μας.

### Υψηλή αρτηριακή πίεση

Η υπέρταση είναι μία επιδημία της σύγχρονης εποχής ειδικά καθώς ο πληθυσμός μεγαλώνει. Το θετικό είναι ότι η υπέρταση αντιμετωπίζεται. Χρειάζεται, όμως, να εντοπιστεί νωρίς το πρόβλημα και να υπάρχει έγκαιρη παρέμβαση ώστε να μην υπάρχουν επιπλοκές. Υπολογίζεται ότι η υπέρταση, προδιαθεσικός παράγοντας για καρδιαγγειακά επεισόδια, ευθύνεται για 7,5 εκατομμύρια θανάτους παγκοσμίως, δηλαδή για το 12,8 των συνολικών θανάτων. (Δάλλα, χ.χ.)

### Καρδιοπάθειες

Με τα χρόνια επέρχονται στην καρδιά και τα αγγεία μεταβολές, οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων. Η πιο συχνή πάθηση είναι η αρτηριακή υπέρταση, η οποία είναι ασυμπτωματική και για χρόνια μπορεί να μη γίνει αντιληπτή.

Αν δεν ελεγχθεί η υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε αγγειακό εγκεφαλικό, νεφρική ή καρδιακή ανεπάρκεια ή έμφραγμα. Γι' αυτό κάθε υπερτασικός πρέπει να αντιμετωπίζεται με δίαιτα και φάρμακα, αν είναι απαραίτητο, με στόχο την επίτευξη

φυσιολογικής αρτηριακής πίεσης. Η στεφανιαία νόσος προσβάλλει στο ίδιο περίπου ποσοστό άντρες και γυναίκες πάνω από τα 65 και οφείλεται στην εναπόθεση χοληστερόλης και άλλων λιπιδίων στο τοίχωμα των στεφανιαίων αρτηριών. Η εξέλιξή της μπορεί να επιβραδυνθεί ή και να ανασταλεί, αν η πρόληψη ξεκινήσει νωρίς. (Κάκουρος, χ.χ.)

#### Διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένα σύνδρομο με ετερογενές και πολυπαραγοντικό υπόστρωμα. Χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών, η οποία οφείλεται σε έλλειψη ινσουλίνης. Αυτή η έλλειψη μπορεί να είναι πλήρης ή μερική ή σχετική (όταν, παρά τα αυξημένα επίπεδά της στο αίμα, δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών του μεταβολισμού, λόγω παρεμπόδισης της δράσης της στους περιφερικούς ιστούς – λόγω αντίστασης, όπως λέγεται, στην ινσουλίνη). Η κύρια έκφραση της διαταραχής του μεταβολισμού στον σακχαρώδη διαβήτη είναι η αύξηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα.

#### Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (Τ1ΣΔ) οφείλεται σε καταστροφή των β-κυττάρων στο πάγκρεας, η οποία συνήθως οδηγεί σε σοβαρή έλλειψη ινσουλίνης. Αφορά το 5%-10% των ασθενών.

#### Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Τ2ΣΔ) οφείλεται σε καταστροφή των β-κυττάρων στο πάγκρεας, η οποία συνήθως οδηγεί σε σοβαρή έλλειψη ινσουλίνης. Αφορά το 5%-10% των ασθενών (Επτάκοιλη, 2019).

#### Αρθρίτιδα

“Η αρθρίτιδα ή «ρευματισμοί», είναι μια προοδευτική αλλοίωση και φλεγμονή των χόνδρων των αρθρώσεων. Πρόκειται για μια αρκετά συνηθισμένη πάθηση, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Μάλιστα μετά τα 80 έτη, το 80% του πληθυσμού εμφανίζει αλλοιώσεις, τουλάχιστον σε μια άρθρωση. Είναι μια ασθένεια η οποία μόνο μπορεί να ελεγχεί αλλά δεν θεραπεύεται εντελώς” (Χαραμή, χ.χ.).

## Πτώσεις στους ηλικιωμένους

Ως πτώση ορίζεται το αναπάντεχο γεγονός κατά το οποίο ο μετέχων βρίσκεται ξαπλωμένος στο έδαφος, στο πάτωμα ή σε ένα χαμηλότερο επίπεδο (Πλατή, 2000). Οι πτώσεις είναι μία από τις κυριότερες αιτίες νοσηρότητας, θνητότητας και απώλειας της ποιότητας της ζωής στους ηλικιωμένους ασθενείς. Είναι πάντα δύσκολο να εκτιμηθεί το σύνολο των συνεπειών των πτώσεων, αλλά περιλαμβάνουν τόσο σωματικό, όσο και ψυχολογικό τραύμα. Οι πτώσεις θεωρούνται ως η έκτη συχνότερη αιτία θανάτου των ηλικιωμένων, μετά τις καρδιαγγειακές διαταραχές, τον καρκίνο, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τις πνευμονικές παθήσεις (Rubenstein & Josephson, 2002). Ωστόσο, ο αριθμός των θανάτων είναι μικρός σε σύγκριση με τον αριθμό των διαφόρων τραυματισμών που μπορεί να προκύψουν. Ο πιο συχνός τραυματισμός, ο οποίος συνήθως δεν οδηγεί άμεσα στον θάνατο, είναι το κάταγμα του ισχίου (Berry&Miller, 2008). *“Θα μπορούσε να πει κανείς ότι το γήρας και η πτώση πάνε μαζί, είναι αναπόφευκτο. Άλλη μια σημαντική νόσος η οποία έχει άμεση σχέση με την κινητικότητα του ηλικιωμένου είναι η νόσος Parkinson η οποία εκδηλώνεται αρκετά συχνά σε άτομα τρίτης ηλικίας αλλά και σε νεότερα άτομα δηλαδή άτομα 45-70. Τα γενικά γνωρίσματα αυτής της νόσου είναι: η κεφαλή και ο κορμός σε κάμψη προς τα μπρος και το πρόσωπο του είναι ανέκφραστο σαν μάσκα. Επίσης, το τρέμουλο των άκρων και των χεριών ιδιαίτερα κατά την διάρκεια που δεν κινείται ιδιαίτερα ο ηλικιωμένος”* (Χανιώτης, 1992, σελ 129-131).

Υπάρχουν αρκετές απόψεις για τις αιτίες που προκαλούν τις πτώσεις στα άτομα τρίτης ηλικίας. Η μία άποψη υποστηρίζει ότι αυτό το γεγονός μπορεί να οφέλεται σε φυσικούς, ψυχολογικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες ενώ μία άλλη υποστηρίζει ότι τα αίτια μπορούν να κατηγοροποιηθούν σε ενδογενείς και εξωγενείς παράγοντες. Πιο συγκεκριμένα:

*Ενδογενείς παράγοντες:*

Οι παράγοντες αυτοί μπορούν να χωριστούν σε τρεις μεγάλες κατηγορίες: α) αλλαγές λόγω ηλικίας (αλλαγές στην όραση, την ισορροπία, τη βάδιση, αλλαγές στο μυοσκελετικό και καρδιαγγειακό σύστημα), β) παθολογικές καταστάσεις και γ) χρήση φαρμάκων.

*Εξωγενείς παράγοντες:*

Αρκετοί εξωγενείς παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο στην πρόκληση πτώσεων. Οι εξωγενείς παράγοντες περιλαμβάνουν α) ακατάλληλα υποδήματα και ρουχισμός, β) ακατάλληλα βοηθήματα και γ) περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου.

#### 1.4.2 Προβλήματα μνήμης και άνοια

Περίπου το 40% των ανθρώπων μετά τα 60 έχουν κάποια δυσκολία στη μνήμη. Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν πρόκειται για κάποιο είδος άνοιας, αλλά για φυσιολογική διαταραχή της μνήμης λόγω ηλικίας. “Με την πάροδο του χρόνου , οι ικανότητες της βραχύχρονης μνήμης, της παρατηρητικότητας , της προσαρμογής σε νέες συνθήκες μειώνονται κατακόρυφα και έτσι πρέπει αυτά να είναι γνωστά και να παρατηρούνται από τους γύρω τους ούτως ώστε να αντιμετωπίζονται άμεσα και σωστά” (Χριστοδούλου & Κονταξάκης, 2000, σελ 124, στη Λούη, 2011).

«Περίπου το 25% της μνημονικής ικανότητας του ατόμου των 75 ετών έχει χαθεί σε σχέση με την μνημονική ικανότητα που είχε όταν ήταν 20 ετών. Μερικές φορές η απλή αυτή κατάσταση μπορεί να πάρει μεγαλύτερες διαστάσεις μέχρι το σημείο που το παθών άτομο να ξεχνά ακόμα και ονόματα συγγενικών προσώπων. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι διατηρείται καλύτερα η μνήμη όταν συνδυάζεται με εικόνες, παραστάσεις, αντικείμενα» (Χανιώτης, 1992, σελ 124).

Όταν οι ηλικιωμένοι αρχίζουν να ξεχνούν ή να χάνουν διάφορα αντικείμενα συχνότερα από πριν, ανησυχούν ότι αυτή η αμνησία είναι το πρώτο σημάδι της άνοιας, ειδικά δε της νόσου του Alzheimer . Η αμνησία αυτή δεν αντιστοιχεί πάντοτε σε άνοια , σε περίπου τους μισούς όμως από αυτούς τους ανθρώπους αργά ή γρήγορα η άνοια γίνεται εμφανής.

Άνοια

*«Άνοια είναι ένα κλινικό σύνδρομο που οφείλεται σε τουλάχιστον 100 I # αίτια και ορίζεται ως σοβαρή διαταραχή των ανωτέρων νοητικών λειτουργιών, με αποτέλεσμα να δημιουργείται αρχικά διαταραχή στην επαγγελματική και κοινωνική δραστηριότητα του ασθενούς και στη συνέχεια αδυναμία ακόμη και στην αυτοεξυπηρέτηση του. Οι ασθενείς*

με αυτό το σύνδρομο παρουσιάζουν διαταραχές μνήμης, λόγου, οπτικο-χωρικές δυσκολίες καθώς επίσης προβλήματα στις αριθμητικές πράξεις, στη συγκέντρωση και στην αφαιρετική ικανότητα. Το επίπεδο της συνείδησης παραμένει ανέπαφο μέχρι και τα τελικά στάδια του συνδρόμου. Δεν υπάρχει κλινική και νευροπαθολογική διαφορά μεταξύ της γεροντικής (> 65 ετών) και της προγεροντικής άνοιας (< 65 ετών)» (Τσολάκη, 2002).

## Νόσος Αλτσχάιμερ

Η νόσος Alzheimer είναι μια νόσος που εξελίσσεται προοδευτικά, καταστρέφοντας τη μνήμη και άλλες σημαντικές νοητικές λειτουργίες του εγκεφάλου. Είναι η πιο κοινή αιτία της άνοιας – μια ομάδα διαταραχών του εγκεφάλου που οδηγεί σε απώλεια της πνευματικής λειτουργίας και κοινωνικών δεξιοτήτων. Στη νόσο Αλτσχάιμερ, τα εγκεφαλικά κύτταρα εκφυλίζονται και πεθαίνουν, προκαλώντας μια σταθερή μείωση στη μνήμη και διανοητική λειτουργία. Τα τωρινά φάρμακα που κυκλοφορούν, μπορούν να επιβραδύνουν την νόσο και σε συνδυασμό με στρατηγικές διαχείρισης (που θα δοθούν από τον θεραπευτή) μπορεί να υπάρξει προσωρινή βελτίωση των συμπτωμάτων. Στόχος της θεραπείας είναι να βοηθήσει τους ανθρώπους με νόσο Αλτσχάιμερ να μεγιστοποιήσουν τη λειτουργία και τη διατήρηση της ανεξαρτησίας τους.

Σύμφωνα με την εθνική στατιστική υπηρεσία των ΗΠΑ, το 3% των πολιτών τους, ηλικίας από 65 έως 74 ετών, πάσχουν από την νόσο Alzheimer. Το ποσοστό αυτό διπλασιάζεται για κάθε πέντε χρόνια ηλικίας για να φθάσει στο εκρηκτικό 50% για τους έχοντες ηλικία μεγαλύτερη των 85 ετών. Σήμερα νοσούν 4 εκατομμύρια Αμερικανοί πολίτες και προβλέπεται ότι το 2050, με την αύξηση του μέσου όρου ζωής, οι ασθενείς να φθάσουν τα 11.3-16 εκατομμύρια στις ΗΠΑ (Alzheimer's Association). Τα κυριότερα κλινικά συμπτώματα της νόσου είναι η έκπτωση- διαταραχή της μνήμης και οι διαταραχές και άλλων νοητικών λειτουργιών που αναπτύσσονται αργότερα όπως οι αφασίες, οι αγνωσίες, οι απραξίες, οι διαταραχές της προσοχής, της συγκέντρωσης και του προσανατολισμού στον τόπο και τον χρόνο, η έκπτωση στις λειτουργικές ικανότητες του πάσχοντος, καθώς και τα συμπεριφορικά συμπτώματα (Αρναούτογλου, χ.χ.).

Γερόντικη κατάθλιψη



Η κατάθλιψη ίσως και να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα ψυχικής υγείας με τα οποία έρχονται αντιμέτωπα τα άτομα τρίτης ηλικίας. «Με τον όρο κατάθλιψη εννοούμε την κατάσταση εκείνη του ασθενούς στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πολύ πιο βαθύ από μια απλή μελαγχολία, δεν επηρεάζεται θετικά από τα ευχάριστα γεγονότα που συμβαίνουν στο περιβάλλον, υποβαθμίζει σημαντικά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής και μπορεί να διαρκέσει εβδομάδες ή και μήνες (Παγοροπούλου 2000).

Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι περίπου το 10% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών εμφανίζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ το 2 – 3 % παρουσιάζει σοβαρή κατάθλιψη. Κάθε άτομο τρίτης ηλικίας μπορεί να νιώσει θλίψη σε κάποια στιγμή της ζωής του, σαν αντίδραση στην απογοήτευση και την απώλεια.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας έως το 2020 η κατάθλιψη προβλέπεται πως θα είναι η δεύτερη αιτία θανάτου, ενώ σύμφωνα με πανεπιστημιακές έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην χώρα μας, λιγότερους από τους μισούς όσων πάσχουν από κατάθλιψη αναζητούν βοήθεια και προσφεύγουν στη στήριξη ειδικού.

Ακόμη, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους παρουσιάζει κάποιες ποιοτικές διαφορές σε σχέση με την κατάθλιψη στα άτομα νεότερης ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα της τρίτης ηλικίας (και κυρίως οι γυναίκες) αναφέρονται πιο συχνά στα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως είναι η μειωμένη όρεξη, οι διαταραχές ύπνου και το έντονο αίσθημα κόπωσης.

Η κατηγοριοποίηση της καταθλιπτικής συμπεριφοράς ακολουθεί τον διαγνωστικό οδηγό DSM - III, σύμφωνα με τον οποίο η κατάθλιψη διακρίνεται σε μείζονα κατάθλιψη και σε ελάσσονα κατάθλιψη (Αβεντισιαν–Παγοροπούλου, 2008). Το ηλικιωμένο άτομο που έχει προσβληθεί από μείζονα κατάθλιψη, εμφανίζει πιο σοβαρά συμπτώματα, και είναι μάλλον απίθανο η αιτιολογία της κατάθλιψης του να εντοπίζεται μόνο σε εξωτερικές, περιβαλλοντικές αιτίες. Στην περίπτωση αυτή οι περιβαλλοντικές αιτίες απλώς συνηγορούν στην εμφάνιση της νόσου, ενώ η αιτιολογία εντοπίζεται στη γνήσια φυσιολογική προδιάθεση που έχει το άτομο ώστε να γίνει καταθλιπτικό (Αβεντισιαν – Παγοροπούλου, 2008). Η μείζονα κατάθλιψη έχει τις περισσότερες φορές κληρονομική βάση, συνδέεται με τη βιοχημεία του σώματος, και αντιμετωπίζεται κατά

κύριο λόγο με φαρμακευτική αγωγή. Σπάνια συνδέεται με εξωτερικά καταλυτικά γεγονότα (Αβεντισιαν - Παγοροπούλου, 2008). Τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής παίζουν, αντίθετα, τον κυριότερο ρόλο στις ελάσσονες καταθλίψεις. Στις περιπτώσεις αυτές απουσιάζουν οι φυσιολογικές αντιδράσεις του οργανισμού και επίσης δεν υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Εάν απομακρυνθούν τα περιβαλλοντικά και περιστασιακά αίτια που προκαλούν την κατάθλιψη, το άτομο είναι πιθανό να τροποποιήσει τον τρόπο σκέψης του που του προκαλεί κατάθλιψη. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί παροδικά να ωφελήσει, αλλά η ασφαλέστερη βοήθεια προέρχεται από συμβουλευτική ή ψυχοθεραπεία (Αβεντισιαν-Παγοροπούλου, 2008).

Στη βιβλιογραφία επισημαίνεται πως πρέπει να γίνει ξεκάθαρος ο διαχωρισμός ανάμεσα στην μείζονα κατάθλιψη και στην ελάσσονα κατάθλιψη στους ηλικιωμένους που υποφέρουν από κάποιας μορφής κατάθλιψη, ώστε να αποφασιστεί η ενδεικνυόμενη θεραπεία. Ωστόσο, οι καταστάσεις της πραγματικής ζωής συχνά αποδεικνύουν ότι δεν είναι πάντα ευχερής ο διαχωρισμός, και οι περισσότεροι ηλικιωμένοι δεν εντάσσονται στις δικές μας κατηγοριοποιήσεις. Συχνή είναι η εμφάνιση συμπτωμάτων που ανήκουν σε διαφορετικούς αστερισμούς συμπτωματολογίας. Πολλοί ηλικιωμένοι κατέχουν χαρακτηριστικά που τους κατατάσσουν ταυτόχρονα στις μείζονες και στις ελάσσονες καταθλίψεις. Εξάλλου, κάθε ηλικιωμένος είναι μια ατομική περίπτωση η οποία εμφανίζει ένα ιδιαίτερο κράμα συμπτωμάτων, τα οποία ενδέχεται να ανήκουν σε διαφορετικούς αστερισμούς (Αβεντισιαν-Παγοροπούλου, 2008).

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι η αϋπνία, ανησυχία, υποχονδριακές ενοχλήσεις, ευερεθιστότητα, παραληρητικές ιδέες και συμπτώματα γνωστικής δυσλειτουργίας και σπανιότερα το καταθλιπτικό συναίσθημα και ο εκφραζόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός (Χριστοδούλου και συνεργάτες 2002).

#### Άγχος και ηλικιωμένοι

Άγχος ονομάζεται η έντονη νευρική ή ανησυχία, που μειώνει τη λειτουργική ικανότητα του ατόμου (Marck, 2007). Οι άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας (65 ετών και άνω) πολλές φορές κατακλύζονται από άγχος και ανησυχία για θέματα που αφορούν την υγεία τους, την οικογένειά τους, την οικονομική τους κατάσταση και τη θνησιμότητα. Αυτές οι ανησυχίες είναι ακόμη πιο πιθανό να προκύψουν όταν αισθάνονται ότι οι σωματικές και ψυχικές τους ικανότητες μειώνονται και ότι χάνουν

την αυτονομία τους, κάτι που αρχικά θεωρείται φυσιολογικό. Ωστόσο, μερικές φορές αυτό το άγχος και η ανησυχία που τους καταβάλλουν είναι τόσο έντονα ώστε να προκαλέσουν σημαντικές αλλαγές στην καθημερινή λειτουργία του ηλικιωμένου ατόμου και να γίνουν μια σημαντική πηγή κινδύνου. Αυτό το είδος του άγχους για τους ηλικιωμένους όμως δεν είναι φυσιολογικό (Παγοροπούλου, 2000).

Αγχώδεις διαταραχές εμφανίζονται συχνά στους ηλικιωμένους. Η συνηθέστερη διαταραχή άγχους στους ηλικιωμένους είναι η διαταραχή γενικευμένου άγχους. Οι ασθενείς που πάσχουν από αυτή βιώνουν καθημερινή νευρική νευρικότητα για τουλάχιστον 6 μήνες. Η διαταραχή γενικευμένου άγχους προσβάλλει 1 στους 30 ηλικιωμένους, ενώ εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στις γυναίκες από ότι στους άντρες (Merck, 2007). Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής ο επιπολασμός του άγχους υπολογίστηκε στο 5% για την ηλικιακή ομάδα των 65 και άνω (Lenze et al., 2001).

Αντίθετα, άλλη μελέτη στην Τουρκία ανεβάζει αυτό το ποσοστό στο 17% (Kirmiziloglu –Dogan, Y. O., Kugu-Akyuz, N.G., 2009). Έρευνα σε αγροτικό πληθυσμό του Ν. Ρεθύμνου στην Κρήτη ορίζει το ποσοστό στο 29,3% με υπεροχή στο γυναικείο φύλο (Γραμματικόπουλος, 2007, στο Κουτσιμπού, 2014).

## Μοναξιά

Ένα μεγάλο πρόβλημα που αντιμετωπίζουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας και που ίσως είναι το πιο σοβαρό, είναι η μελαγχολία και το αίσθημα εγκατάλειψης από το περιβάλλον τους. Η αλλαγή της οικογένειας από εκτεταμένη σε πυρηνική, τύπος που δεν εμπεριέχει πια στους κόλπους του τους ηλικιωμένους, είναι η αιτία της μοναξιάς των ηλικιωμένων. Καθώς η οικογένεια περιστρέφεται γύρω από τους γονείς και το ένα ή τα περισσότερα παιδιά τους, οι ηλικιωμένοι περνούν στο περιθώριο.

Το πρόβλημα της διαμονής των ηλικιωμένων είναι ένα από τα δυσκολότερα θέματα και σχετίζεται άμεσα με τις οικογενειακές σχέσεις.

Είναι γεγονός πως οι συνθήκες ζωής έχουν αλλάξει. Οι γρήγοροι και απαιτητικοί ρυθμοί της ζωής (εργασία, εκπαίδευση, κα) επιβάλλει στα μέλη της οικογένειας να λείπουν για μεγάλα χρονικά διαστήματα από το σπίτι. Αυτό έχει ως συνέπεια οι

ηλικιωμένοι να συμμετέχουν από λίγο ως καθόλου στην κοινωνική ζωή της πυρηνικής οικογένειας, με αποτέλεσμα την αίσθηση του παραγκωνισμού.

Γενικά, η θέση του ηλικιωμένου είναι μειονεκτική, γιατί δυσκολεύεται να παρακολουθήσει και να αφομοιώσει τις αλλαγές και να αποκτήσει τις νέες γνώσεις και τα μέσα που οι νεότεροι έχουν στη διάθεσή τους.

Στην Ελλάδα οι οικογένειες είναι ήδη επιφορτισμένες με τη φροντίδα των άνεργων μελών τους, με τους νέους που δεν μπορούν να εγκαταλείψουν την πατρική εστία καθώς η αγορά εργασίας είναι ισχνή και δεν προσφέρει καμιάοικονομική εξασφάλιση. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η οικονομική κρίση να έχει επιφέρει μείζοντες αλλαγές στην ζωή της οικογένειας και πολύ περισσότερο στη ζωή των ηλικιωμένων μελών της (Παρούτσας, 2015).

## 1.5 Σύνταξη

Η τρίτη ηλικία είναι η εποχή που το άτομο συνταξιοδοτείται. Θεωρείται ως μια περίοδος απόσυρσης από μια ενεργητική πλευρά της ζωής σε ένα διάστημα περισυλλογής και ανασκόπησης του παρελθόντος. Η συνταξιοδότηση αποτελεί αναμφισβήτητα ένα μεγάλο ψυχοπιεστικό γεγονός στη ζωή ενός ανθρώπου. Ενώ, σίγουρα υπάρχουν άνθρωποι που περιμένουν τη συνταξιοδότηση τους με ανυπομονησία ώστε να ξεκουραστούν, φαίνεται ότι για κάποιους άλλους η προοπτική της συνταξιοδότησης τους πλημμυρίζει με άγχος, φοβούνται πως αν συνταξιοδοτηθούν η μέρα τους θα είναι άδεια. Από την άλλη πλευρά όμως, υπάρχουν άτομα που εκλαμβάνουν την συνταξιοδότηση σαν ένα «τέλος» της παραγωγικής τους ζωής αφού δεν αποτελούν πια μέρος του ενεργού πληθυσμού (Πατσαλίδου, 2006, στους Λαζαρίδου και συν., 2008).

Όλοι οι παραπάνω φόβοι είναι κατά κάποιο βαθμό δικαιολογημένοι εφόσον η συνταξιοδότηση αποτελεί μια μεταβατική περίοδο αλλαγών στη ζωή του ατόμου. Η καθημερινότητα παύει να έχει την μορφή που είχε τόσα χρόνια. Εκτός από τα αρνητικά συναισθήματα που πιθανόν να δημιουργηθούν με την συνταξιοδότηση υπάρχουν και πολλά θετικά. Ο ηλικιωμένος σήμερα μπορεί να αθληθεί, να παίξει, να ταξιδέψει στον κόσμο, να αναπτύξει νέες δεξιότητες, να ερωτευτεί ξανά και να χαρεί κάθε πτυχή της ζωής.

## 1.6 Ανάγκες των ηλικιωμένων

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

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι ιδιαίτερα διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Ένας παλιός αλλά γνώριμος θεωρητικός στον χώρο της ψυχολογίας και της φιλοσοφίας, ο Maslow, μίλησε για την ιεράρχηση αυτών των αναγκών και τη σημαντική επίδρασή τους στην ανθρώπινη συμπεριφορά. Η πυραμίδα του Maslow αναπτύσσεται ως εξής:

- στη βάση της βρίσκονται **οι βασικές πρωτογενείς ανάγκες**, που συνδέονται με την επιβίωση του ατόμου, όπως διατροφή, σεξουαλική ζωή και υγεία.
- Ακολουθεί **η ασφάλεια**, όπου ο Maslow υποστηρίζει ότι ο άνθρωπος έχει την ανάγκη να αισθάνεται ασφαλής έχοντας ένα σπίτι, μια δουλειά, ασφάλιση και σύνταξη.
- **οι ανάγκες της κοινωνικής αποδοχής**, της αγάπης και του ανήκειν.
- **οι ανάγκες της αυτοεκτίμησης**
- Τέλος, στην κορυφή της πυραμίδας βρίσκονται **οι ανάγκες της αυτοπραγμάτωσης**, δηλαδή η αξιοποίηση των εσωτερικών ικανοτήτων, η δημιουργικότητα και η αίσθηση πληρότητας (Maslow, 1970)

Ωστόσο η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίησης για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι άνθρωποι έχουν ανάγκη από:

1) 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",
- 2) Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους.
  - 3) Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό.
  - 4) Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότισυμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα,
  - 5) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
  - 6) Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες,
  - 7) Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα π.χ. μπαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο.
  - 8) Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
  - 9) Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/ και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
  - 10) Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα. (Γράτσιου, 2018)

Η ιδέα ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Αυτό όμως δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν εξ αιτίας της ελαττωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των

οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Πολλές καταστάσεις, που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα, εμπλέκουν τα ανθρώπινα δικαιώματα. Ο νόμος περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων αποτελεί σημαντικό μηχανισμό για την προστασία των ηλικιωμένων έναντι διαφόρων μορφών κακομεταχείρισης. Όλα τα ανθρώπινα δικαιώματα που προστατεύονται από την Ευρωπαϊκή Σύμβαση και την Πράξη για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα αφορούν και μπορεί να είναι χρήσιμα για τα ηλικιωμένα άτομα. Ωστόσο, αυτός ο οδηγός θα επικεντρωθεί στα τρία βασικά ανθρώπινα δικαιώματα που έχουν χρησιμοποιηθεί ευρύτατα για την προστασία των ηλικιωμένων ατόμων:

- Το δικαίωμα να μην υποβάλλονται σε βασανιστήρια ή να μην υπόκεινται σε απάνθρωπη ή εξευτελιστική μεταχείριση
- Το δικαίωμα στο σεβασμό της ιδιωτικής και οικογενειακής ζωής της κατοικίας και της αλληλογραφίας
- Το δικαίωμα στη ζωή

Αυτά τα τρία δικαιώματα δημιουργούν μια σειρά από ζητήματα τα οποία μπορεί να είναι χρήσιμα για τους ηλικιωμένους. Ωστόσο, η σημασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων για τους ηλικιωμένους δεν περιορίζεται σε αυτά τα θέματα. Ο νόμος περί ανθρωπίνων δικαιωμάτων εξακολουθεί να είναι ένας σχετικά νέος νόμος και έχει μεγάλες δυνατότητες για την ενδυνάμωση και την προστασία των ηλικιωμένων σε πολλούς τομείς της ζωής (Χαντέ, 2017).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

### 2.1 Ορισμός της οικονομικής κρίσης

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια διαρκή και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Όταν λέμε οικονομική δραστηριότητα αναφερόμαστε σε όλα τα μακροοικονομικά μεγέθη της οικονομίας, όπως η απασχόληση, το εθνικό προϊόν, οι τιμές, οι επενδύσεις κ.λπ. Ο βασικότερος δείκτης οικονομικής δραστηριότητας είναι οι επενδύσεις, οι οποίες, όταν αυξομειώνονται, συμπαρασύρουν μαζί τους και όλα τα υπόλοιπα οικονομικά μεγέθη (Κουφάρης, 2010).

### 2.2 Η οικονομική κρίση

Η οικονομική κρίση αποτελεί τη μία από τις δύο φάσεις των οικονομικών διακυμάνσεων και συγκεκριμένα τη φάση της καθόδου, όταν δηλαδή η οικονομική δραστηριότητα βρίσκεται σε μια συνεχή συρρίκνωση (European Commission, 2009).

Οι οικονομικές διακυμάνσεις ορίζονται ως οι διαδοχικές αυξομειώσεις της οικονομικής δραστηριότητας μέσα σε μια οικονομία. Λέγονται αλλιώς και κυκλικές διακυμάνσεις ή οικονομικοί κύκλοι. Οι Άγγλοι αποδίδουν το φαινόμενο με τον όρο (business cycles), ακριβώς για να τονίσουν την ιδιαίτερη βαρύτητα των επενδύσεων στην εξέλιξη του οικονομικού κύκλου. Από πολύχρονες στατιστικές παρατηρήσεις διαπιστώθηκε ότι οι οικονομικοί κύκλοι διαρκούν περίπου από 7 έως 11 χρόνια (European Commission, 2009).

Οι οικονομικές κρίσεις θεωρούνται μέρος του οικονομικού μοντέλου ανάπτυξης και εμφανίζονται ανά περιόδους σε διάφορα σημεία του πλανήτη, ενώ πολλοί οικονομικοί αναλυτές θεωρούν τις κρίσεις μέρος της διαδικασίας ανάπτυξης του



καπιταλιστικού συστήματος οργάνωσης και παραγωγής [Βούλγαρης & Τριανταφυλλόπουλος (2009)].

Η κρίση που βιώνουμε στην Ελλάδα από το 2009, έχει τις απαρχές της στην ένταξη της χώρας στην ευρωζώνη, ενώ αφορμή για την έναρξή της αποτέλεσε η κρίση των ενυπόθηκων στεγαστικών δανείων υψηλού ρίσκου στις Η.Π.Α. το 2007.

Η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει την κοινωνία σε όλους τους τομείς που συνιστούν την ποιότητα ζωής. Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τη ποιότητα ζωής των ανθρώπων μέσα σε μια κοινωνία, είναι η υγεία. Είναι γεγονός ότι το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, πριν την οικονομική κρίση αντιμετώπιζε σοβαρά προβλήματα στην χώρα μας. Από τον καιρό που εμφανίστηκε η οικονομική κρίση, η παροχή και η δυνατότητα πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας έχει φτάσει στο πιο χαμηλό επίπεδο των τελευταίων δεκαετιών. Οι περισσότεροι από τους πολίτες δεν έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας όπως για παράδειγμα επισκέψεις σε εξωτερικά ιατρεία, είτε σε ιδιωτικό είτε σε δημόσιο τομέα, για το λόγο ότι εξαιτίας της οικονομικής κρίσης ένα μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού δεν έχει χρήματα για ιατρική περίθαλψη ή για εξετάσεις για κάποιο πρόβλημα που αντιμετωπίζει, είτε για προληπτικές εξετάσεις (Λιαρόπουλος, 2010).

Οι μειώσεις των συντάξεων και του βασικού μισθού σε συνδυασμό με την αύξηση της φορολογίας και των τιμών βασικών προϊόντων διατροφής λειτουργούν αποπνικτικά για χιλιάδες νοικοκυριά έχοντας ισχυρό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των κατοίκων της χώρας.

Εν κατακλείδι, οι οικονομικές πιέσεις, η αλλαγή των συνθηκών ζωής και η ανάγκη προσαρμογής σε ένα διαρκώς μεταλλασσόμενο κοινωνικό-οικονομικό περιβάλλον, αποτελούν μερικές μόνο από τις διαστάσεις της κρίσης που λειτουργούν επιβαρυντικά στην ανθρώπινη υγεία, σκιαγραφώντας ταυτόχρονα μια πιεστική συνθήκη ζωής για τον άνθρωπο που αγωνίζεται να προσαρμοστεί (Stuckler, 2011).

## 2.3 Οικονομική κρίση στην Ελλάδα

Η οικονομική κρίση στην Ελλάδα έχει προκαλέσει ανησυχία στην ευρωζώνη και την παγκόσμια οικονομική κοινότητα (Οικονομου Ν, Tountas 2011). Οι αναλύσεις δείχνουν ότι οι κύριες πηγές της ανεπάρκειας είναι οι σοβαρές διαρθρωτικές αδυναμίες στη δημόσια διοίκηση, την οικονομία και την κοινωνία που οδηγούν σε γραφειοκρατία, διαφθορά, χαμηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών και υψηλό κόστος. (Grammatikopoulos I, 2011). Παρόλο που οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από το 5,3% του Ακαθάριστου Εγχώριου Προϊόντος το 1991 στο 9,7% το 2008, ένα ποσοστιαίο σημείο υψηλότερο από το μέσο όρο του 8,9% των Χωρών του ΟΟΣΑ, η αποτελεσματικότητα του ελληνικού συστήματος υγείας μειώθηκε.

Όπως αναφέρεται συχνά, η Ελλάδα αντιμετωπίζει τη μεγαλύτερη οικονομική κρίση της σύγχρονης ιστορίας. Σύμφωνα με πολλούς πολιτικούς, δημοσιογράφους, πολιτικούς και οικονομικούς αναλυτές μία από τις βασικές αιτίες του υπέρογκου δημόσιου χρέους της χώρας και των ελλειμμάτων είναι η αναποτελεσματική και αντιπαραγωγική δημόσια διοίκηση. Η δομή και η οργάνωση των περισσότερων ελληνικών δημόσιων ιδρυμάτων θεωρείται γραφειοκρατική και χαρακτηρίζεται από την έλλειψη κατάλληλων συστημάτων τεκμηρίωσης, αξιολόγησης, ελέγχου και κανονισμού. πολιτικές διαμορφώνονται περισσότερο από τις αντιλήψεις των ηγετών, την πίεση της κοινής γνώμης, τα επαγγελματικά και οικονομικά συμφέροντα και λιγότερο από ένα ορθολογικό σύστημα με καθορισμένες προτεραιότητες και στρατηγικές λήψεων απόφασης. Η ελληνική πρωτοβάθμια φροντίδα είναι υψηλά κατακερματισμένη καθώς εμπλέκονται αρκετοί διαφορετικοί δημόσιοι και ιδιωτικοί επαγγελματίες υγείας δίχως συντονισμό και έλεγχο του συστήματος. Περαιτέρω επιδείνωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αναμένεται με τη δημοσιονομική κρίση. (Luna P. 2011).

Τέλος, η διατήρηση στην Ελλάδα των ικανοποιητικών δεικτών υγείας, ως επί το πλείστον, οφείλεται στο καλό κλίμα, τη σχετικά υψηλή ποιότητα ζωής και τη μάλλον υγιεινή διατροφή [Luna P, 2011 στον Kentikelenis A, Papanicolas I. 2012)].

## 2.4 Κρίση και τρίτη ηλικία

Η έννοια της «κρίσης», όπως χρησιμοποιήθηκε στην αγγλική ορολογία για τη διατύπωση της θεωρίας της κρίσης, εμπεριέχει το διπλό νόημα της ελληνικής λέξης «κρίση», από την οποία προήλθε αφενός μεν «τη διαταραχή της ομαλής πορείας μια διαδικασίας», αφετέρου δε τη «διαδικασία λήψης αποφάσεων». Η διττή έννοια του όρου αναλύθηκε αργότερα από τους Carlan και Rapoport οι οποίοι θεμελίωσαν τη θεωρία της κρίσης.

Σύμφωνα με τους ανωτέρω θεωρητικούς, η κρίση ορίζεται ως μια ανατροπή σε μια σταθερή κατάσταση. Το άτομο επιδιώκει να διατηρήσει μια ισορροπία κατά την πορεία της ζωής του μέσω προσαρμοστικών μηχανισμών και δραστηριοτήτων επίλυσης προβλημάτων. Αυτή η ομοιοστατική ισορροπία του ατόμου μπορεί να διαταραχθεί από ορισμένα γεγονότα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της ζωής του με αποτέλεσμα να περιέλθει σε κατάσταση κρίσης. Κατά την περίοδο της κρίσης οι συνήθειες προσαρμοστικοί μηχανισμοί του ατόμου δεν είναι επαρκείς ούτε οδηγούν γρήγορα στην προηγούμενη ισορροπία (Rapoport, 1966:24).

Οι άνθρωποι της Τρίτης Ηλικίας, αποτελούν ένα σημαντικό κομμάτι της Ελληνικής Κοινωνίας όχι μόνο για τη συνεχιζόμενη προσφορά τους, αλλά και για λόγους ευαισθησίας απέναντι σε μια ομάδα πολιτών που καθίστανται εκ των πραγμάτων όλο και πιο αδύναμοι, έχουμε όλοι την υποχρέωση να φροντίζουμε για την ασφαλή και αξιοπρεπή διαβίωσή τους.

Η Παγκόσμια Ημέρα των Ηλικιωμένων, γνωστή και ως «Παγκόσμια Ημέρα για την Τρίτη Ηλικία» εορτάζεται κάθε χρόνο την 1η Οκτωβρίου. Υιοθετήθηκε από τη Γενική Συνέλευση του ΟΗΕ το 1990, για να αποτίσει τον οφειλόμενο φόρο τιμής στους ηλικιωμένους, αλλά και να επισημάνει τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν.

Συμπερασματικά τα άτομα της τρίτης ηλικίας αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα όπως μειωμένες συντάξεις, πιθανόν να έχουν βιώσει μοναξιά, μια απώλεια ενός συντρόφου, συγγενή, ενός φίλου. Δικαιούνται αξιοπρεπείς συντάξεις και σωστή ιατροφαρμακευτική και νοσοκομειακή περίθαλψη που μόνο το Κράτος μπορεί να τους τα παρέχει.

Εν μέσω αυτής της κρίσης, μεγαλώνει η ζήτηση για κάποια θέση σε μια μονάδα περίθαλψης ηλικιωμένων του κράτους, της εθελοντικής πρωτοβουλία της εκκλησίας ή των δήμων. Απευθύνονται σε όσους δεν έχουν συγγενείς για να τους φροντίσουν, όσοι δεν μπορούν να αντεπεξέλθουν στο κόστος μιας ιδιωτικής μονάδας (από 600 έως 1.300 ευρώ μηνιαίως) ή όσους λαμβάνουν χαμηλή σύνταξη που δεν αποτελεί καν δέλεαρ για κάποιον οικείο ώστε να τους γηροκομήσει.

Έπειτα η οικονομική κρίση προκαλεί προβλήματα και στον τομέα της υγείας διότι μειώνονται οι προϋπολογισμοί για την κοινωνική και ιατρική ασφάλιση των ατόμων και ειδικά των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Συνεπώς τόσο τα κέντρα τα οποία ελέγχονται από το κράτος όσο και τα ιδρύματα με ιδιωτικό χαρακτήρα αναγκάζονται λόγω της κρίσης να μειώσουν τις παροχές τους (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Να αναφερθεί πως εκτός από τη μείωση των κρατικών δαπανών συγκεκριμένα με την υγεία, η οικονομική κρίση φαίνεται πως έχει επηρεάσει και αναμένεται να επηρεάσει ακόμα περισσότερο την παροχή εξωτερικής βοήθειας προς τη χώρα μας στον τομέα αυτό. Επίσης η οικονομική κρίση εμφανίζει συνέπειες στο κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα διότι τα αρχικά συναισθήματα του φόβου και της ανασφάλειας μετατράπηκαν στην πορεία σε αισθήματα θυμού και έντασης. Με την σειρά τους δυσχεραίνουν τη δυνατότητα των ατόμων να επιλύουν με διάλογο, ηρεμία τις διαφορές τους (Μαλλιαρόπουλος, 2010).

Εν κατακλείδι, να αναφέρουμε πως η οικονομική κρίση επηρέασε και τις συνθήκες εργασίας και τη δυνατότητα των ατόμων, όλων των ηλικιών, άρα και της τρίτης ηλικίας να εργαστούν. Παρακάτω θα αναφερθούμε στην ανεργία, η οποία πλήττει σήμερα τη χώρα μας.

## 2.5 Ανεργία και τρίτη ηλικία

Η ανεργία ορίζεται η έλλειψη εργασιακής απασχόλησης, η οποία οφείλεται σε μειωμένη προσφορά εργασίας (Μπαμπινιώτης, 2002). Ποιο αναλυτικά, με το όρο ανεργία αναφερόμαστε στην κατάσταση εκείνη κατά την οποία όσοι προσφέρονται για

εργασία δε βρίσκουν απασχόληση έναντι αμοιβής, ανάλογα με την ειδίκευση και τις δεξιότητες που διαθέτουν (Γλωσσάριο, CEDEFOP, 1996).

Οι νέοι μπορεί να έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό ανεργίας και σύμφωνα με τα στοιχεία της ΕΛΣΤΑΤ το 42,8% των νέων δεν εργάζονται. Όμως, ενώ για τους νέους υπάρχει βελτίωση μετά το 2011, αφού το ποσοστό της ανεργίας περιορίστηκε από 43,8% το 2011 και 58,7% το 2013 σε 42,7 τον Ιούλιο του 2016, οι πολίτες μεγάλων ηλικιών χτυπήθηκαν σκληρά από την ανεργία, αφού τα ποσοστά τους εκτοξεύτηκαν στα ύψη.

Από τα στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας προκύπτει ότι το ποσοστό των ανέργων ηλικίας 65 ως 75% από τον Ιούλιο του 2011 ως τον Ιούλιο του 2016 τετραπλασιάστηκε και από 3% πέταξε στο 12%. Επίσης, στις ηλικίες 55 ως 64 ετών το ποσοστό ανεργία διπλασιάστηκε. Μάλιστα για το 2016 είναι η μόνη ηλικιακή ομάδα που η κατάσταση της ανεργίας επιδεινώθηκε, ενώ σε όλες τις άλλες, σημειώθηκε βελτίωση. Η σύγκριση του 2017 με το 2017 αποκαλύπτει επίσης ότι στη μόνη ηλικιακή ομάδα που βελτιώθηκε η κατάσταση είναι στους νέους 15 ως 24 ετών, ενώ χειροτέρευσε σε όλες τις άλλες ηλικιακές ομάδες.

Τέλος, όπως αναφέρεται στο άρθρο της εφημερίδας Newsit (2016), να σημειωθεί ότι η θέση των μεγαλύτερων ηλικιών είναι δυσχερέστερη, γιατί πιο δύσκολα βρίσκουν δουλειά και οι περισσότεροι είναι μακροχρόνια άνεργοι.

Σύμφωνα με ένα άρθρο - άποψη που δημοσιεύτηκε στη Καθημερινή εφημερίδα (2014), υπάρχει μια διάκριση στην ανεργία. Τα τελευταία χρόνια δεν έχουν ληφθεί μέτρα σημαντικά για τους άνεργους μέσης και μεγάλης ηλικίας στην ανεργία. Για το υπουργείο εργασίας δεν υπάρχει η ανεργία για τους μεσήλικους. Το θέμα συγκεκριμένα είναι με την ανεργία της μέσης και της τρίτης ηλικίας δεν είναι μόνο κοινωνικό αλλά και δημοσιονομικό, ασφαλιστικό, όσο πλησιάζει η χώρα προς την αύξηση της συνταξιοδότησης με η χωρίς κρίση με αποτέλεσμα να ολοκληρωθεί ο εργασιακός βίος για τις γενιές που γεννήθηκαν από το 1946 έως το 1964 θα επηρεαστεί αρνητικά και το έλλειμμα των ταμείων.

Τα στοιχεία που δόθηκαν στη δημοσιότητα κατά τη διάρκεια της ημερίδας που διοργάνωσε η ΟΚΕ είναι συντριπτικά για την ιδιαίτερα δυσμενή θέση που έχουν οι άνεργοι κάποιας ηλικίας. Δεν μιλάμε για μια οποιαδήποτε ηλικιακή κατηγορία. Οι

πολίτες αυτής της ηλικίας είναι το 51,8% του πληθυσμού αλλά και το 67,4% των οικονομικά μη ενεργών. Όπως προκύπτει και από τα στοιχεία που παρουσίασε ο καθηγητής Σ. Ρομπόλης, οι άνεργοι σε αυτή την ηλικία είναι διπλάσιοι από τους νέους σε ηλικία ανέργους και υπολογίζονται σε 359.000 άτομα έναντι 178.000 ανέργων στις μικρότερες ηλικίες. Οι μεγαλύτεροι απορροφούν πιο δύσκολα τις επιπτώσεις από την αναγκαστική παραμονή στο σπίτι και αναγκάζονται είτε να βγουν πολύ πιο νέοι στη σύνταξη, εξαγοράζοντας ακριβά με τις οικονομίες που είχαν κάποια πλασματικά χρόνια -διακινδυνεύοντας έτσι και τη χλεύη όλων όσοι νομίζουν ότι είναι παράδεισος σήμερα η συνταξιοδότηση- ή αναζητώντας δουλειές του ποδαριού με όποιο κόστος. Διότι σε αυτή την κατηγορία των εργαζομένων ηλικίας 45-64 ετών μόλις ένα 3,2% έχει μεταπτυχιακό τίτλο και μόνο ένας στους 5 φέρει κάποιο πτυχίο Ανώτατης Σχολής. Επίσης μόνο το 30% εξ αυτών έχει μόνο απολυτήριο μέσης εκπαίδευσης. Στην πλειονότητά τους είναι χαμηλών τυπικών προσόντων.

Τέλος, ένας στους τρεις είναι αυτοαπασχολούμενος, ενώ το ποσοστό της μισθωτής εργασίας ανέρχεται στο 54,5%. Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία πολίτες έχουν περισσότερες πιθανότητες να βρεθούν στην ανεργία, κι όταν γίνει αυτό, μένουν για πολύ καιρό εκτός αγοράς. Είναι χαρακτηριστικό ότι από τους 359.000 ανέργους ηλικίας 45-64 ετών το 77,6% είναι στη μακροχρόνια ανεργία. Δηλαδή βρίσκονται εκτός εργασίας για 12 ή και περισσότερους μήνες και αποτελούν το 93,6% των «παλαιών» ανέργων. Η μεγάλη πλειονότητα των ανέργων αυτής της ηλικίας έχει τα περισσότερα «ένσημα» στις κατασκευές 1 στους 5, στο εμπόριο 18%, στη μεταποίηση 15,7% (Κοψίνη Χριστίνα, 2014).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

### 3.1 Ορισμός και διαστάσεις ποιότητας ζωής

Για να γίνει κατανοητή η έννοια της «ποιότητας ζωής», είναι θεμιτό να γίνει μια σύντομη περιήγηση στο πρόσφατο παρελθόν αυτού του όρου, παρατηρώντας την εξέλιξή του μέχρι και το σήμερα.

Ήταν σύνηθες φαινόμενο να χρησιμοποιείται ο όρος «ποιότητα ζωής», μετά το τέλος του Δεύτερου Παγκοσμίου πολέμου. Στο Αμερικάνικο λεξιλόγιο, ο όρος αρχικά χρησιμοποιούνταν για τα αντικείμενα αξίας, όπως το αυτοκίνητο, σπίτι, τα χρήματα για να μπορεί κανείς να ταξιδέψει και το να είναι συνταξιούχος (Alexander και Willems στον Farquhar, 1995). Σταδιακά, η χρήση του όρου ξεκίνησε να διευρύνεται. Για παράδειγμα, η «ποιότητα ζωής» υπήρχε στην αναφορά της Επιτροπής του Προέδρου Άιζενχάουερ (President Eisenhower's Commission, 1960 στον Farquhar, 1995) και προσδιορίστηκε ως η εκπαίδευση του ατόμου, το ενδιαφέρον που λαμβάνει, η οικονομική του ανάπτυξη, η υγεία και ευημερία του και η προστασία από αυτούς που δεν ήταν κομμουνιστές. Μετά το τέλος της δεκαετίας του 1960, παρατηρείται ότι η ποιότητα ζωής αναφέρεται σε έννοιες όπως η προσωπική ελευθερία, τα συναισθήματα, η απόλαυση, η απλότητα και η προσωπική φροντίδα (Farquhar, 1995). Η απομάκρυνσή της από την έννοια της υλικής αφθονίας, είναι φανερή.

Στα μεταπολεμικά χρόνια, ταυτόχρονα με την οικονομική ακμή και την αλλαγή στην κοινωνία, έγιναν προσπάθειες να μετρηθεί η ποιότητα ζωής για ερευνητικούς λόγους, στην Ευρώπη και την Αμερική. Τότε, στην έννοια της ποιότητας ζωής προστέθηκε η κοινωνικότητα. Κατέστη σημαντικό να λαμβάνονται υπόψιν κοινωνικοί παράγοντες στη ποιότητα ζωής, όπως για παράδειγμα το διαζύγιο, η παραβατικότητα, ή το πόσες οικογένειες έχουν στη κατοχή τους τηλέφωνο στο σπίτι, ή δυο αυτοκίνητα (Farquhar, 1995).

Σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε υπηρεσίες υγείας, η ψυχική και η σωματική υγεία και η λειτουργικότητα του ατόμου κρίνονται ως απαραίτητες διαστάσεις της ποιότητας ζωής, ιδίως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τα οποία τείνουν να εμφανίζουν συχνά χρόνιες ασθένειες. Έτσι, σε αυτές τις υπηρεσίες, το γενικότερο πλαίσιο στο

οποίο γίνονται μετρήσεις της ποιότητας ζωής, προκύπτει με βάση τον ορισμό που δίνει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, δηλαδή μια κατάσταση καθολικής φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας (World Health Organization, 1958). Η ύπαρξη κατανόησης ως προς τη διαφορά μεταξύ κατάστασης υγείας και ποιότητας ζωής, δρα ως καταλύτης όταν αποφασίζεται πώς θα γίνουν οι μετρήσεις για τη τελευταία.

Σε έρευνες που αφορούν την κοινωνική γεροντολογία και τους κοινωνικούς δείκτες, οι George και Bearon [(1980) στον Farquhar, 1995] περιγράφουν τέσσερις διαστάσεις στην έννοια της ποιότητας ζωής, δυο εκ των οποίων είναι αντικειμενικές και δυο αντιπροσωπεύουν τη προσωπική εκτίμηση του ατόμου: γενική υγεία και κατάσταση λειτουργικότητας, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, ικανοποίηση από τη ζωή και αυτοπεποίθηση. Σε καμία περίπτωση αυτές οι διαστάσεις δεν προσδιορίζουν τη ποιότητα ζωής, παρόλα αυτά είναι τέσσερις βασικοί πυλώνες της, ανάμεσα στις, πιθανώς, άπειρες εκφάνσεις της. Αξιολογή αναφορά επίσης είναι θεμιτό να γίνει και στη σκοπιά του Abrams [(1973) στον Farquhar, 1995], ο οποίος προσδιορίζει τη ποιότητα ζωής ως προς το βαθμό ικανοποίησης ή μη ικανοποίησης των ανθρώπων σε διάφορες καταστάσεις στη ζωή τους.

Όπως φαίνεται και παραπάνω, ορισμοί για τη ποιότητα ζωής υπάρχουν πολλοί. Όπως αναφέρει ο Farquhar (1995): «Οι ορισμοί της ποιότητα ζωής είναι τόσο πολλοί και αντιφατικοί όσο και οι μέθοδοι εκτίμησής της. Είναι μια προβληματική έννοια καθώς διαφορετικοί άνθρωποι εκτιμούν διαφορετικά πράγματα».

### 3.2 Ποιότητα ζωής κατά το γήρας

Παραπάνω αναφέρθηκαν διάφορες όψεις και διαστάσεις γύρω από την έννοια της ποιότητας ζωής. Στη συνέχεια θα καταχωρηθούν περισσότερες πληροφορίες που αφορούν ποιότητα ζωής, αλλά αυτή τη φορά με σημείο αναφοράς τα ηλικιωμένα άτομα.

Η αντίληψη για τη ποιότητα ζωής, διαφέρει σε κάθε ηλικιωμένο άτομο. Για κάποιους είναι πράγματι ποιοτική η ζωή τους, για κάπου άλλους όχι. Οι Xavier κ.α. (2003), αναφέρουν πως το αν τα γηρατειά θα είναι μια ευχάριστη εμπειρία στη ζωή, κρίνεται από αντικειμενικούς παράγοντες που επηρεάζουν το άτομο, όπως η ύπαρξη κοινωνικών υποδομών, και η ερμηνεία που δίνει αυτό στη πραγματικότητά του, για



παράδειγμα το πώς αντιδράει και αντιλαμβάνεται τα δεδομένα της ζωής. Χαρακτηριστικά όπως οι αντιλήψεις, οι στάσεις, και τα «πιστεύω» του καθενός και οι στάσεις του απέναντι στο θάνατο, για παράδειγμα, ή τον αποχωρισμό, μπορούν να διατηρήσουν, να αναπτύξουν ή να υπονομεύσουν τη ποιότητα ζωής.

Κάποιοι βασικοί παράγοντες της ποιότητας ζωής που σχολιάζουν οι Xavier κ.α. (2003), επίσης, είναι η ελαστικότητα και το περιβάλλον. Ως προς τον υποκειμενικό παράγοντα της ελαστικότητας, αναφέρονται στην ικανότητα του ατόμου να αναρρώνουν από στρεσογόνα γεγονότα και καταστάσεις. Για πολλά ηλικιωμένα άτομα, αυτή η ικανότητα είναι πιο δύσκολο να αναπτυχθεί, καθώς είναι πολύ πιθανό να υπάρξουν σε μικρό χρονικό διάστημα πολλές απώλειες. Κατ' επέκταση, δεν έχουν τον απαραίτητο χρόνο να επανέλθουν σε πιο ήρεμη κατάσταση και να είναι συναισθηματικό πιο ανθεκτικοί, την επόμενη φορά που θα συμβεί παρόμοιο γεγονός. Ως παραδείγματα απωλειών αναφέρονται η αδυναμία του ατόμου να είναι ανεξάρτητο, η απώλεια οικονομικών πόρων, η απώλεια του/της συζύγου κ.α. Σε όλα τα παραπάνω, εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει και το κοινωνικό περιβάλλον που βρίσκεται το άτομο που βιώνει αυτές τις καταστάσεις. Είναι ευκολότερο ή πιο δύσκολο να αναρρώσει το άτομο από μια απώλεια, αναλόγως του περιβάλλοντος στο οποίο βρίσκεται.

Σύμφωνα με τη Lemme [(1995) στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999], υπάρχουν κριτήρια με τα οποία μπορεί να κριθεί κατά πόσο το άτομο έχει ποιοτικά γηρατειά. Αυτά τα κριτήρια είναι η μεγάλη διάρκεια ζωής, η καλή σωματική υγεία, η καλή ψυχική υγεία, η γνωστική αποτελεσματικότητα, η αίσθηση παραγωγικότητας, η κοινωνικότητα, ο έλεγχος της προσωπικής ζωής του ατόμου, ή, αλλιώς, ανεξαρτησία του ατόμου και η ικανοποίηση και η αίσθηση πληρότητας από τη ζωή.

Συμπερασματικά, όταν πραγματοποιείται προσπάθεια να αξιολογηθεί και να μετρηθεί η ποιότητα ζωής, είναι θεμιτό να προσυπολογίζονται στην έννοια τα αντικειμενικά-περιβαλλοντικά και τα υποκειμενικά κριτήρια.

### 3.3 Ποιότητα ζωής και υγιάς γήρανσης

Εφόσον έγινε αναφορά στους όρους ποιότητας ζωής, τις διαστάσεις και μερικά δεδομένα που είναι χρήσιμο να λαμβάνονται υπόψιν, όταν το θέμα που διερευνάται είναι η ποιότητα ζωής σε ηλικιωμένα άτομα, καθίσταται εξίσου σημαντικό να καταχωρηθούν πληροφορίες που αφορούν την «υγιά γήρανση».

Οι Kusumastuti κ.α. [(2016) στους Gouvas κ.α., 2018] εξηγούν: «Η γήρανση είναι μια σύνθετη διαδικασία, η οποία επηρεάζει τον καθένα ξεχωριστά με διαφορετικό ρυθμό, τρόπο και έκταση. Αρχίζει από νωρίς, αυτόματα, αλλά και στην πορεία επηρεάζεται από τις επιλογές και συνθήκες ζωής των ατόμων, στις οποίες άλλες φορές μπορούμε να παρέμβουμε και άλλες όχι. Οι ηλικιωμένοι που έχουν καλή σωματική και γνωστική λειτουργικότητα, δεν πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή αναπηρίες και παραμένουν κοινωνικά ενεργοί χαρακτηρίζονται ότι έχουν γεράσει επιτυχώς». Οι Gouvas κ.α. (2018), σχολιάζουν πως όταν γίνεται λόγος για τα παραπάνω δεδομένα, στη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ο όρος «υγιής γήρανση».

Οι Gouvas κ.α. (2018), παραθέτουν στο άρθρο τους μερικούς παράγοντες – δραστηριότητες στη ζωή του ατόμου, που επηρεάζουν μακροπρόθεσμα τον αν θα έχουν υγιή γήρανση. Αυτοί είναι: οι διατροφικές συνήθειες του ατόμου, το αν καπνίζει, το αν εκτελεί σωματική δραστηριότητα και κοινωνικοί παράγοντες, όπως το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο, οικογενειακές του σχέσεις και το μορφωτικό του επίπεδο.

Όπως γίνεται αντιληπτό, όταν γίνεται αναφορά σε έννοιες όπως «καλή σωματική και γνωστική λειτουργικότητα», απουσία αναπηριών και χρόνιων ασθενιών στη ζωή ηλικιωμένων ατόμων, η διατήρηση της κοινωνικής ενεργητικότητάς τους, είναι αναπόφευκτο να συσχετιστούν με αυτές που αναλύονται στα προηγούμενα κεφάλαια και αφορούν τη ποιότητα ζωής.

### 3.4 Σχέση ποιότητας ζωής με οικονομική κρίση σε άτομα τρίτης ηλικίας

#### 3.4.1 Σχέση Τρίτης Ηλικίας με Κοινωνική Εργασία

Η Κοινωνική Εργασία, όπως ορίζεται από τη Γενική Συνέλευση της Διεθνούς Ομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών του Ιουλίου 2014: «είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους».

Τα άτομα που ανήκουν στην τρίτη ηλικία αποτελούν μια ευάλωτη κοινωνική ομάδα λόγω της πληθώρας των προβλημάτων που καλούνται να αντιμετωπίσουν. Οι ηλικιωμένοι αντιμετωπίζουν προβλήματα σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής φύσεως τα οποία πολλές φορές καθιστούν πολύ δύσκολη την καθημερινότητά τους.

Όπως γίνεται αντιληπτό, τα ηλικιωμένα άτομα επωφελούνται από την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, χρειάζονται να ενταχθούν στην κοινωνία και είναι απαραίτητο να ενδυναμωθούν και να απελευθερωθούν. Επίσης, βάσει των αρχών της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας, που διέπουν την επιστήμη και το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας, τα ηλικιωμένα άτομα είναι ένα από τα πολλά πεδία απασχόλησης του επαγγέλματος.

Παρακάτω θα αναλυθούν βασικές έννοιες που χρησιμοποιούνται στην κοινωνική εργασία και αφορούν την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων όπως αυτό της οικονομικής κρίσης και της τρίτης ηλικίας.

### 3.4.2 Κοινοτική εργασία και κοινοτική ανάπτυξη

Οι ηλικιωμένοι επηρεάζονται από την οικονομική κρίση και είναι ασφαλές να εξαχθεί το συμπέρασμα ότι η προσέγγιση που ενδείκνυται να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση του εν λόγω ζητήματος, είναι αυτή της “κοινοτικής ανάπτυξης” μέσω της “κοινοτικής εργασίας”.

Σύμφωνα με τους Pearson J, Thomas M. (2006), η Κοινοτική Εργασία ή αλλιώς Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα (ΚΕΚ), είναι “μια ευρεία κλίμακας σειρά από πρακτικές σχεδιασμένες να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ατόμων μιας καθορισμένης περιοχής, γεωγραφικής τοποθεσίας ή κοινότητας που καθοδηγούνται από θεωρίες και εφαρμόζονται με συγκεκριμένη μεθοδολογία”. Η κοινοτική εργασία μπορεί να εφαρμοστεί σε όλα τα επίπεδα (άτομο, ομάδα, κοινότητα), αλλά ουσιαστικά, καθορίζεται από τις δράσεις που οργανώνονται με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του πληθυσμού απασχόλησης, τις κοινωνικές σχέσεις και το κοινωνικό κεφάλαιο μιας κοινότητας. Αναπόσπαστο κομμάτι της κοινοτικής εργασίας είναι η συστηματική αντιμετώπιση κοινοτικών προβλημάτων, τα οποία απασχολούν κατηγορίες ή ομάδες πολιτών σε μια κοινότητα, συνοικία, γειτονιά, η κινητοποίηση των κατοίκων για την επίλυση των προβλημάτων, η παρέμβαση και η ανάπτυξη αποτελεσματικής

συνεργασίας μεταξύ κοινοτικών οργανώσεων και φορέων κοινοτικής δράσης και, τέλος, την αξιοποίηση όλων το τοπικών και υπερ-τοπικών πηγών βοήθειας για επίλυση προβλημάτων ή βελτίωση της ποιότητα ζωής βελτίωση της λειτουργικότητας της κοινότητας.

Η Κοινωνική Εργασία με Κοινότητα εκτελείται μέσα από τρεις βασικές μεθόδους (μεθοδολογίες): η τοπική ή κοινοτική ανάπτυξη, κοινωνική δράση, παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα. Η “τοπική ανάπτυξη” αφορά την προσπάθεια για καλύτερη ποιότητα ζωής μιας τοπικής κοινωνίας/κοινότητας με την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, των δομών και υποδομών, των λειτουργιών της κοινότητας εν γένει του κοινωνικού και οικονομικού κεφαλαίου της τοπικότητας. Ασκείται από κυβερνητικούς και μη κυβερνητικούς φορείς. Η “κοινωνική δράση” χρησιμοποιείται για να περιγράψει προσπάθειες για επιπλέον πόρους σε μια τοπικότητα, να επιτύχει την ένταξη/συμμετοχή κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων ή ακόμη και να εναντιωθεί στις κοινωνικές ανισότητες. Ως μέσο χρησιμοποιούν και τις καμπάνιες, τη συλλογική δράση για διεκδίκηση με μη-άσκηση βίας. Άλλες λιγότερο μαχητικές πρακτικές μπορεί να είναι οι διαδηλώσεις, οι διαμαρτυρίες, η χρήση των ΜΜΕ και πολιτικών lobby σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο. Η “παροχή υπηρεσιών” εστιάζει στην παροχή υπηρεσιών στην κοινότητα. Έχει ως σκοπό στην ανασυγκρότηση των παρεχόμενων υπηρεσιών ή τη δημιουργία νέων με σκοπό να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες της κοινότητας. Από αυτή την άποψη θεωρείται ότι η πραγματική εμπλοκή της κοινότητας είναι ουσιώδης, Εδώ επιζητούμε την συνεργασία των οργανώσεων που τους αφορά το πρόβλημα και πάλι λαμβάνοντας υπόψη τις απόψεις της κοινότητας. Είναι περισσότερο μια η “top-down” προσέγγιση που επιδιώκει να ενθαρρύνει την διαβούλευση και συμμετοχή στην ανάπτυξη των αναγκαίων υπηρεσιών. Πολλοί κοινοτικοί λειτουργοί προσπαθούν να αναπτύξουν μια πιο “bottom-up” προσέγγιση, μια προσέγγιση που προκαλεί το ‘επαγγελματικό-γραφειοκρατικό ήθος (Pearson J, Thomas M, 2006).

Από τα τρία μοντέλα που παρατίθενται και χρησιμοποιώντας τη γνώση που αναπαράγεται στα προηγούμενα κεφάλαια, το πιο ολοκληρωμένο σαν μέθοδος παρέμβασης για θέματα που αφορούν την ανάπτυξη ποιότητας ζωής μιας ευάλωτης ομάδας όπως οι ηλικιωμένοι, σε περιόδους οικονομικής κρίσης, είναι αυτό της κοινοτικής (τοπικής) ανάπτυξης. Αυτό, καθώς εστιάζει στην ανάπτυξη του κοινωνικού και οικονομικού κεφαλαίου της κοινότητας, δημιουργώντας, εν δυνάμει, για τους

ηλικιωμένους, ένα ασφαλέστερο περιβάλλον με ανεπτυγμένες δομές και υποδομές, εύκολα προσβάσιμες, ώστε να εξυπηρετούν τις ανάγκες τους στο βαθμό που αυτό είναι δυνατό. Μια κοινότητα που μπορεί να αναπτύσσεται βασιζόμενη στις ανάγκες των κατοίκων που την απαρτίζουν και να τις καλύπτει σε μικρό ή μεγαλύτερο βαθμό, μπορεί να επηρεάσει αντίστοιχα τη ποιότητα ζωής τους και να καταπολεμήσει τις δυσκολίες που δημιουργούνται από την οικονομική κρίση. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι καθοριστικός για να εφαρμοστεί ένα μοντέλο κοινοτικής ανάπτυξης σε μια κοινότητα. Εφαρμόζοντας τις γνώσεις, τις αξίες και τις αρχές της κοινωνικής εργασίας γενικά και κοινωνικής εργασίας με κοινότητα ειδικότερα, μπορεί να δράσει ως καταλύτης, για ενέργειες που αποσκοπούν στην κοινοτική ανάπτυξη.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας (60-80 ετών) στο δήμο Ηρακλείου και κατά πόσο αυτή έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση. Οι επιμέρους άξονες που μελετήθηκαν αφορούσαν την αντίληψη του ερωτώμενου για: τη διαμόρφωση του εισοδήματός του και την επάρκειά του, τη γενική κατάσταση υγείας του και το σωματικό πόνο, τη λειτουργικότητα και την επίδοση στις καθημερινές δραστηριότητες, την ψυχική υγεία και διάθεση και τέλος τις κοινωνικές σχέσεις (κοινωνική λειτουργικότητα). Επίσης, καταγράφηκαν τα βασικά δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

### 4.2 Ερευνητικά ερωτήματα και υποθέσεις έρευνας

Από την αξιολόγηση και επεξεργασία των στοιχείων αναμένονταν να διερευνηθούν τα εξής επιμέρους ερωτήματα:

1. Ποια είναι η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων ατόμων που διαμένουν στον Δήμο Ηρακλείου;
2. Πόσο επιδρά η οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων στη ποιότητα ζωής τους;
3. Πόσο επιδρά το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων;
4. Πώς το επίπεδο υγείας επηρεάζει τις δραστηριότητες των ηλικιωμένων;
5. Πώς η σωματική και η ψυχική υγεία επηρεάζει τις κοινωνικές δραστηριότητες των ηλικιωμένων ατόμων;
6. Τι αλλαγές επιφέρει η οικονομική κρίση στις κοινωνικές δραστηριότητες, επιδόσεις εργασίας, διάθεση, εισόδημα των ηλικιωμένων ατόμων.

### 4.3 Μεθοδολογία έρευνας

Το ερευνητικό μέρος της πτυχιακής μας μελέτης διεξήχθη με δειγματοληπτική ποσοτική έρευνα διότι η μέθοδος αυτή προσφέρει σχετικά απλή και άμεση προσέγγιση για τη μελέτη στάσεων, αξιών και πεποιθήσεων. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων κατά το χρονικό διάστημα από τον Φεβρουάριο μέχρι τον Ιούνιο του 2018.

Η συμπλήρωση τους έγινε με προσωπική συνέντευξη, μέθοδος στην οποία «ο συνεντευκτής θέτει τις ερωτήσεις παρόντος του αποκρινόμενου και συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο» (Robson, 2010:278). Τηρήθηκε πιστή σειρά των ερωτήσεων και ακριβής διατύπωσή τους.

### 4.4 Εργαλείο μέτρησης (Ερωτηματολόγιο)

Όπως προτείνει ο Robson (2010:265) «για να βρείτε τι σκέφτονται, αισθάνονται και/ή πιστεύουν οι άνθρωποι, χρησιμοποιήστε συνεντεύξεις, ερωτηματολόγια ή κλίμακες στάσεων». Εργαλείο, λοιπόν, της μέτρησής μας αποτέλεσε το δομημένο ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις κυρίως κλειστού τύπου και κλίμακες Likert. Βασικό κομμάτι του σχεδιασμού του αποτέλεσε το ψυχομετρικό όργανο αυτοεκτίμησης της ποιότητας ζωής SF-36 που έχει τεκμηριωθεί ως αξιόπιστο και έγκυρο στον ελληνικό πληθυσμό και μελέτες το έχουν αξιολογήσει ως κατάλληλο εργαλείο διερεύνησης της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής στους ηλικιωμένους (Καρανικόλα κ.εξ., 2018). Ιδέες δανειστήκαμε επίσης από την πτυχιακή των Αλεξανδρή, Πλαβούκου & Τριανταφύλλου με τίτλο «Ο ρόλος των ηλικιωμένων στην Ελλάδα της κρίσης, της ανεργίας και της μετανάστευσης».

Η τελική δομή του ερωτηματολογίου διαμορφώθηκε με τη συμβολή του επιβλέποντος καθηγητή και αποφασίστηκαν τρεις θεματικές ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει τα κοινωνικοδημογραφικά στοιχεία των ερωτώμενων όπως το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης και τον αριθμό τέκνων/εγγονιών. Η δεύτερη ενότητα αφορά την οικονομική κατάσταση των ηλικιωμένων, εξετάζοντας πώς έχει διαμορφωθεί κατά την κρίση και τι επίδραση είχε αυτό στη ζωή τους. Η τρίτη ενότητα έχει να κάνει με τη λειτουργικότητα και τη συναισθηματική και ψυχολογική κατάσταση των ηλικιωμένων.

## **Πεδίο μελέτης – Επιλογή δείγματος**

Πεδίο μελέτης της έρευνας αποτέλεσε ο Δήμος Ηρακλείου, τόπος προσωρινής διαμονής των μελών της ομάδας. Το δείγμα αποτέλεσαν 150 άνδρες και γυναίκες με κριτήριο εισαγωγής την ηλικία (60 έως 80 ετών) και προσπάθεια να συμπεριληφθούν άνδρες και γυναίκες σε ίση περίπτωση αναλογία. Η τεχνική δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκε ήταν η δειγματοληψία ευκολίας (προσιτότητας) που «ενέχει την επιλογή των πλησιέστερων και πιο εύκαιρων ατόμων ως αποκρινόμενων» (Robson, 2010:314). Η προσέγγιση των ερωτώμενων σε καφενεία, στέκια που συχνάζουν ηλικιωμένοι και ΚΕΚΟΙΦ.ΑΠΗ. Κατά την προσέγγιση των μελών υπήρξε προφορική ενημέρωση τους για τον σκοπό της έρευνας και την τήρηση της ανωνυμίας.

## **Στατιστική Ανάλυση**

Τα δεδομένα που θα προκύψουν από τα ερωτηματολόγια της έρευνάς μας, θα αναλυθούν, κατόπιν κωδικοποίησης και καταγραφής, μέσω του στατιστικού πακέτου για τις κοινωνικές επιστήμες, IBM SPSS-20 (Statistical Package of Social Sciences). Το τελευταίο, όπως και οι υπόλοιπες εκδόσεις που κυκλοφορούν, είναι πρόγραμμα στατιστικής ανάλυσης που χρησιμεύει στη καταγραφή, τη διαχείριση και την επεξεργασία των δεδομένων (Σαγλάς, 2017). Τα επίπεδα ανάλυσης που θα εφαρμοστούν, ανήκουν στην περιγραφική και επαγωγική στατιστική. Πιο συγκεκριμένα, από πλευρά περιγραφικής στατιστικής θα πραγματοποιηθούν: α) η κατανομή συχνοτήτων, όπου παρατηρούνται οι κατανομές των αριθμητικών και ποσοστιαίων συχνοτήτων, β) η παρουσίαση των μέτρων κεντρικής στάσης και διασποράς των τιμών. Από πλευράς επαγωγικής στατιστικής θα πραγματοποιηθούν, κυρίως, δια μεταβλητής αναλύσεις (t-test, Anova, correlation, x<sup>2</sup>-test), οι οποίες θα αναδείξουν τις σχέσεις μεταξύ διαφορετικών μεταβλητών, εντοπίζοντας ομοιότητες ή/και διαφοροποιήσεις, μέσω των διασταυρούμενων πινάκων (Γναρδέλλης, 2009).

## **Δυσκολίες κατά την διεξαγωγή της έρευνας**

Κατά τη διάρκεια της διεξαγωγής της έρευνας παρουσιάστηκαν ορισμένες δυσκολίες όσον αφορά την συλλογή του δείγματος. Κάποια από τα άτομα που προσεγγίσαμε έδειξαν απροθυμία να συμμετέχουν από φόβο/καχυποψία. Εμείς ενημερώναμε πάντοτε για την ανωνυμία των ερωτηματολογίων και το σκοπό της



έρευνας και εφόσον κάποιος παρέμενε διστακτικός σεβόμασταν την επιθυμία του και περνούσαμε στην αναζήτηση του επόμενου.

Επίσης, η συλλογή των ερωτηματολογίων είχε κόστος σε χρόνο, αφενός για να μας δοθεί η άδεια από τους αρμοδίους επαγγελματίες της εκάστοτε υπηρεσίας και αφετέρου γιατί η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων γινόταν μέσα από πρόσωπο με πρόσωπο συνέντευξη, κάτι που περιόριζε τη δυνατότητα μας να συλλέξουμε αρκετά ερωτηματολόγια ταυτόχρονα.

Τέλος, υπήρξαν περιστατικά που μας έφεραν σε δύσκολη θέση καθώς μερικές φορές οι ερωτώμενοι είχαν τη διάθεση να συζητήσουν μαζί μας μετά την ολοκλήρωση της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Σε αυτές τις περιπτώσεις αντιμετωπίσαμε δυσκολία με την οριοθέτηση και τη διακοπή της συζήτησης, διότι είχαμε υπόψιν πως οι ηλικιωμένοι είχαν ήδη μοιραστεί μαζί μας αρκετές προσωπικές πληροφορίες.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

### Κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά

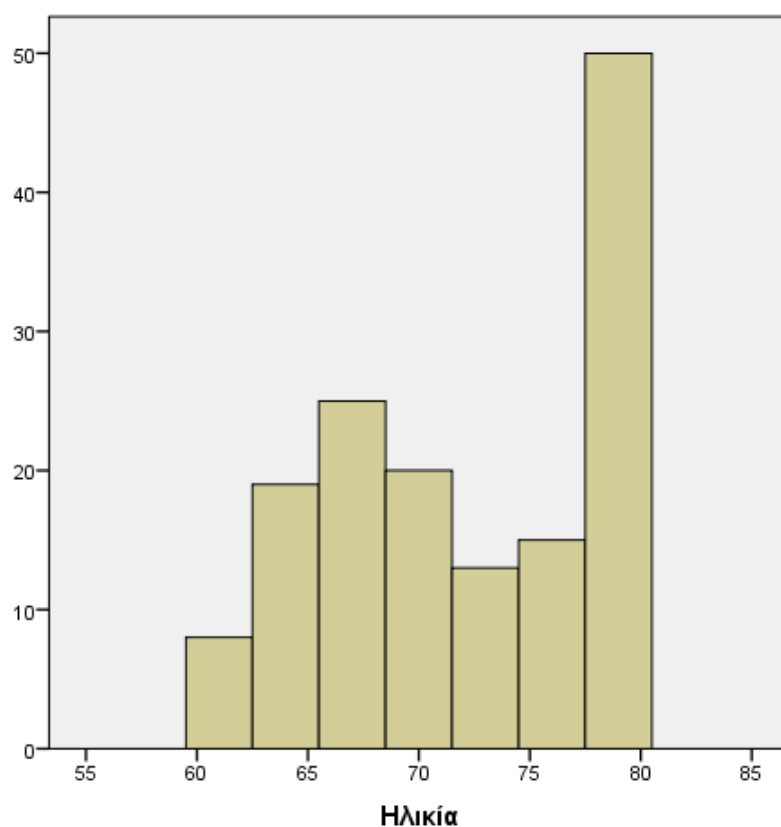
#### Φύλο

Το τελικό δείγμα διαμορφώθηκε από 150 άτομα, 75 άντρες και 75 γυναίκες (πιν. 1)

Πίνακας 1: Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άνδρας	75	50,0
Γυναίκα	75	50,0

#### Ηλικία



Γράφημα 1: Ηλικία

Μ.Τ.= 72,34

Τ.Α.= 6,26

Η κύρια ηλικιακή ομάδα ήταν η 76-80 καθώς σε αυτή συγκεντρώθηκε το 40,7% των ατόμων.

## Οικογενειακή κατάσταση

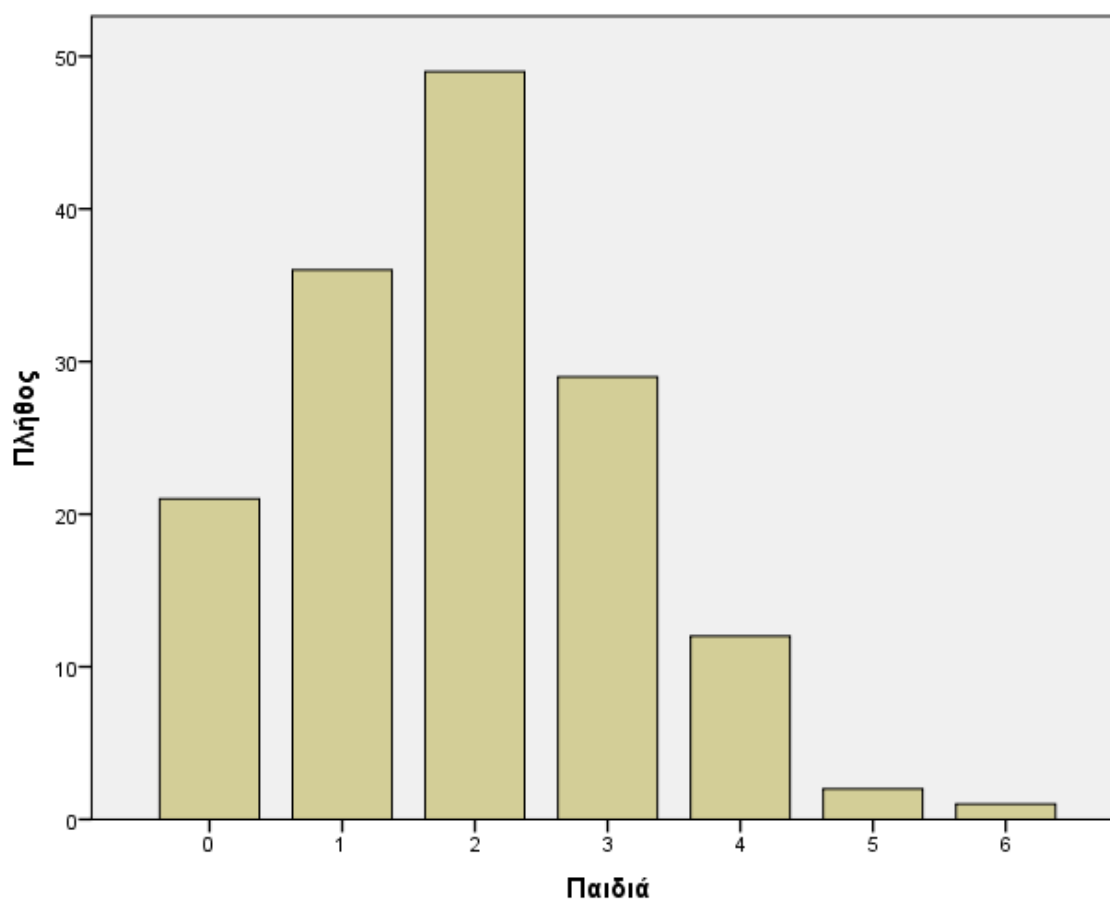
Στην οικογενειακή κατάσταση, το 46,7% δήλωσαν έγγαμοι και το 44% χήροι. Οι υπόλοιπες κατηγορίες εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά (πιν. 2).

Πίνακας 2: Οικογενειακή Κατάσταση

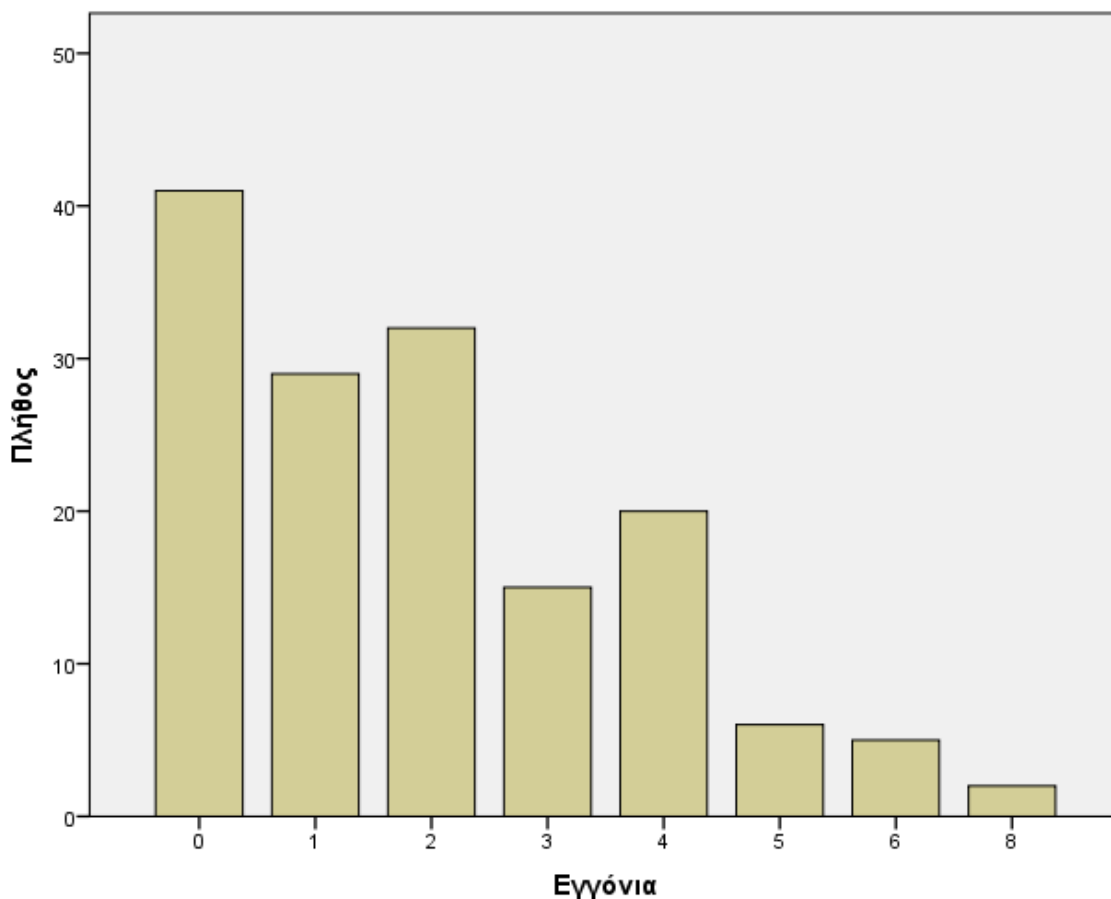
	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Άγαμος/η	8	5,3
Έγγαμος/η	70	46,7
Χήρος/α	66	44,0
Διαζευγμένος/η	6	4,0

## Παιδιά και εγγόνια

Γράφημα 2: Πλήθος παιδιών



Γράφημα 3: Πλήθος εγγονιών



Αναφορικά με το πλήθος παιδιών και εγγονιών, η μέση τιμή παιδιών είναι 1,91 με τυπική απόκλιση 1,24 και η μέση τιμή εγγονιών είναι 1,97 με τυπική απόκλιση 1,82.

### Εκπαίδευση

Ως προς την εκπαίδευση, στο 32,7% περιλαμβάνονται άτομα που είτε δεν έχουν λάβει καθόλου εκπαίδευση είτε έχουν ολοκληρώσει κάποιες τάξεις Δημοτικού έως και ολόκληρη την πρωτοβάθμια εκπαίδευση. Σχεδόν όμοια ποσοστά εμφανίζουν και οι επόμενες κατηγορίες με το 35,3% να έχει απολυτήριο Γυμνασίου ή και Λυκείου. Το υπόλοιπο 32% έχει συνεχίσει σε κάποιο μεταλυκειακό επίπεδο, από Ι.Ε.Κ., Τ.Ε.Ι. και Πανεπιστήμιο έως μεταπτυχιακό και διδακτορικό (πιν. 3).

Πίνακας 3: Εκπαίδευση -έως

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	49	32,7
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	53	35,3
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	48	32,0

### Κύρια πηγή εισοδήματος

Κύρια πηγή εισοδήματος για το 67,6% του δείγματος ήταν η σύνταξη (ιδιωτική/δημοσίου/ΟΓΑ) και για το 15,5% κάποιο ελεύθερο επάγγελμα. Το 16,9% δήλωσε ως βασική πηγή εισοδήματος «άλλο» (πιν. 4).

Πίνακας 4: Βασική Πηγή Εισοδήματος

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Ελεύθερο επάγγελμα	23	15,5
Σύνταξη (ιδιωτική/δημοσίου/ΟΓΑ)	100	67,6
Άλλο	25	16,9

### Σημερινή οικονομική κατάσταση

Αναφορικά με την εκτίμηση της σημερινής οικονομικής τους κατάσταση, το 55% τη χαρακτήρισε «κακή» και το 18,1% «πολύ κακή». Το 18,1% απάντησε «μέτρια» και το 5,4% «καλή». Μόνο ένας δήλωσε «πολύ καλή» οικονομική κατάσταση. (πιν. 5).

Πίνακας 5: Οικονομική Κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ καλή	1	0,7
Καλή	8	5,4
Μέτρια	27	18,1
Κακή	82	55,0
Πολύ κακή	31	20,8

## 2.2 Επίδραση της οικονομικής κρίσης στην καθημερινή ζωή – διαστάσεις

Η ενότητα της οικονομικής κρίσης περιλάμβανε 14 ερωτήσεις που αφορούσαν διαστάσεις της ζωής των ηλικιωμένων και κατά πόσο τις έχει επηρεάσει η οικονομική κρίση τον τελευταίο χρόνο. Οι ερωτήσεις επιδέχονταν κλειστές απαντήσεις 5βάθμιας κλίμακας Likert με τις εξής κατηγορίες: Καθόλου (0), Λίγο (1), Μέτρια (2), Πολύ (3), Πάρα πολύ (4).

Πίνακας 6: Διαστάσεις επίδρασης της οικονομικής κρίσης στην καθημερινή ζωή

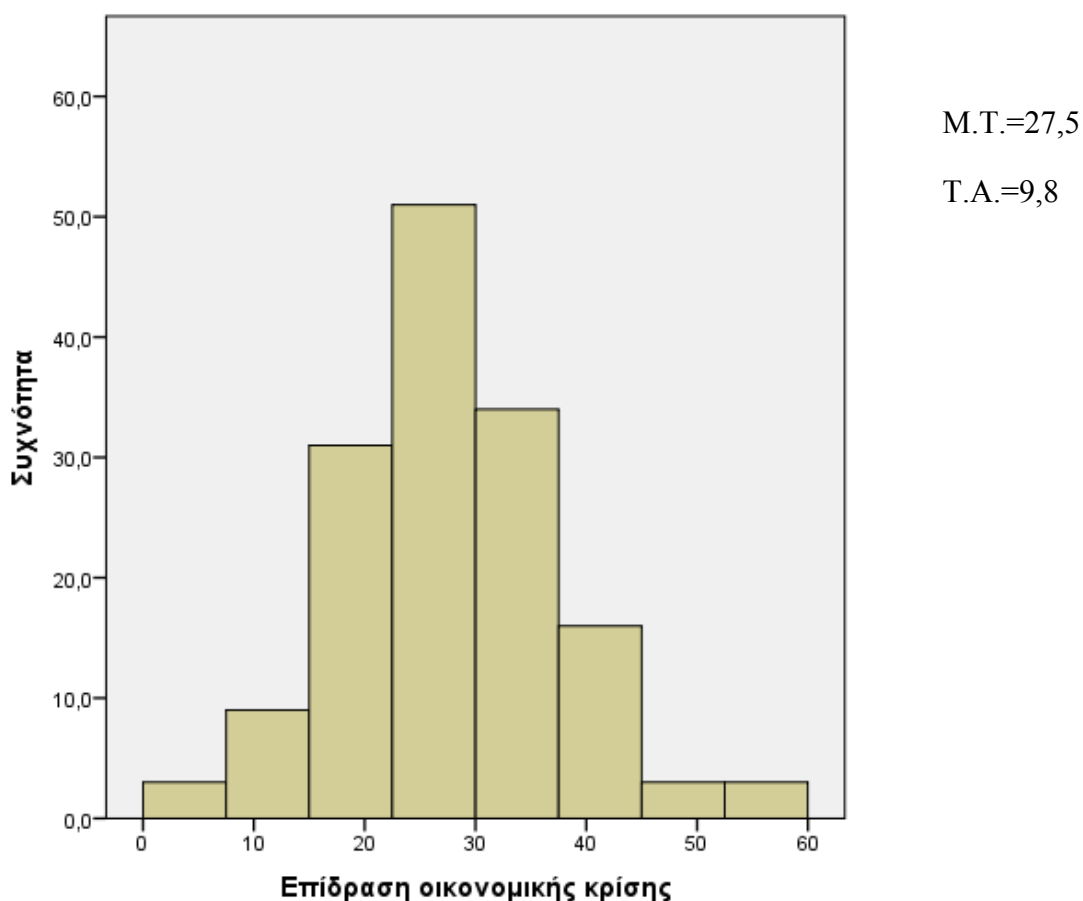
	Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ
Έχουν μειωθεί τα χρήματα που έχω στη διάθεσή μου τον μήνα	0,0%	14,7%	24,7%	42,0%	18,7%
Έχω μειώσει τις εξόδους με φίλους/οικογένεια	6,7%	17,3%	21,3%	34,0%	20,7%
Έχω μειώσει τα προσωπικά μου έξοδα για ένδυση/προσωπικά αντικείμενα	2,7%	16,0%	19,3%	36,7%	25,3%
Έχω μειώσει τις ψυχαγωγικές μου δραστηριότητες και τα χόμπι	3,3%	14,7%	26,0%	35,3%	20,7%
Έχουν μειωθεί οι επιδόσεις μου στις καθημερινές μου δραστηριότητες	5,3%	24,0%	36,7%	22,0%	12,0%
Έχει μειωθεί η συγκέντρωσή μου κατά τη διάρκεια των καθημερινών μου δραστηριοτήτων	23,3%	30,7%	28,7%	14,0%	3,3%
Έχει επηρεαστεί η γενικότερη ψυχολογία μου	0,7%	45,3%	30,0%	16,7%	7,3%
Αισθάνομαι περισσότερο απαισιόδοξος/η από πριν	14,7%	40,0%	24,0%	15,3%	6,0%
Δεν αντλώ ικανοποίηση από την προσωπική μου ζωή	10,7%	44,3%	28,9%	11,4%	4,7%
Έχω απομακρυνθεί από τους φίλους εξαιτίας της κρίσης	11,3%	24,7%	46,0%	12,7%	5,3%
Έχει αυξηθεί το άγχος μου	2,7%	31,1%	20,9%	27,7%	17,6%
Έχει επηρεαστεί η διάθεσή μου γενικότερα	2,7%	37,3%	31,3%	22,7%	6,0%
Έχω απομακρυνθεί από τα άλλα μέλη της οικογένειάς μου εξαιτίας της κρίσης	24,0%	32,0%	34,0%	8,7%	1,3%
Δεν αντλώ ικανοποίηση εκτελώντας τις καθημερινές μου δραστηριότητες	16,7%	39,3%	28,7%	11,3%	4,0%

Μεγαλύτερη μείωση εμφανίστηκε στα προσωπικά έξοδα για ένδυση/προσωπικά αντικείμενα, με το 36,7% να απαντάει «πολύ» και το 25,3% «πάρα πολύ» και στα διαθέσιμα χρήματα ανά μήνα με 42% στο «πολύ» και 18,7% στο «πάρα πολύ». Ακολουθούν οι ψυχαγωγικές δραστηριότητες και τα χόμπι, στα οποία το 35,3% δήλωσε ότι μειώθηκαν «πολύ» και το 20,7% «πάρα πολύ».

Η χαμηλότερη επίδραση δηλώθηκε στην απομάκρυνση από τα άλλα μέλη της οικογένειας όπου το 56% δήλωσε καθόλου έως ελάχιστη, το 34% μέτρια, το 8,7% πολύ και μόλις το 1,3% πάρα πολύ. (πιν. 6).

Δημιουργήθηκε τέλος το συνολικό σκορ του κάθε ερωτώμενου στις παραπάνω 14 ερωτήσεις, το οποίο μπορούσε να κυμανθεί από 0=καθόλου επίδραση της οικονομικής κρίσης στη ζωή του ατόμου, έως 56=πολύ σοβαρή επίδραση της κρίσης στην καθημερινότητα. Το σκορ αυτό ονομάζουμε στο εξής «επίδραση οικονομικής κρίσης». Η μέση τιμή της ήταν 27,51 με τυπική απόκλιση 9,82 και διάμεσο τιμή το 26.

Γράφημα 4: Επίδραση Οικονομικής κρίσης



## Ποιότητα ζωής-υγείας

## Κατάσταση υγείας και σύγκριση με προηγούμενο έτος

Οι ερωτώμενοι δήλωσαν μέτριο προς καλό επίπεδο υγείας με το 44,6% να περιγράφει την υγεία του ως μέτρια και το 39,9% ως καλή. Το 10,8% περιέγραψε την υγεία του ως κακή και το 4,7% πολύ καλή (πιν. 7).

Πίνακας 7: Κατάσταση υγείας σήμερα

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ καλή	7	4,7
Καλή	59	39,9
Μέτρια	66	44,6
Κακή	16	10,8
Total	148	100,0

Στην κλίμακα 0-4 (όπου 0=Εξαιρετική και 4=Κακή), με διάμεσο το 3, η μέση τιμή του δείγματος ήταν 2,61 με τυπική απόκλιση 0,74 δηλαδή η μέση τιμή της υγείας είναι μέτρια προς κακή. Επικρατούσα τιμή ήταν η 3, δηλαδή μέτρια υγεία.

Συγκρίνοντας με τον προηγούμενο χρόνο, το 66,4% δηλώνει πως η υγεία του έμεινε περίπου ίδια ενώ το 24,8% πως χειροτέρεψε λίγο. Για το 4% η υγεία χειροτέρεψε πολύ και για άλλο 4% καλυτέρεψε λίγο. Το 0,7% δήλωσε πως η υγεία του έχει βελτιωθεί πολύ τον τελευταίο χρόνο (πιν. 8). Η μέση τιμή διαμόρφωσης της υγείας σε σχέση με το προηγούμενο έτος είναι 2,28 με τυπική απόκλιση 0,63. Δεδομένου ότι το εύρος της κλίμακας κυμαίνεται από 0=πολύ καλύτερη έως 4=πολύ χειρότερη και έχει διάμεσο το 2.

Πίνακας 8: Κατάσταση υγείας σε σύγκριση με πέρυσι

	Συχνότητα	Ποσοστό (%)
Πολύ καλύτερη	1	,7
Λίγο καλύτερη	6	4,0
Περίπου ίδια	99	66,4
Λίγο χειρότερη	37	24,8
Πολύ χειρότερη	6	4,0



## Περιορισμοί των δραστηριοτήτων

Το κομμάτι αυτό αφορά δραστηριότητες κατά τη διάρκεια μιας τυπικής ημέρας. Εξετάζει κατά πόσο το τρέχον επίπεδο υγείας των ερωτώμενων τους περιορίζει σε 9 δραστηριότητες της καθημερινότητας. Οι ερωτώμενοι μπορούσαν να απαντήσουν για κάθε δραστηριότητα αν η υγεία τους περιορίζει πολύ (2), λίγο (1), ή καθόλου (0).

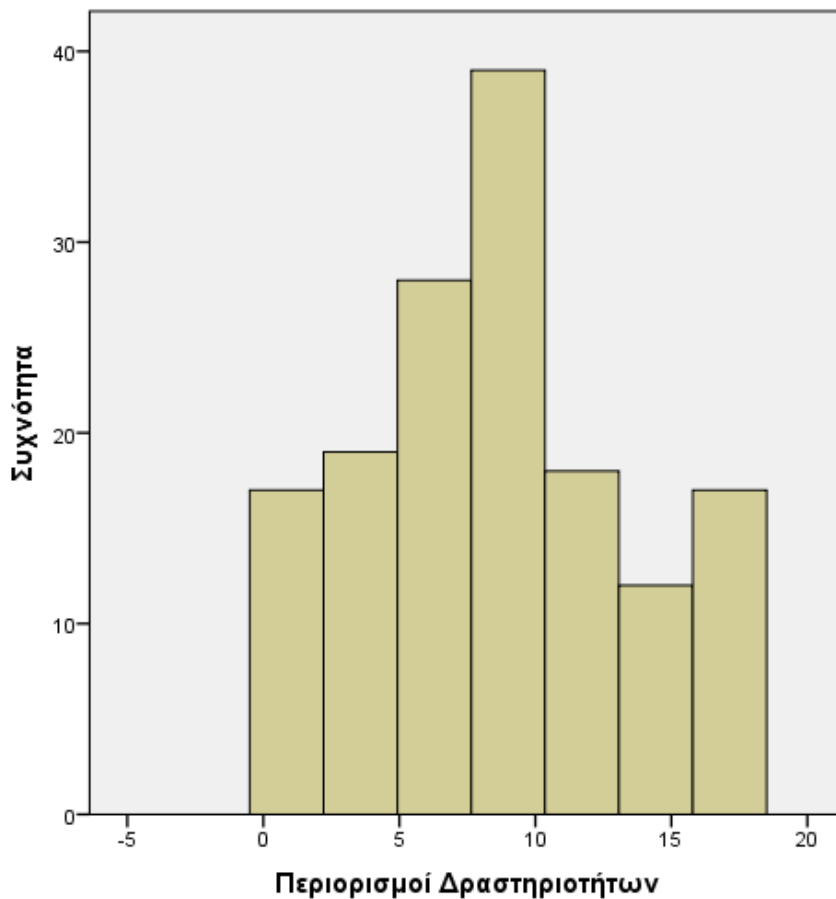
Πίνακας 9: Περιορισμοί των δραστηριοτήτων

	Δεν περιορίζει	Περιορίζει λίγο	Περιορίζει πολύ
Έντονες δραστηριότητες (πχ. τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ)	5,4%	47,0%	47,7%
Μέτριας έντασης δραστηριότητες (πχ. μετακίνηση τραπεζιού, χρήση ηλεκτρικής σκούπας)	32,0%	54,0%	14,0%
Άρση ή μεταφορά τροφίμων	33,6%	52,3%	14,1%
Ανάβαση σκάλας	18,1%	57,7%	24,2%
Γονάτισμα ή σκύψιμο	15,5%	57,4%	27,0%
Περπάτημα πάνω από ένα χιλιόμετρο	21,3%	40,0%	38,7%
Περπάτημα μερικών οικοδομικών τετραγώνων	31,5%	37,6%	30,9%
Περπάτημα ενός οικοδομικού τετραγώνου	39,9%	40,5%	19,6%
Πλύσιμο ή ντύσιμο	62,7%	30,0%	7,3%

Οι δραστηριότητες που περισσότερο περιορίζονται από την κατάσταση υγείας των ερωτώμενων είναι οι έντονες δραστηριότητες, πχ. τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε δυναμικά σπορ, με το 47% να περιορίζεται λίγο και το 47,7% να περιορίζεται πολύ και το περπάτημα για αποστάσεις μεγαλύτερες του ενός χιλιομέτρου, με το 40% να περιορίζεται λίγο και το 38,7% να περιορίζεται πολύ. Η πιο χαμηλή επίδραση εμφανίζεται στο πλήσιμο ή ντύσιμο, όπου το 62,7% δεν περιορίζεται καθόλου, το 30% περιορίζεται μέτρια και το 7,3% περιορίζεται πολύ.

Δημιουργήθηκε για τις παραπάνω 9 ερωτήσεις το συνολικό σκορ που θα ονομάζεται στο εξής «Περιορισμοί στις δραστηριότητες». Επομένως το εύρος της μεταβλητής αυτής κυμαίνεται από 0=καθόλου περιορισμός, έως 18=πολύ σοβαρός περιορισμός σε όλες τις δραστηριότητες. Υπολογίστηκε η διάμεσος ίση με 8,5, ενώ η μέση τιμή του δείγματος ήταν το 8,58 και η τυπική απόκλιση 4,9.

Γράφημα 5: Περιορισμοί των δραστηριοτήτων



M.T.=8,58

T.A.=4,9

### Προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας

Στην ερώτηση αν τον τελευταίο μήνα είχαν κάποιον περιορισμό στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες, λόγω της σωματικής τους υγείας το 55,7% απάντησε όχι και το 44% ναι. Όσο για το αν τον τελευταίο μήνα, έκαναν τη δουλειά τους ή άλλες δραστηριότητες λιγότερο προσεκτικά από ότι συνήθως, λόγω κάποιων ψυχικών προβλημάτων (πχ. άγχος), το 58% απάντησε αρνητικά και το 42 % θετικά.

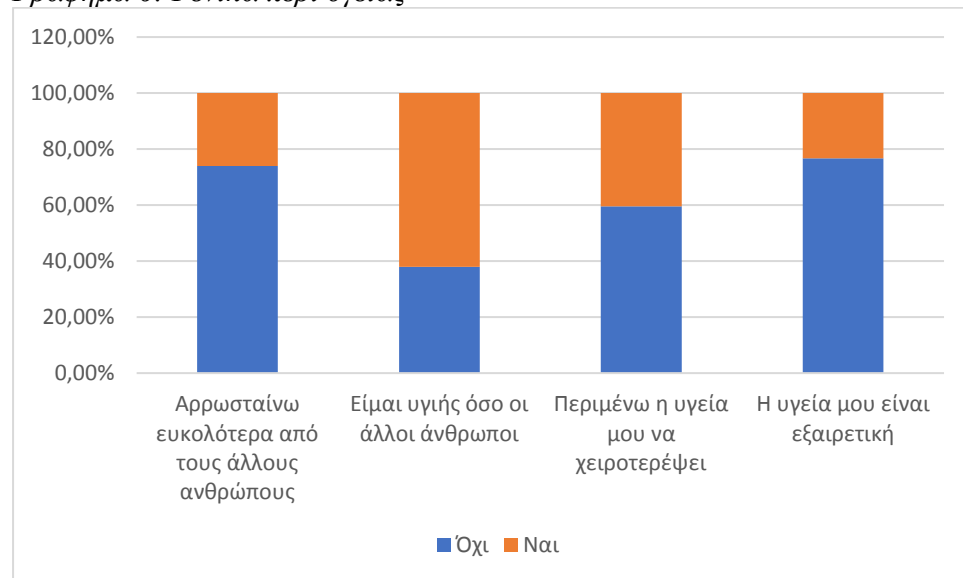
### Γενικά περί υγείας

Αυτό το κομμάτι αφορά το πώς αντιλαμβάνονται οι ερωτώμενοι την κατάσταση υγείας τους. Περιλαμβάνει τέσσερις διχοτομικές ερωτήσεις με τη μορφή δηλώσεων στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να δηλώσουν τη συμφωνία ή τη διαφωνία τους με αυτές, απαντώντας με «ναι» ή «όχι» (πιν. 10).

Πίνακας 10: Γενικά περί υγείας

	Όχι	Ναι
Αρρωσταίνω ευκολότερα από τους άλλους ανθρώπους	74,0%	26,0%
Είμαι υγιής όσο οι άλλοι άνθρωποι	38,0%	62,0%
Περιμένω η υγεία μου να χειροτερέψει	59,5%	40,5%
Η υγεία μου είναι εξαιρετική	76,7%	23,3%

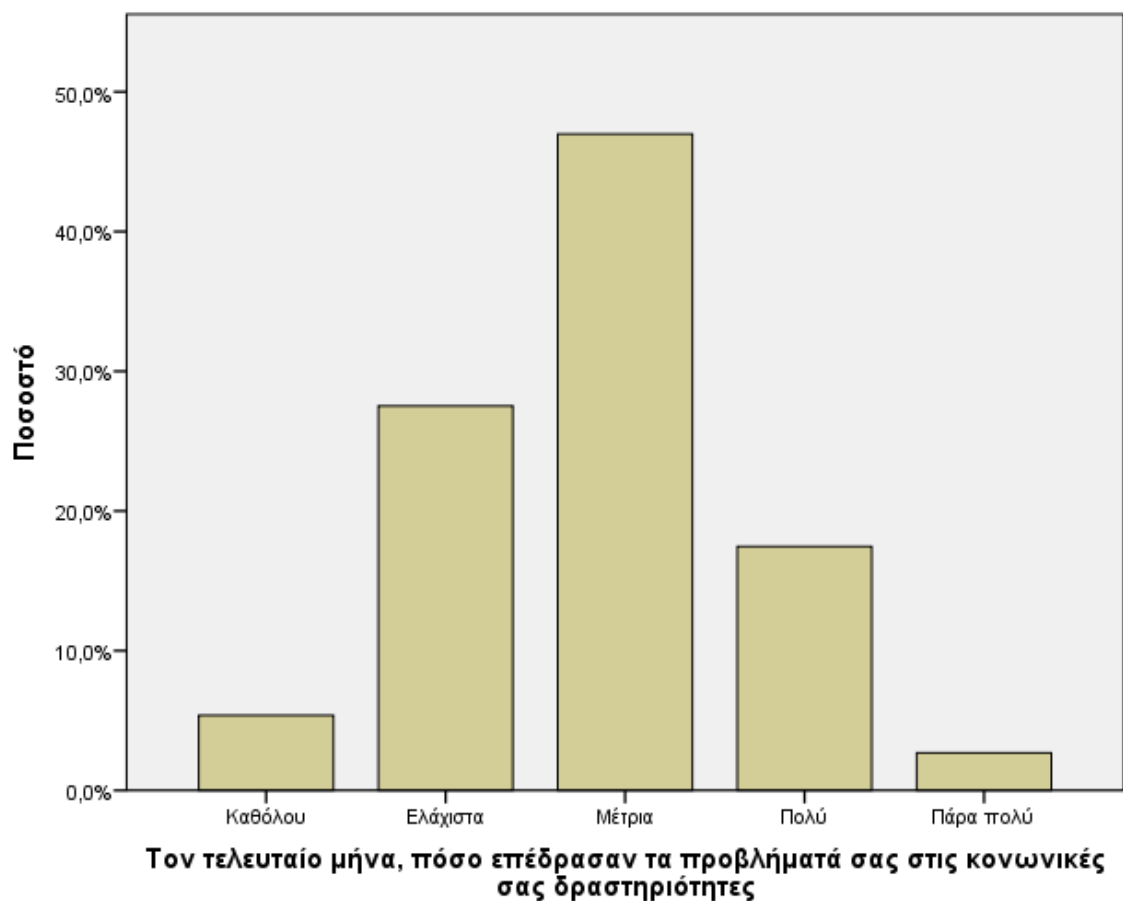
Γράφημα 6: Γενικά περί υγείας



## Κοινωνικές Δραστηριότητες

Οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να απαντήσουν σε ποια έκταση επέδρασαν τα προβλήματά τους στις φυσιολογικές κοινωνικές δραστηριότητές τους με οικογένεια, φίλους, γείτονες, ή παρέες, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, επιλέγοντας από μια 5βάθμια κλίμακα Likert με τις τιμές: Καθόλου (0), Ελάχιστα (1), Μέτρια (2), Πολύ (3), Πάρα πολύ (4). Το 5,3% απάντησε «Καθόλου», το 27,3% «Ελάχιστα», το 46,7% «Μέτρια», το 17,3% «Πολύ» και το 2,7% «Πάρα πολύ».

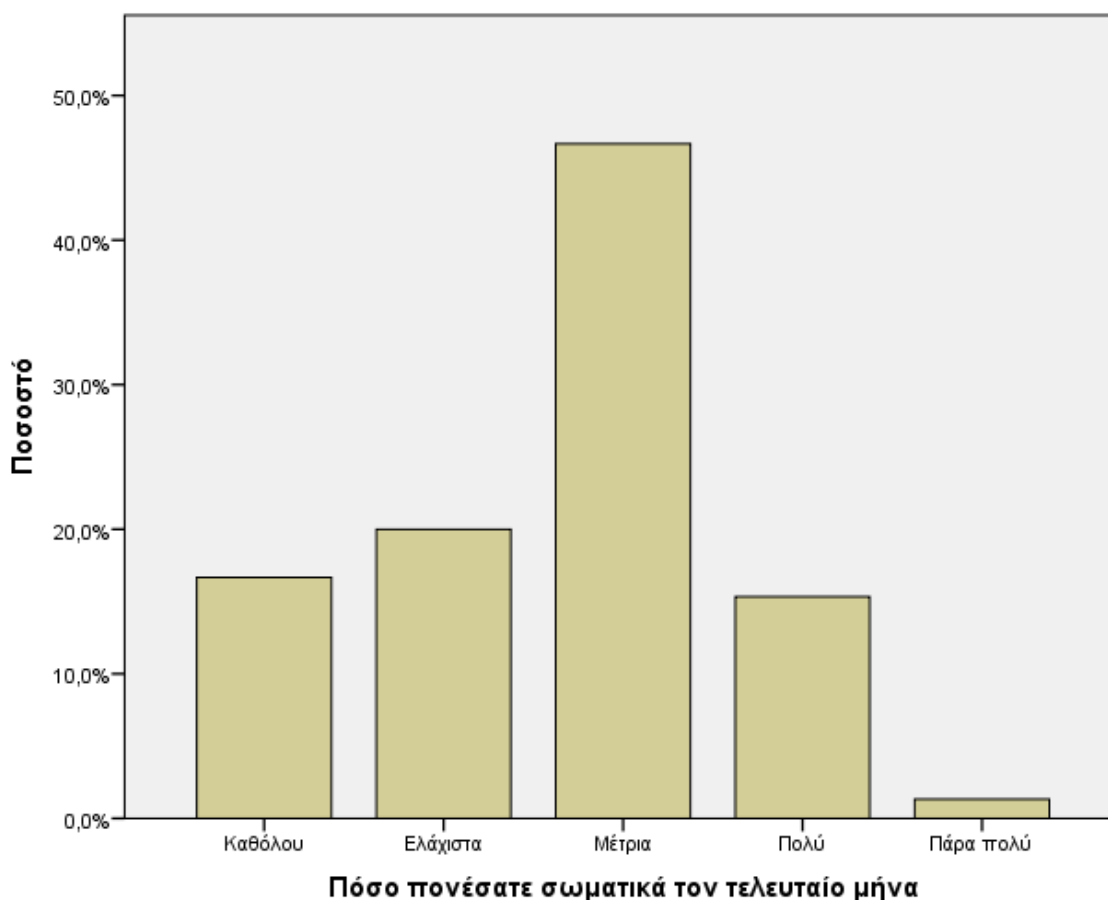
Γράφημα 7: Κοινωνικές Δραστηριότητες



## Σωματικός πόνος

Στην ερώτηση «Πόσο πονέσατε σωματικά τον τελευταίο μήνα;» οι ερωτώμενοι είχαν να επιλέξουν την απάντηση που τους αντιπροσωπεύει περισσότερο, σε μία 5βάθμια κλίμακα Likert με τις τιμές: Καθόλου (0), Ελάχιστα (1), Μέτρια (2), Πολύ (3), Πάρα πολύ (4). Το 16,7% απάντησε πως δεν πόνεσε καθόλου, το 20% πώς πόνεσε ελάχιστα και το 46,7% μέτρια. Το 15,3% δήλωσε πολύ πόνο κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το 1,3% πάρα πολύ.

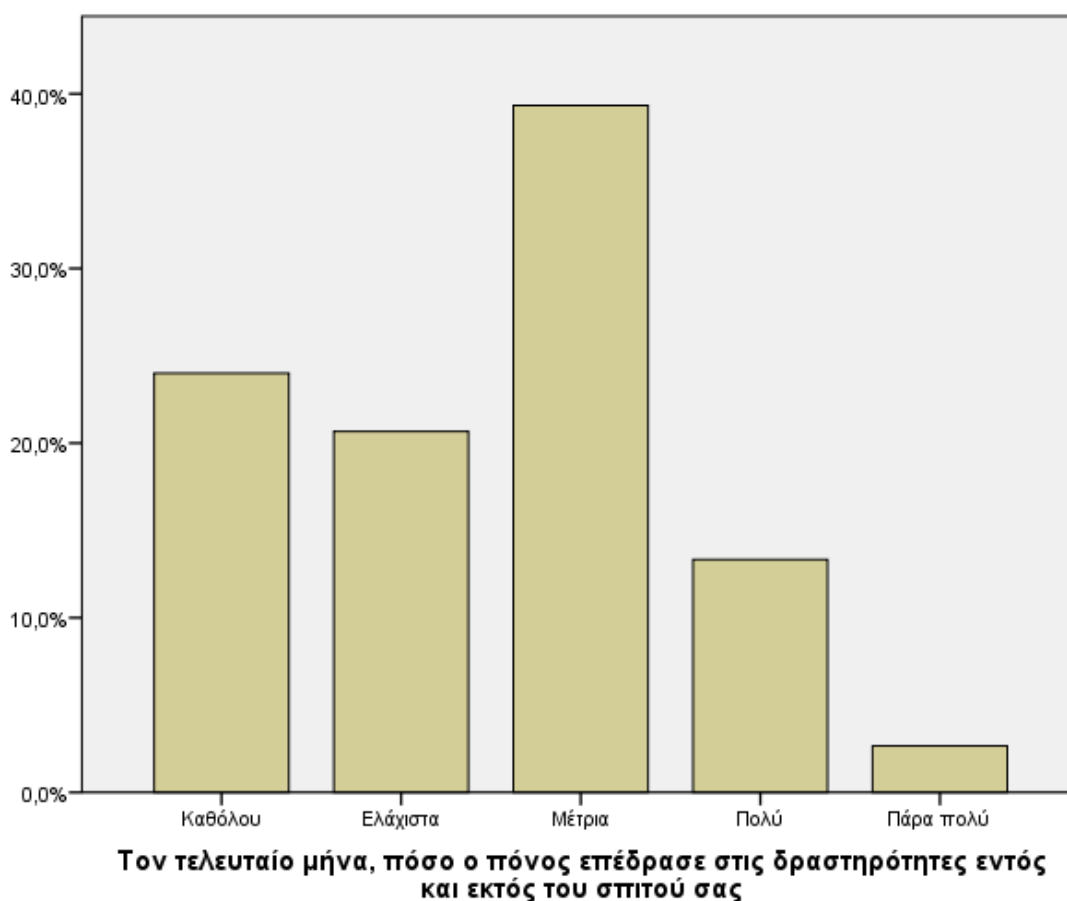
Γράφημα 8: Σωματικός πόνος



## Επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα

Στους ερωτώμενους ζητήθηκε να απαντήσουν πόσο ο πόνος επέδρασε στις δραστηριότητες εντός και εκτός του σπιτιού τους, κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα. Μπορούσαν να επιλέξουν την τιμή που τους αντιπροσωπεύει περισσότερο στην εξής 5βάθμια κλίμακα Likert: Καθόλου (0), Ελάχιστα (1), Μέτρια (2), Πολύ (3), Πάρα πολύ (4). Οι απαντήσεις διαμορφώθηκαν ως εξής: το 24% απάντησε «Καθόλου», το 20,7% «Ελάχιστα», το 39,3% «Μέτρια», το 13,3% «Πολύ» και το 2,7% «Πάρα πολύ».

Γράφημα 9: Επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα



## Ενέργεια και συναισθήματα

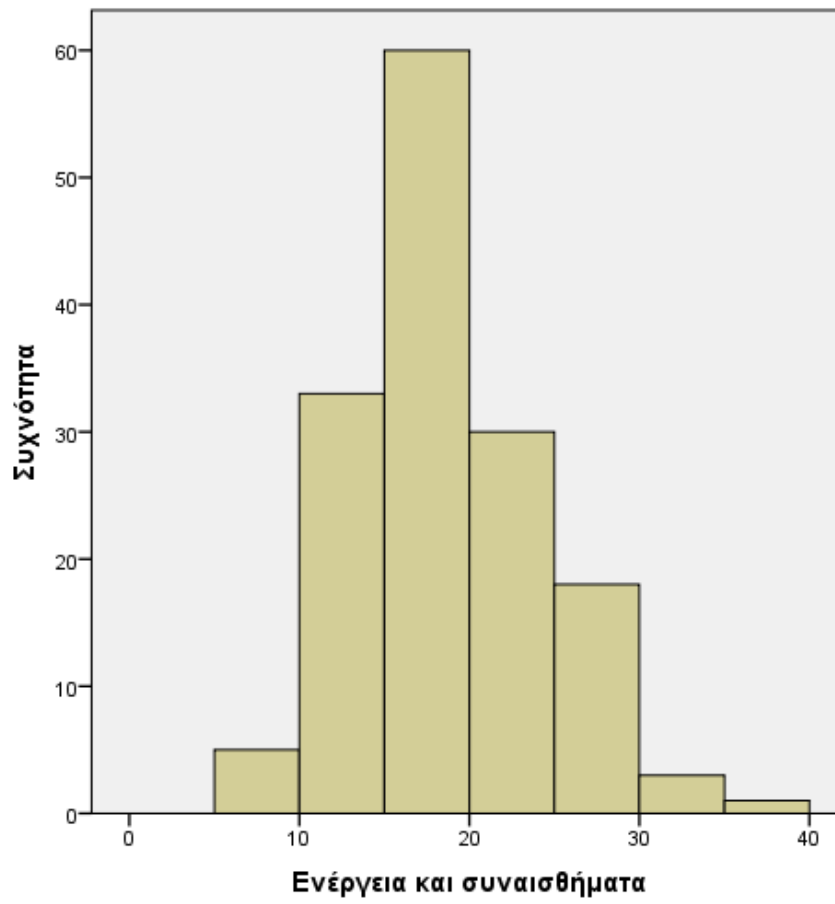
Για την αξιολόγηση της ενέργειας και των συναισθημάτων υπήρχαν 9 ερωτήσεις που δέχονταν κλειστές απαντήσεις 5βάθμιας κλίμακας Likert. Οι ηλικιωμένοι κλήθηκαν να απαντήσουν πόσο συχνά αισθάνθηκαν τον τελευταίο μήνα αυτό που περιγράφει η εκάστοτε ερώτηση-πρόταση διαλέγοντας από τις εξής κατηγορίες: Καθόλου (0), Ελάχιστα (1), Μέτρια (2), Συχνά (3), Πολύ συχνά (4).

*Πίνακας 11: Ενέργεια και συναισθήματα*

	Πολύ συχνά	Συχνά	Μέτρια	Ελάχιστα	Καθόλου
Αισθανθήκατε γεμάτοι από ζωντάνια	0,7%	33,3%	38,0%	23,3%	4,7%
Ήσατε πάρα πολύ νευρικοί	4,0%	15,3%	35,3%	38,7%	6,7%
Αισθανθήκατε τόσο κατηφείς, ώστε τίποτα δε μπορούσε να σας φτιάξει την διάθεση	9,3%	34,0%	40,7%	14,0%	2,0%
Αισθανθήκατε ήρεμοι και γαλήνιοι	6,7%	24,7%	46,7%	16,7%	5,3%
Είχατε πολλή ενέργεια	0,0%	28,9%	41,6%	22,1%	7,4%
Αισθανθήκατε μελαγχολικοί	7,3%	36,7%	29,3%	23,3%	33,3%
Αισθανθήκατε νευρικοί	2,0%	16,0%	44,0%	33,3%	4,7%
Αισθανθήκατε ευτυχείς	1,3%	27,3%	35,3%	25,3%	10,7%
Αισθανθήκατε κουρασμένοι	5,3%	14,7%	32,7%	32,7%	14,7%

Δημιουργήθηκε το συνολικό σκορ του κάθε ερωτώμενου στις παραπάνω 9 ερωτήσεις, το οποίο μπορούσε να κυμανθεί από 0=καθόλου επιβάρυνση στην ενέργεια και τα συναισθήματα, έως 36=πολύ σοβαρή επιβάρυνση. Το σκορ αυτό ονομάζουμε στο εξής «Επιβάρυνση σε ενέργεια και συναισθήματα». Η διάμεσος ήταν ίση με 18, η μέση τιμή 18,43 και η τυπική απόκλιση 5,44.

Γράφημα 10: Ενέργεια και συναισθήματα



Μ.Τ. = 18,43

Τ.Α. = 5,4



## Οικονομική κρίση και ποιότητα ζωής

### Οικονομική κρίση και σημερινή κατάσταση υγείας

Ο έλεγχος One-Way ANOVA εφαρμόστηκε για να ερευνηθεί εάν υπάρχει διαφορετική επίδραση της οικονομικής κρίσης στους ερωτώμενους, ανάλογα με το πως χαρακτήρισαν τη σημερινή κατάσταση της υγείας τους (Κακή/Μέτρια/Καλή/Πολύ Καλή/ Εξαιρετική).

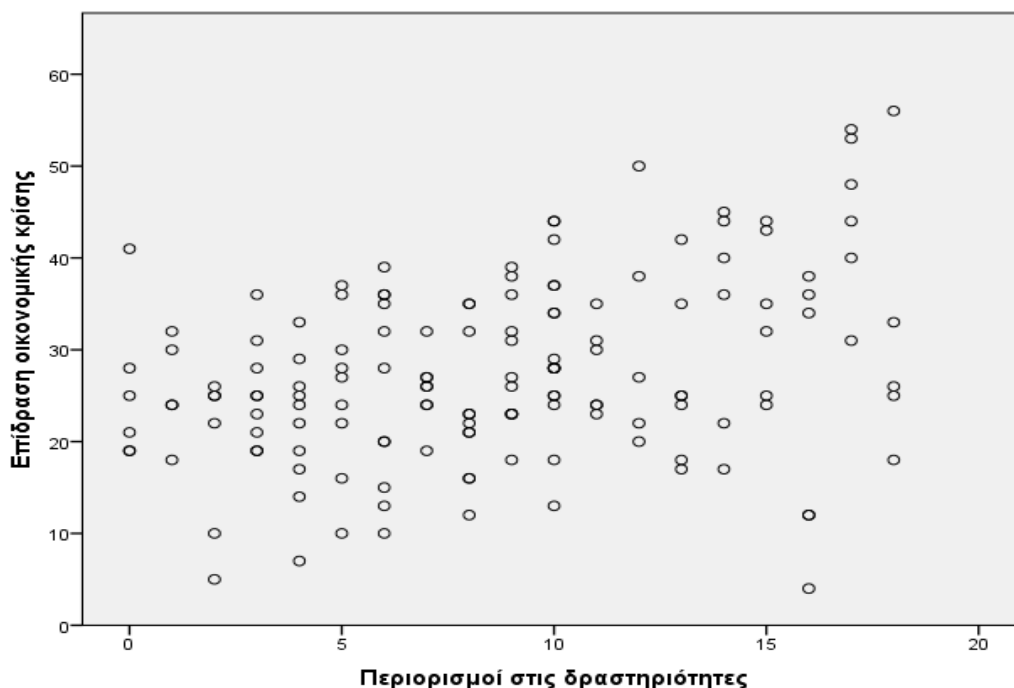
Από τον έλεγχο προκύπτει πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών [ $F(3, 144)=13,68, p=0,00$ ]. Συμπεραίνεται πως επίδραση της οικονομικής κρίσης μπορεί να διαφέρει, αναλόγως την κατάσταση της υγείας.

Πίνακας 12: Οικονομική κρίση και σημερινή κατάσταση υγείας (0-56)

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Πολύ καλή	15,14	6,2
Καλή	26,07	8,3
Μέτρια	27,62	9,2
Κακή	38,63	9,7

## Οικονομική κρίση και περιορισμοί στις δραστηριότητες

Γράφημα 11: Οικονομική κρίση και περιορισμοί στις δραστηριότητες



Εφαρμόστηκε ο έλεγχος συσχέτισης Pearson για να ερευνηθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ των μεταβλητών «Επίδραση οικονομικής κρίσης» και «Περιορισμοί Δραστηριοτήτων». Τα αποτελέσματα του ελέγχου έδειξαν την ύπαρξη μιας στατιστικά σημαντικής, θετικής, ασθενούς σχέσης ( $r=0,34$ ,  $p<0,001$ ) μεταξύ των δύο μεταβλητών.

## Οικονομική κρίση και προβλήματα σωματικής υγείας

Για να εξεταστεί αν οι ερωτώμενοι βιώνουν σε διαφορετικό βαθμό την επίδραση της οικονομικής κρίσης στη ζωή τους, ανάλογα με το αν είχαν κάποιον περιορισμό στη ζωή τους τον τελευταίο χρόνο λόγω της υγείας τους, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test. Η διαφορά των μέσων τιμών ήταν στατιστικά σημαντική ( $p=0,007$ ).

Πίνακας 13: Οικονομική κρίση και προβλήματα σωματικής υγείας

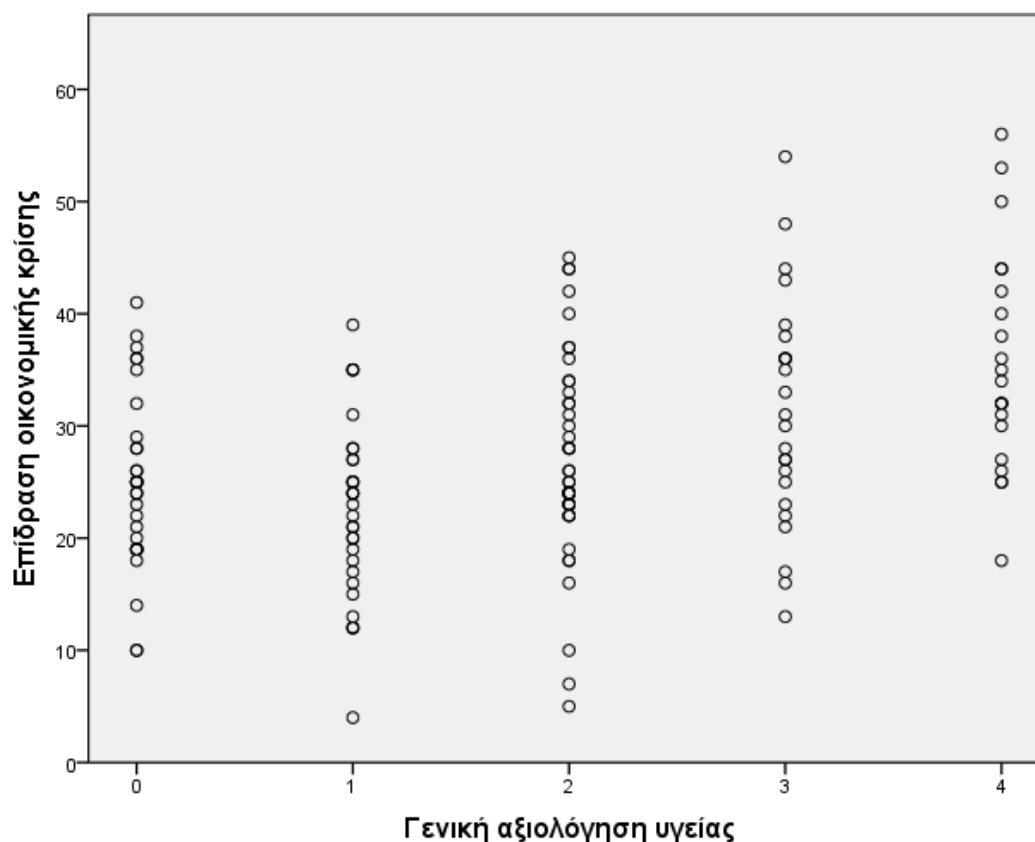
	Περιορισμός λόγω της σωματικής υγείας	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Οικονομική Κρίση	Όχι	25,6	8,6
	Ναι	29,9	10,7

### Οικονομική κρίση και γενική αξιολόγηση υγείας

Το σύνολο ερωτήσεων «Γενικά περί υγείας», περιλαμβάνει τέσσερις διχοτομικές ερωτήσεις που λαμβάνουν τιμή 0 ή 1 (ναι ή όχι) και δημιουργούν μια κλίμακα σκορ 0-4, όπου 0=το άτομο αξιολογεί την υγεία του ως πολύ καλή και 4=το άτομο αξιολογεί την υγεία του ως πολύ κακή. Αυτή η κλίμακα στο μεταξύ θα ονομάζεται «γενική αξιολόγηση υγείας».

Για να εξεταστεί η ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στη «γενική αξιολόγηση υγείας» και την «επίδραση της οικονομικής κρίσης», εφαρμόστηκε ο έλεγχος συσχέτισης Pearson. Ο έλεγχος υπέδειξε ασθενή, σχετική σχέση μεταξύ των μεταβλητών, με στατιστική σημαντικότητα ( $r=0,384$ ,  $p<0,001$ ).

Γράφημα 12: Οικονομική κρίση και γενική αξιολόγηση υγείας





## Οικονομική κρίση και κοινωνικές δραστηριότητες

Προκειμένου να εξεταστεί εάν η έκταση που επέδρασαν τα προβλήματα των ερωτώμενων στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες κατά τον τελευταίο μήνα, διαφέρει με το κατά πόσο έχει επίδραση στη ζωή τους οικονομική κρίση, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος One-Way ANOVA.

Πίνακας 14: Οικονομική κρίση και κοινωνικές δραστηριότητες

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Καθόλου	14,1	7,8
Ελάχιστα	24,4	9,0
Μέτρια	26,6	6,9
Πολύ	35,4	8,6
Πάρα πολύ	46,0	9,7

Όπως φαίνεται από τον έλεγχο [ $F(4, 144)=19,7110, p<0,001$ ] υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά.

## Οικονομική κρίση και σωματικός πόνος

Προκειμένου να εξεταστεί εάν υπάρχει διαφορετική επίδραση της οικονομικής κρίσης στους ερωτώμενους, ανάλογα με το πόσο σωματικό πόσο υπέστησαν τον τελευταίο μήνα, εφαρμόστηκε ο έλεγχος One-Way ANOVA. Τα αποτελέσματα υποδεικνύουν στατιστικά σημαντική διαφορά [ $F(3, 146)=7,63, p<0,001$ ].

Πίνακας 15: Οικονομική κρίση και σωματικός πόνος

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Καθόλου	24,60	8,4
Ελάχιστα	23,63	9,1
Μέτρια	27,66	8,8
Πολύ – Πάρα πολύ	34,68	11,2

## Οικονομική κρίση και επίδραση του πόνου

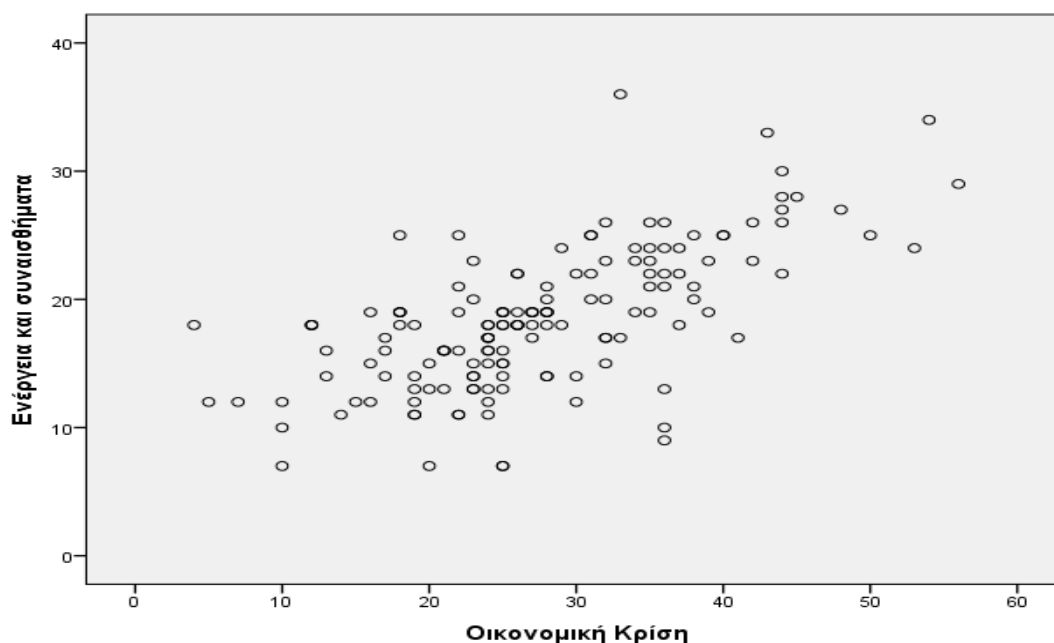
Για να εξεταστεί εάν ο βαθμός που επέδρασε ο σωματικός πόνος στις φυσιολογικές δραστηριότητες του δείγματος κατά τον τελευταίο μήνα, διαφέρει ανάλογα με την επίδραση της οικονομικής κρίσης στη ζωή τους, διεξήχθη ο έλεγχος One-Way ANOVA. Ο έλεγχος εμφάνισε στατιστικά σημαντική διαφορά [ $F(3, 146)=11,43, p<0,001$ ).

*Πίνακας 16: Οικονομική κρίση και επίδραση του πόνου*

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Καθόλου	23,14	8,3
Ελάχιστα	26,29	8,2
Μέτρια	27,12	8,2
Πολύ – Πάρα πολύ	36,63	12,0

## Οικονομική κρίση και ενέργεια και συναισθήματα

Γράφημα 13: Οικονομική κρίση και ενέργεια και συναισθήματα



Ο έλεγχος συσχέτισης Pearson εφαρμόστηκε ώστε να ερευνηθεί η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των μεταβλητών «Επίδραση οικονομικής κρίσης» και «Ενέργεια και συναισθήματα». Τα αποτελέσματα του ελέγχου έδειξαν την ύπαρξη μιας στατιστικά σημαντικής, θετικής, γραμμικής, ικανοποιητικής ισχύος σχέσης ( $r=0.653$ ,  $p<0.001$ ) μεταξύ των δύο μεταβλητών. Συμπεραίνεται ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης στο άτομο μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόβλεψης της ψυχολογίας του.

## Ποιότητα ζωής και κοινωνικο-δημογραφικές μεταβλητές

### Περιορισμοί των δραστηριοτήτων και οικογενειακή κατάσταση

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν οι περιορισμοί των δραστηριοτήτων (από 0=καθόλου περιορισμός, έως 18= σοβαρός περιορισμός σε όλες τις δραστηριότητες) επηρεάζονται από την οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 16: Περιορισμοί των δραστηριοτήτων και οικογενειακή κατάσταση

	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Άγαμος/η	5,5	3,3
Έγγαμος/η	7,7	5,0
Χήρος/α	9,9	4,9
Διαζευγμένος/η	8,5	3,4

Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(3, 146)=4,49, p=0,017$ ] δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.



## Περιορισμοί των δραστηριοτήτων και εκπαίδευση

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν οι περιορισμοί των δραστηριοτήτων επηρεάζονται από το επίπεδο εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(2, 147)=8,40, p<0,001$ ] δείχνουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 17: Περιορισμοί των δραστηριοτήτων και εκπαίδευση

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	10,73	5,0
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	7,02	4,6
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	8,10	4,4

## Περιορισμοί των δραστηριοτήτων και πηγή εισοδήματος

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν οι περιορισμοί των δραστηριοτήτων διαφέρουν αναλόγως τη βασική πηγή εισοδήματος. Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(2,145)=11,31, p<0,001$ ] δείχνουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 18: Περιορισμοί των δραστηριοτήτων και πηγή εισοδήματος

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ελεύθερο επάγγελμα	6,00	3,8
Σύνταξη (ιδιωτική/δημοσίου/ΟΓΑ)	9,78	4,9
Άλλο	5,96	3,5

## Προβλήματα σωματικής υγείας και πηγή εισοδήματος

Για να εξεταστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της σωματικής υγείας των ηλικιωμένων και της βασικής πηγής εισοδήματός τους, διεξήχθη ο έλεγχος  $\chi^2$  (Chi-square test).

Πίνακας 19: Προβλήματα σωματικής υγείας και πηγή εισοδήματος

		Βασική Πηγή Εισοδήματος			Σύνολο
		Ελεύθερο επάγγελμα	Σύνταξη (ιδιωτική/δημοσίου/ΟΓΑ)	Άλλο	
Περιορισμός στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες λόγω της σωματικής υγείας τον τελευταίο μήνα	Όχι	18	50	15	83
	Ναι	5	49	10	64
Σύνολο		23	99	25	147

Ο έλεγχος έδειξε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές [ $\chi^2(2)=6,002$ ,  $p=0,050$ ].

## Γενικά περί υγείας και εκπαίδευση

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν οι απαντήσεις στο σύνολο ερωτήσεων «Γενικά περί υγείας» επηρεάζονται από το επίπεδο εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(2, 146)=3,06$ ,  $p=0,050$ ] δείχνουν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 20: Γενικά περί υγείας και εκπαίδευση (κλίμακα 0-4)

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	2,14	1,3
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	1,85	1,4
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	1,49	1,2

## Γενικά περί υγείας και πηγή εισοδήματος

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν οι απαντήσεις στο σύνολο ερωτήσεων «Γενικά περί υγείας» επηρεάζονται από το επίπεδο εκπαίδευσης. Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(2, 144)=3,74, p=0,026$ ] δείχνουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

*Πίνακας 21: Γενικά περί υγείας και πηγή εισοδήματος*

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Ελεύθερο επάγγελμα	1,52	1,310
Σύνταξη (ιδιωτική/δημοσίου/ΟΓΑ)	2,01	1,330
Άλλο	1,29	1,042

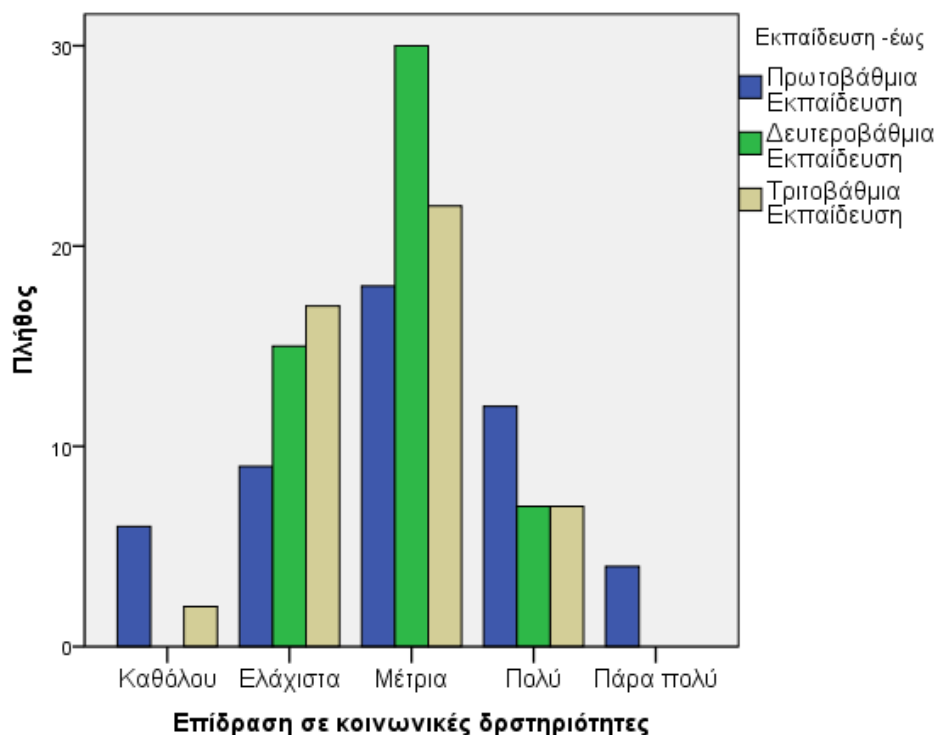
## Κοινωνικές Δραστηριότητες και εκπαίδευση

Για να εξεταστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της εκπαίδευσης και του περιορισμού στις κοινωνικές δραστηριότητες, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$ . Ο έλεγχος έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση [ $\chi^2(9)=22,48, p=0,004$ ].

Πίνακας 22: Κοινωνικές Δραστηριότητες και εκπαίδευση

		Εκπαίδευση -έως			Σύνολο
		Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	
Επίδραση των προβλημάτων στις κοινωνικές δραστηριότητες τον τελευταίο μήνα	Καθόλου	6	0	2	8
	Ελάχιστα	9	15	17	41
	Μέτρια	18	30	22	70
	Πολύ	12	7	7	26
	Πάρα πολύ	4	0	0	4
Σύνολο		49	52	48	149

Γράφημα 14: Κοινωνικές Δραστηριότητες και εκπαίδευση



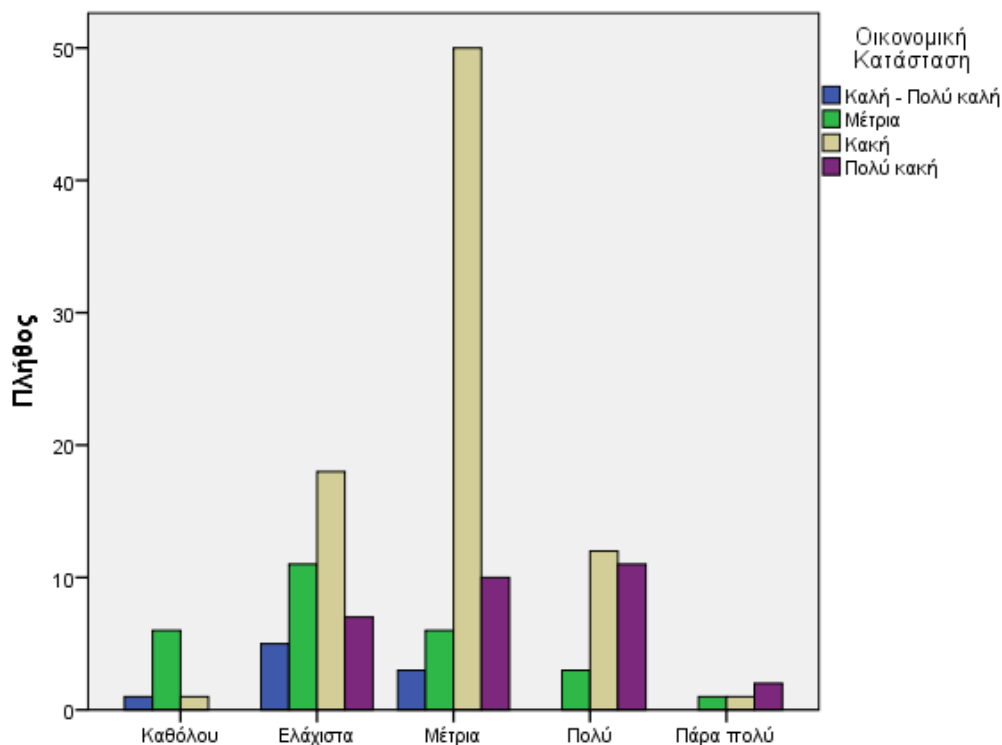
## Κοινωνικές Δραστηριότητες και σημερινή οικονομική κατάσταση

Για να εξεταστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της σημερινής οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων και του περιορισμού στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$ , που υπέδειξε στατιστικά σημαντική σχέση [ $\chi^2(12)=44,46$ ,  $p=0,00$ ].

Πίνακας 23: Κοινωνικές δραστηριότητες και οικονομική κατάσταση

		Οικονομική Κατάσταση				Σύνολο
		Καλή - Πολύ καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
Τον τελευταίο μήνα, πόσο επέδρασαν τα προβλήματά σας στις κοινωνικές δραστηριότητες	Καθόλου	1	6	1	0	8
	Ελάχιστα	5	11	18	7	41
	Μέτρια	3	6	50	10	69
	Πολύ	0	3	12	11	26
	Πάρα πολύ	0	1	1	2	4
Σύνολο		9	27	82	30	148

Γράφημα 15: Κοινωνικές δραστηριότητες και οικονομική κατάσταση



## Σωματικός πόνος και φύλο

Για να εξεταστεί αν υπάρχει διαφορά στο πόσο δήλωσαν ότι πόνεσαν οι άντρες και οι γυναίκες τον τελευταίο μήνα, έγινε έλεγχος t-test για ανεξάρτητα δείγματα.

Πίνακας 24: Σωματικός πόνος και φύλο

	Φύλο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Πόσο πονέσατε σωματικά τον τελευταίο μήνα	Άνδρας	1,5	0,963
	Γυναίκα	1,8	0,964

Η διαφορά των μέσων τιμών θεωρείται στατιστικά σημαντική ( $p=0,024$ ).

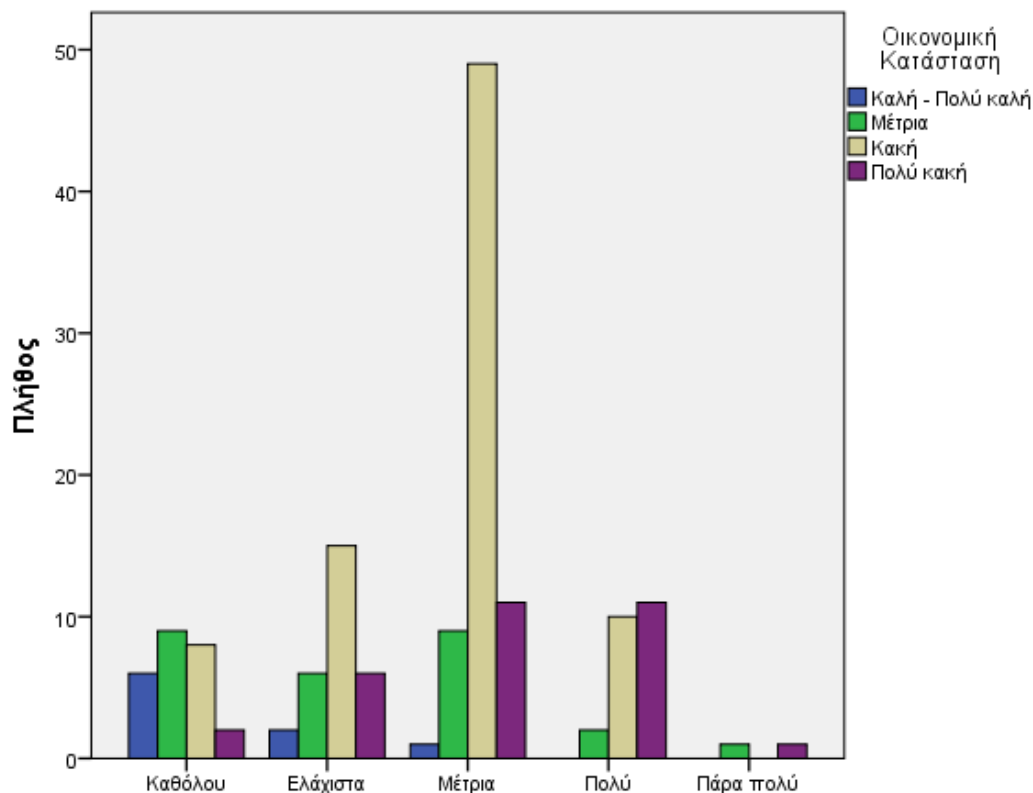
## Σωματικός πόνος και σημερινή οικονομική κατάσταση

Για να εξεταστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της σημερινής οικονομικής κατάστασης των ερωτώμενων και του σωματικού πόνου που βίωσαν τον τελευταίο μήνα, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$  ο οποίος έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση [ $\chi^2(12)=43,90$ ,  $p=0,00$ ].

Πίνακας 25: Σωματικός πόνος και σημερινή οικονομική κατάσταση

		Οικονομική Κατάσταση				Σύνολο
		Καλή - Πολύ καλή	Μέτρια	Κακή	Πολύ κακή	
Πόσο πονέσατε σωματικά τον τελευταίο μήνα	Καθόλου	6	9	8	2	25
	Ελάχιστα	2	6	15	6	29
	Μέτρια	1	9	49	11	70
	Πολύ	0	2	10	11	23
	Πάρα πολύ	0	1	0	1	2
Σύνολο		9	27	82	31	149

Γράφημα 16: Σωματικός πόνος και σημερινή οικονομική κατάσταση



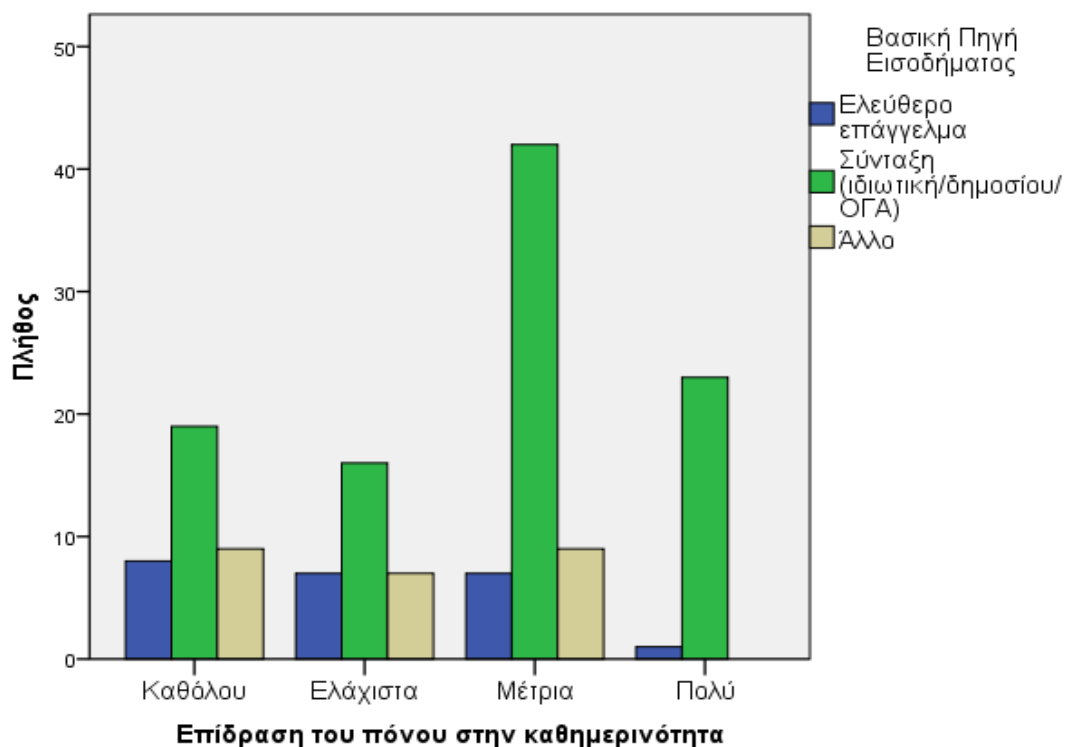
## Επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα και πηγή εισοδήματος

Για να εξεταστεί εάν υπάρχει σχέση μεταξύ της βασικής πηγής εισοδήματος των ερωτώμενων και της επίδρασης του πόνου στην καθημερινότητά τους τον τελευταίο μήνα, πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος  $\chi^2$ , που έδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ των μεταβλητών [ $\chi^2(6)=16,01$ ,  $p=0,014$ ].

Πίνακας 26: Επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα και πηγή εισοδήματος

		Βασική Πηγή Εισοδήματος			Σύνολο
		Ελεύθερο επάγγελμα	Σύνταξη (ιδιωτική/δημοσί- ου/ΟΓΑ)	Άλλο	
Τον τελευταίο μήνα, πόσο ο πόνος επέδρασε στις δραστηριότητες εντός και εκτός του σπιτιού σας	Καθόλου	8	19	9	36
	Ελάχιστα	7	16	7	30
	Μέτρια	7	42	9	58
	Πολύ	1	23	0	24
Σύνολο		23	100	25	148

Γράφημα 17: Επίδραση του πόνου στην καθημερινότητα και πηγή εισοδήματος





## Ενέργεια και συναισθήματα και οικογενειακή κατάσταση

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Ανάλυσης Διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν η ενέργεια και τα συναισθήματα των ερωτώμενων επηρεάζονται από την οικογενειακή τους κατάσταση. Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(3, 146)=4,36$ ,  $p=0,006$ ] δείχνουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 27: Ενέργεια και συναισθήματα και οικογενειακή κατάσταση (0-36)

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Άγαμος/η	16,25	5,874
Έγγαμος/η	17,07	5,193
Χήρος/α	19,82	5,432
Διαζευγμένος/η	21,83	2,714

## Ενέργεια και συναισθήματα και εκπαίδευση

Χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανάλυσης διακύμανσης (One-Way ANOVA) για να εξεταστεί αν η ενέργεια και τα συναισθήματα των ερωτώμενων επηρεάζονται από το εκπαιδευτικό τους επίπεδο. Τα αποτελέσματα του ελέγχου [ $F(2, 147)=3,74$ ,  $p=0,026$ ] δείχνουν πως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση.

Πίνακας 28: Ενέργεια και συναισθήματα και εκπαίδευση

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Πρωτοβάθμια Εκπαίδευση	20,14	6,736
Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση	17,60	5,074
Τριτοβάθμια Εκπαίδευση	17,58	3,831

## Σχέση σημερινής κατάστασης υγείας με ενέργεια και συναισθήματα

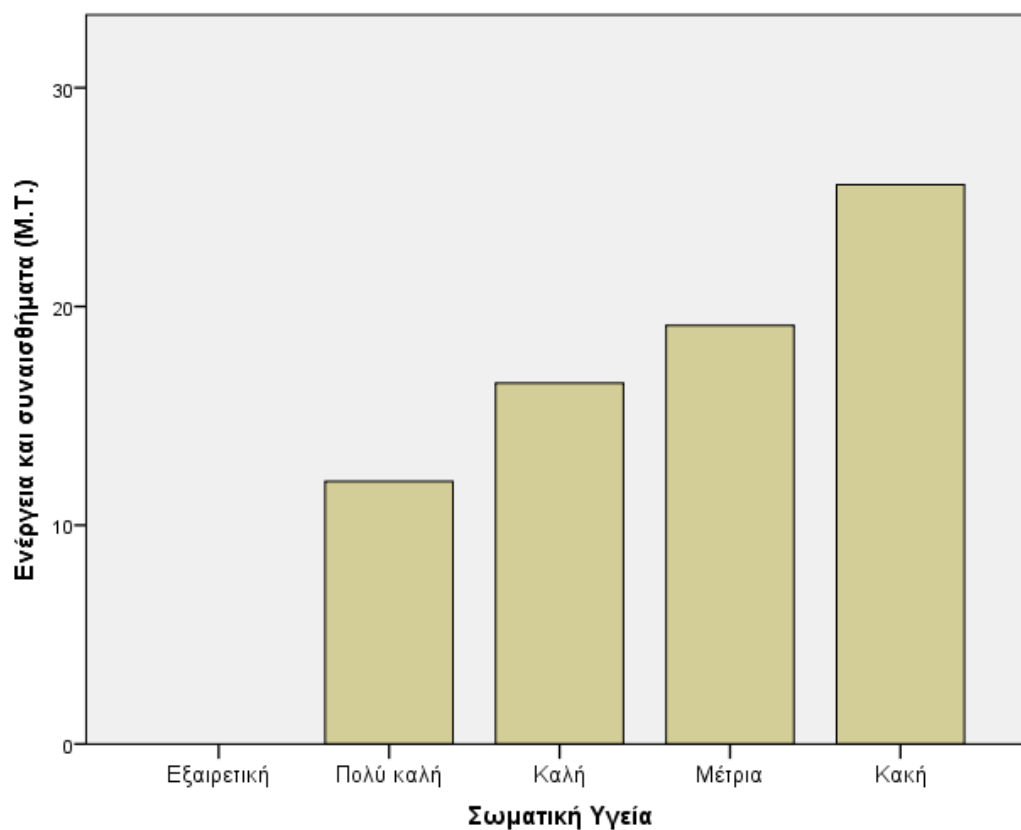
Προκειμένου να εξεταστεί αν η ψυχολογική κατάσταση των ερωτώμενων διαφέρει ανάλογα με την κατάσταση της υγείας τους, εφαρμόστηκε ο έλεγχος one-way

ANOVA. Η μικρή αριθμητική διαφορά των μέσων τιμών των ομάδων αποδείχθηκε στατιστικά σημαντική [ $F(3, 144) = 21,72, p < 0,001$ ].

Πίνακας 29: Σχέση σημερινής κατάστασης υγείας με ενέργεια και συναισθήματα

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Πολύ καλή	12,0	3,4
Καλή	16,5	4,7
Μέτρια	19,1	4,3
Κακή	25,5	5,2

Γράφημα 18: Σχέση σημερινής κατάστασης υγείας με ενέργεια και συναισθήματα



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Όπως αναφέρεται παραπάνω, το δείγμα μας αποτελείται από 150 άτομα στην αναφερθείσα ηλικιακή ομάδα, συγκεκριμένα από 75 άνδρες και 75 γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 72. Οι περισσότεροι είναι έγγαμοι (46,7%) και ακολουθούν οι χήροι (44%) και τέλος, ποσοστό χαμηλότερο του 10% του δείγματος, άγαμοι ή διαζευγμένοι. Οι πλειοψηφία των ηλικιωμένων έχει από 1 έως 3 παιδιά και 0 έως 4 εγγόνια. Η προσέγγιση έγινε σε δημόσιους χώρους και σε μέρη κοινωνικοποίησης ηλικιωμένων. Περίπου το 70% αυτών έχει ως πηγή εισοδήματος σύνταξη ή κάποιο άλλο επίδομα, το 13% από ελεύθερο επάγγελμα και οι υπόλοιποι (17%) δεν την προσδιόρισαν («Άλλο»).

Η οικονομική κατάσταση του δείγματος φαίνεται να είναι προς κακή με τους περισσότερους (55%) να δηλώνουν κακή οικονομική κατάσταση, τους υπόλοιπους να διαχωρίζονται σε μέτρια και πολύ κακή και μόλις ένα 6% καλή-πολύ καλή. Το δείγμα φαίνεται να δηλώνει, σε γενικές γραμμές (~85%), μέτρια-καλή υγεία και σχετικά σταθερή (~66%) με ένα ποσοστό των ερωτώμενων (~25%) να δηλώνει χαμηλή κατάπτωση στην υγεία του σε σύγκριση με το προηγούμενο έτος. Λίγοι ήταν αυτοί που δήλωσαν σοβαρή κατάπτωση σε σύγκριση με πέρυσι (<9%).

Στο σκορ επίδρασης της οικονομικής κρίσης, που διαμορφώθηκε στην κλίμακα 0-56, εμφανίστηκε μια μέτρια επίδραση για το σύνολο του δείγματος (Μ.Τ.=27,5 και Τ.Α.=9,8). Η ισχυρότερη επίδραση δηλώθηκε για τα προσωπικά έξοδα (όπως η ένδυση) και για τη ψυχαγωγία, ενώ η χαμηλότερη επίδραση αφορούσε την απομάκρυνση από τα άλλα μέλη της οικογένειας.

Στο σκορ περιορισμού των δραστηριοτήτων, που διαμορφώθηκε στη κλίμακα 0-18, δηλώθηκε μέτρια επίδραση της υγείας στις καθημερινές δραστηριότητες (Μ.Τ.=8,6 και Τ.Α.=5). Στις καθημερινές δραστηριότητες, αυτές που φάνηκαν να επηρεάζονται περισσότερο από το επίπεδο υγείας των ηλικιωμένων, ήταν οι έντονες δραστηριότητες (όπως τρέξιμο, άρση βαρέων αντικειμένων, συμμετοχή σε σημαντικά σπορ) και το περπάτημα μεγάλων αποστάσεων (πάνω από ένα χιλιόμετρο). Η χαμηλότερη επίδραση δηλώθηκε σε καθημερινές δραστηριότητες που αφορούν τη προσωπική φροντίδα (μπάνιο-ντύσιμο). Οι απαντήσεις πιθανόν να επηρεάζονται από το γεγονός ότι η προσέγγιση του δείγματος έγινε σε δημόσιους χώρους και μέρη κοινωνικοποίησης, επομένως μπορεί τα υποτεθεί ότι οι ερωτώμενοι που συμμετείχαν είχαν καλύτερα επίπεδα «λειτουργικότητας» από το συνολικό πληθυσμό. Σχεδόν οι μισοί ερωτώμενοι δήλωσαν πως κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα είχαν κάποιο περιορισμό στη δουλειά τους ή σε άλλες δραστηριότητες ως αποτέλεσμα της σωματικής ή της

ψυχικής υγείας (π.χ αίσθημα καταπίεσης-άγχους), με λίγο υψηλότερο ποσοστό να πλήγεται από τη σωματική υγεία (~57%) έναντι της ψυχικής (~42%).

Απαντώντας σε ερωτήσεις «γενικά περί υγείας», δε παρατηρούνται ακραίες τιμές που να υποδηλώνουν πολύ καλή ή πολύ κακή εικόνα στην υγεία των ερωτώμενων, με τους περισσότερους να δηλώνουν πως αισθάνονται υγιείς όσο οι άλλοι (~62%) και μερικούς να θεωρούν την υγεία τους εξαιρετική (~23%). Ωστόσο, δεν είναι λίγοι αυτοί που περιμένουν οι υγεία τους να χειροτερέψει (~40.5%) και κάποιοι, επίσης, θεωρούν πως ασθενούν ευκολότερα από τους άλλους (~26%).

Το 1/3 των ηλικιωμένων δήλωσε από καθόλου έως ελάχιστη επίδραση των προβλημάτων τους στις φυσιολογικές κοινωνικές τους δραστηριότητες και το 1/5 δήλωσε ότι επέδρασαν πολύ-πέρα πολύ. Πάνω από το 1/3 (~37%) δήλωσε καθόλου έως ελάχιστο πόνο για τον τελευταίο μήνα και περίπου 16.5% πολύ-πέρα πολύ. Σχεδόν οι μισοί (~45%) δήλωσαν από καθόλου έως ελάχιστη επίδραση του πόνου στις δραστηριότητες εντός και εκτός σπιτιού και περίπου 16% δήλωσαν πολύ-πέρα πολύ επίδραση.

Στο σκορ ενέργειας και συναισθημάτων, που διαμορφώθηκε στη κλίμακα 0-36, οι ηλικιωμένοι δήλωσαν, στο σύνολό τους, μέτρια ψυχολογική επιβάρυνση (M.T.=18,4 και T.A.=5,4). Περισσότερο από όλα δήλωσαν πως αισθάνονται κουρασμένοι και έπειτα νευρικοί και λιγότερο από όλα δήλωσαν κατηφείς και μελαγχολικοί.

Μέσα από την ανάλυση των δεδομένων, προέκυψε πως η οικονομική κρίση επηρεάζει διάφορες πτυχές της ποιότητας ζωής. Αναλυτικότερα, η επίδραση της οικονομικής κρίσης εμφανίζεται υψηλότερη στα άτομα με χειρότερη κατάσταση υγείας. Στην κλίμακα 0-56 τα άτομα με πολύ καλή κατάσταση υγείας, δήλωσαν σημαντικά χαμηλότερη επίδραση της οικονομικής κρίσης 'ΕΟΚ' με M.T.=15,1 (T.A.=6,2) έναντι των ατόμων με κακή κατάσταση υγείας (M.T.=38,6 και T.A.=9,7). Αυτό μπορεί να ερμηνευθεί λαμβάνοντας υπόψιν τις αυξημένες ανάγκες των ηλικιωμένων με προβλήματα στην υγεία τους για περίθαλψη, φάρμακα, βοηθήματα κλπ. και τη δυσκολία τους να ανταποκριθούν λόγω οικονομικών δυσκολιών. Επίσης, παρατηρείται ότι όσο μεγαλύτερη επίδραση είχε η οικονομική κρίση στους ερωτώμενους τόσο υψηλότερες τιμές δήλωσαν σε: α) περιορισμό στις κοινωνικές δραστηριότητες, β) στον πόνο που βίωσαν τον τελευταίο μήνα και γ) στην επίδραση του πόνου στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Πιο συγκεκριμένα, όσοι δήλωσαν καθόλου περιορισμό στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, είχαν μέσο όρο ΕΟΚ 14,1 (T.A.=7,8), ενώ στο άλλο άκρο αυτοί που δήλωσαν μεγάλο περιορισμό στις κοινωνικές τους δραστηριότητες, είχαν μέσο όρο ΕΟΚ 46 (T.A.=9,7). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η κοινωνικοποίηση πολλές φορές συνδυάζεται με έξοδα (όπως την αγορά καφέ-φαγητού, γλυκό σαν δώρο επίσκεψης, συγκοινωνία κ.α) επομένως η οικονομική δυσχέρεια μπορεί να επηρεάσει το πόσο κοινωνικά

ενεργός είναι ένας πολίτης. Όσοι δήλωσαν πως βίωσαν καθόλου έως ελάχιστο σωματικό πόνο κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα, είχαν μέσο όρο EOK 24 (T.A.= ~8,5), ενώ στο άλλο άκρο αυτοί που δήλωσαν πολύ και πάρα πολύ σωματικό πόνο είχαν μέσο όρο EOK περίπου 35 (T.A.= ~11). Αυτό θα μπορούσε να αιτιολογηθεί με το γεγονός ότι ένα άτομο που αντιμετωπίζει οικονομικές δυσκολίες να αδυνατεί να ξοδέψει χρήματα για τη προσωπική του φροντίδα-περίθαλψη. Ως προς την επίδραση του πόνου στις φυσιολογικές δραστηριότητες, αυτοί που απάντησαν καθόλου είχαν μέσο όρο EOK 23,1 (T.A.= 8,3), ενώ όσοι απάντησαν πολύ ή πάρα πολύ είχαν μέσο όρο EOK 36,3 (T.A.=12). Διαφαίνεται λοιπόν ότι η επίδραση της οικονομικής κρίσης είναι αναλογικά ισχυρότερη στα άτομα με περισσότερες δυσκολίες στην υγεία και στις κοινωνικές δραστηριότητες. Η οικονομική κρίση σχετίζεται επίσης με την ενέργεια και τα συναισθήματα των ηλικιωμένων, καθώς η ανάλυση επέδειξε αναλογική σχέση ( $r=0,65$ ,  $p<0,05$ ) μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών. Επομένως, ο βαθμός επίδρασης της EOK μπορεί να αποτελέσει παράγοντα πρόβλεψης του βαθμού επιβάρυνσης στην ενέργεια και τα συναισθήματα.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αναδείχθηκε ότι υπάρχουν κοινωνικοδημογραφικοί παράγοντες που επηρεάζουν τον περιορισμό των δραστηριοτήτων των ηλικιωμένων. Οι παράγοντες αυτοί είναι α) η οικογενειακή κατάσταση, β) η εκπαίδευση και γ) η πηγή εισοδήματος και αξιολογείται με τη κλίμακα 0-18. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, αυτοί που δήλωσαν μεγαλύτερο περιορισμό στις δραστηριότητες είναι οι χήροι (M.T.=9,9 και T.A.=4,9) ενώ τον μικρότερο οι άγαμοι (M.T.=5,5 και T.A.=3,3). Παρουσιάζει ενδιαφέρον το γεγονός ότι τα άτομα που δεν έχουν συσχετιστεί με το μυστήριο του γάμου ή έχασαν τον/την σύζυγό τους έχουν μικρότερο περιορισμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες. Επίσης, στον άξονα της εκπαίδευσης, περισσότερο περιορισμό βιώνουν οι απόφοιτοι της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης (M.T.=10,7 και T.A.=5) και μικρότερο περιορισμό της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (M.T.= 7-8,1 και T.A.=4,6 και 4,4 αντίστοιχα). Τέλος, μεγαλύτερο περιορισμό έχουν όσοι χρηματοδοτούνται από κάποιο επίδομα-σύνταξη (M.T.=9,8 και T.A.=5) και μικρότερο όσοι είναι ελεύθεροι επαγγελματίες ή έχουν κάποιο άλλο τρόπο να χρηματοδοτούνται (M.T.=6 και T.A.=3,6).

Αναδείχθηκε επίσης από την έρευνα, ότι η πηγή εισοδήματος επηρεάζει και τη γενική κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων. Αναλυτικότερα, αξιολογώντας με τη κλίμακα 0-4, όσοι χρηματοδοτούνται μέσω της σύνταξης ή κάποιου επιδόματος, έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση στην υγεία τους (M.T.=2 και T.A.=1,3) από τους ελεύθερους επαγγελματίες (M.T.=1,52 και T.A.=1,3) και αυτούς που απάντησαν «άλλο» (M.T.=1,29 και T.A.=1).

Οι ηλικιωμένοι με καλή-πολύ καλή οικονομική κατάσταση δήλωσαν χαμηλότερο περιορισμό στις κοινωνικές δραστηριότητες από τους άλλους. Από την άλλη, οι περισσότεροι

χαρακτήρισαν την οικονομική τους κατάσταση κακή και τους έχει επηρεάσει μέτρια (γράφημα 15).

Παρατηρείται επίσης ότι ο σωματικός πόνος που αντιμετωπίζουν οι ηλικιωμένοι επηρεάζεται από το φύλο στο οποίο ανήκουν και την οικονομική τους κατάσταση. Όσον αφορά το φύλο, στην κλίμακα 0-4, υπήρχε σχετική διαφοροποίηση μεταξύ των γυναικών (Μ.Τ.=1,8) έναντι των ανδρών (Μ.Τ.=1,5). Επίσης, οι ηλικιωμένοι που έχουν καλή-πολύ καλή οικονομική κατάσταση πονούν λιγότερο. Οι περισσότεροι δήλωσαν ότι έχουν κακή οικονομική κατάσταση και αντιμετωπίζουν πόνο σε μέτριο βαθμό.

Η έρευνα αναδεικνύει επίσης πως οι ηλικιωμένοι που χρηματοδοτούνται από ελεύθερο επάγγελμα ή «άλλο», τείνουν να επηρεάζονται χαμηλότερα από τον πόνο στην καθημερινότητά τους. Οι συνταξιούχοι, που περιλαμβάνουν το μεγαλύτερο μέρος τους δείγματος, τείνουν να επηρεάζονται συχνότερα μέτρια και κάποιιοι από αυτούς πολύ (γράφημα 17).

Η ενέργεια και τα συναισθήματα επηρεάζονται από την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης. Στην κλίμακα 0-36, οι χήροι και οι διαζευγμένοι τείνουν να έχουν μεγαλύτερη επιβάρυνση στην ψυχολογία τους (Μ.Τ.=20 και 22 αντίστοιχα) από τους άγαμους και τους έγγαμους (Μ.Τ.= 16 και 17 αντίστοιχα). Αυτό είναι πιθανό να συνδέεται λόγω του συναισθήματος απώλειας του/της συζύγου και συναισθήματα μοναξιάς που προκύπτουν ως εκ τούτου. Ιδίως αν ληφθεί υπόψη η ενδεχόμενη απομάκρυνση των παιδιών ή/και των υπολοίπων συγγενών από τον/την ηλικιωμένο/η. Υπό το ίδιο πρίσμα, μπορεί να γίνει η υπόθεση ότι οι άγαμοι/ες είναι περισσότερο συμφιλιωμένοι με τη μοναχικότητα ή/και τη μοναξιά είτε λόγω της στάσης τους στη ζωή, είτε λόγω χαμηλών προσδοκιών επί του θέματος. Επίσης, είναι περισσότερο επιβαρυνμένα ψυχικά τα άτομα που τελείωσαν στη Πρωτοβάθμια εκπαίδευση (Μ.Τ.=~20 και Τ.Α.=6,7) από τους υπόλοιπους (Μ.Τ.=17,6 και Τ.Α.=4,1). Τέλος, υπάρχει μια τάση των ερωτώμενων να έχουν θετική αντιμετώπιση ζωή όταν η σημερινή κατάσταση υγείας τους είναι καλή.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας (60-80 ετών) στο δήμο Ηρακλείου και κατά πόσο αυτή έχει επηρεαστεί από την οικονομική κρίση.

Για να γίνει η αξιολόγηση ποιότητας ζωής, χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένα κριτήρια. Αυτά είναι α) η κατάσταση της γενικής τους υγείας, β) αν έχουν περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες (π.χ περπάτημα ή ανάβαση σκαλοπατιών), γ) αν αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, δ) πώς αισθάνονται για την υγεία τους γενικά, ε) πόσο επηρεάζονται από τα προβλήματά τους στο να εκτελούν κοινωνικές δραστηριότητες (π.χ συναντήσεις με συγγενείς/φίλους), ζ) αν αντιμετωπίζουν σωματικό πόνο, η) πόσο επιδρά ο πόνος στη καθημερινότητά τους και, τέλος, θ) η ενέργεια και τα συναισθήματά τους γενικά (π.χ αν αντιμετωπίζουν άγχος-νευρικότητα στη καθημερινότητά τους, αν νιώθουν ηρεμία κλπ). Με βάση τις απαντήσεις των ερωτώμενων σε αυτά τα κριτήρια, η ποιότητα ζωής τους κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα, σε γενικά πλαίσια. Επίσης από τα αποτελέσματα της έρευνας, σχετίζοντας τους άξονες της ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας με την οικονομική κρίση, αναδείχθηκε ότι πράγματι υπάρχει συσχέτιση, αλλά όχι σε μεγάλο βαθμό.

Οι τομείς της ποιότητας ζωής που φάνηκε να επηρεάζονται περισσότερο από την οικονομική κρίση ήταν η κατάσταση υγείας, ο περιορισμός των ηλικιωμένων σε κοινωνικές δραστηριότητες, στον πόνο που βίωσαν τον τελευταίο μήνα και στην επίδραση του πόνου στη καθημερινότητά τους. Αυτά τα αποτελέσματα εφάπτονται με τη βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε σε θέματα που αφορούν την οικονομική κρίση. Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τον Μαλλιάρόπουλο (2010), κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης, προκύπτουν προβλήματα στον τομέα της υγείας, διότι μειώνονται οι προϋπολογισμοί για την κοινωνική και ιατρική ασφάλιση των ατόμων και ειδικά των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Συνεπώς τόσο τα κέντρα τα οποία ελέγχονται από το κράτος όσο και τα ιδρύματα με ιδιωτικό χαρακτήρα αναγκάζονται λόγω της κρίσης να μειώσουν τις παροχές τους. Έτσι, συμπεραίνεται ότι οι ηλικιωμένοι είναι λογικό να βιώνουν περισσότερο πόνο, να περιορίζουν τις κοινωνικές δραστηριότητές τους και την γενική κατάσταση της υγείας τους, καθώς το πλήγμα της οικονομικής δυσχέρειας δεν αγγίζει μόνο τη προσωπική τους ζωή, αλλά και τις παροχές που λαμβάνουν για τη φροντίδα της υγείας τους.

Αξιοσημείωτα σημεία της έρευνας ήταν, ακόμη, πως οι ηλικιωμένοι που έχουν βιώσει την απώλεια του/της συζύγου τους, βιώνουν μεγαλύτερο περιορισμό στις καθημερινές τους δραστηριότητες και η ψυχολογία τους είναι εμφανέστατα επηρεασμένη σε σύγκριση με τους

άγαμους, που είναι σε μικρότερο βαθμό. Το ίδιο και οι απόφοιτοι της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης και όσοι έχουν ως πηγή εισοδήματος σύνταξη ή κάποιο επίδομα. Όσον αφορά τους τελευταίους, αναδείχθηκε επίσης ότι είναι περισσότερο επιβαρυνμένοι ψυχολογικά. Άξιο αναφοράς είναι, επιπλέον, ότι οι ηλικιωμένοι που χρηματοδοτούνται με σύνταξη επηρεάζονται περισσότερο από τον πόνο στην καθημερινότητάς τους.

Ρόλο επίσης έπαιξε και η οικονομική κατάσταση των ατόμων, καθώς παρατηρήθηκε ότι όσοι την χαρακτήρισαν καλή-πολύ καλή, εμφάνισαν μικρότερους περιορισμούς στις καθημερινές τους δραστηριότητες, χαρακτήρισαν καλύτερα την γενική τους υγεία και αντιμετωπίζουν λιγότερο σωματικό πόνο.

Οι Xavier κ.α. (2003) αναφέρουν κάποια παραδείγματα που αναδεικνύουν παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την ποιότητα ζωής ενός ατόμου τα οποία σχετίζονται με τα παραπάνω αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, επισημαίνουν ως παράγοντες την αδυναμία του ατόμου να είναι ανεξάρτητο, την απώλεια οικονομικών πόρων, την απώλεια του/της συζύγου, το κοινωνικό περιβάλλον και άλλους κοινωνικοί παράγοντες όπως το κοινωνικοοικονομικό του επίπεδο, τα οποία καθιστούν ευκολότερο ή πιο δύσκολο να αναρρώσει το άτομο από όλα τα παραπάνω. Από την άλλη, μπορεί να υποθεθεί ότι τα άτομα που είναι σε καλύτερη οικονομική κατάσταση, είναι σε καλύτερη θέση να αναζητήσουν τρόπους να καλύπτουν τις ανάγκες που έχουν, όσον αφορά τον τομέα της υγείας (π.χ περίθαλψη από ιδιώτες, αγορά φαρμάκων κ.α), δεδομένου ότι σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, επηρεάζονται λιγότερο στους εν λόγω τομείς από την οικονομική κρίση. Αυτό που πρέπει να γίνει κατανοητό διαβάζοντας αυτή την εργασία και, πιο συγκεκριμένα το ερευνητικό κομμάτι, είναι πως η έρευνα απευθύνθηκε σε άτομα που αναζητήθηκαν σε χώρους ψυχαγωγίας, υποστήριξης και κοινωνικοποίησης των ηλικιωμένων, όπου τα επίπεδα λειτουργικότητας και ανεξαρτησίας τους είναι υψηλότερα από, λόγω χάρη, ηλικιωμένους που αδυνατούν να αυτοεξυπηρετηθούν, αντιμετωπίζουν προβλήματα κινητικότητας ή/και άλλων σοβαρών ασθενειών. Επίσης, το δείγμα που συλλέχθηκε αποτελείται από 150 άτομα και περιορίστηκε στον Δήμο Ηρακλείου. Για να γίνουν πιο γενικεύσιμα τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, προτείνεται να γίνει παρόμοια προσπάθεια σε περισσότερες πόλεις, σε σπίτια που μένουν ηλικιωμένοι, σε γηροκομεία και άλλες υπηρεσίες που ασχολούνται με την υποστήριξη ατόμων αυτής της ηλικιακής ομάδας.

Σε αυτό το σημείο, είναι θεμιτό να αναφερθεί πόσο σημαντικό είναι να σχεδιαστούν νέες κρατικές δομές κοινωνικής φροντίδας και να ενισχυθούν οι ήδη υπάρχουσες, εστιάζοντας περισσότερο σε υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, όπως π.χ τα Κ.Α.Π.Η ή, στη περίπτωση του Δήμου Ηρακλείου, ΚΕ.ΚΟΙ.Φ.Α.Π.Η. Έτσι, γίνεται δυνατό να εξασφαλιστεί, στο επίπεδο που επιτρέπει η εκάστοτε περίσταση, η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων και να



γίνεται πρόληψη των ενδεχομένων προβλημάτων υγείας των ατόμων σε αρχικό στάδιο, ή κλοντάς τα περισσότερο διαχειρίσιμα σε περιόδους κρίσης (π.χ οικονομικής και κοινωνικής). Τέλος, όπως αναφέρουν οι Daniilidou et al (2003), άλλες παρεμβάσεις μπορούν να είναι η δημιουργία υπηρεσιών συμβουλευτικής και ψυχολογικής υποστήριξης που να ανταποκρίνονται στις ανάγκες ηλικιωμένων, προγράμματα επιμόρφωσης και εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας σε θέματα Γηριατρικής και Γεροντολογίας και όλα αυτά με βασικό κριτήριο η πιο ποιοτική και εις βάθος υγειονομική φροντίδα στους ηλικιωμένους, με σκοπό να είναι κοινωνικά ενεργοί και αυτοεξυπηρετούμενοι για όσο περισσότερο χρονικό διάστημα είναι δυνατό και με καλή ποιότητα ζωής.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

### ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Αβεντιστιάν-Παγοροπούλου, Α. (2000). *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
2. Αβεντιστιάν-Παγοροπούλου Α. (2008). *Ψυχολογία τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Χ.Ε.
3. Αλεξανδρή, Π., Πλαβούκου, Σ., Τριανταφύλλου, Γ. (2015) *Ο ρόλος των ηλικιωμένων στην Ελλάδα της κρίσης, της ανεργίας και της μετανάστευσης. Πτυχιακή διατριβή*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας.
4. Βούλγαρης, Σ. & Τριανταφυλλόπουλος, Ν. (2009). *Η Κρίση των Ενυπόθηκων Στεγαστικών Δανείων Υψηλού Επιχειρηματικού Κινδύνου: Τα Αίτια και οι Μηχανισμοί της*. Σειρά Ερευνητικών Εργασιών, 15 (12) σ. 221-236.
5. Γλωσσάριο CEDEFOP (1996). Λουξεμβούργο: Υπηρεσία Επίσημων Εκδόσεων των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων.
6. Γναρδέλλης, Χ. (2009). *Ανάλυση δεδομένων με το PASW Statistics 17.0*. Αθήνα: Παπάζηση
7. Δαρδαβέσης Θ. (1999). *Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας στο Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
8. Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου Α, Σουρτζή Π. (2005). *Κοινωνική Νοσηλευτική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ
9. Κουφάρης, Γ. (2010). *Η παγκόσμια οικονομική κρίση και οι χρηματιστηριακές αγορές*. Περιοδικό Χρήμα, Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2010
10. Κωσταρίδου-Ευκλείδη, Α. (2008). *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
11. Λιαρόπουλος, Λ. (2010). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας*. Διεθνή Συστήματα Υγείας. Β τόμος. Αθήνα: Βήτα medical arts
12. Μαλλιαρόπουλος, Δ. (2010). *Δημοσιονομική Προσαρμογή και Οικονομική Ανάπτυξη, 2010-2020*. Αθήνα: Eurobank Research, Οικονομία και Αγορές.
13. Mark, H. BEERS (2007). *Merck εγχειρίδιο Η Υγεία στην 3η ηλικία*, μεταφρ.Πηγής Δ., Σαλτούρα Ε. Αθηνά: Πασχαλίδης
14. Μπαμπινιώτης, Γ. (2002). *Λεξικό Νέας Ελληνικής Γλώσσας*. Αθήνα: Κέντρο Λεξικολογίας

15. Μωυσίδης, Α. (1998). *Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων στο Κέντρο κοινωνικής Μορφολογίας και κοινωνικής Πολιτικής*. Αθήνα: ΚΕ.ΚΜΟ.ΚΟ.Π.
16. Μωυσίδης, Α., Ανθοπούλου, Θ., Ντύκεν, Μ.Ν. (2002). *Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού*. Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π.) Αθήνα: Gutenberg
17. Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1992). *Στόχοι για "Υγεία για Όλους": Πολιτική υγείας για την Ευρώπη*. Κοπεγχάγη: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
18. Παγοροπούλου, Α. (2000). *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
19. Πλατή, Χ. (2000). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Παπανικολάου
20. Σαχλάς, Α. (2017). *Εφαρμοσμένη Στατιστική με Χρήση του IBM SPSS Statistics 23: Με έμφαση στις Επιστημες Υγείας*. Θεσσαλονίκη: ΤΖΙΟΛΑ
21. Τσολάκη, Μ., Κάζης, Α. (2005). *Άνοια: Ιατρική και Κοινωνική Πρόκληση*. Θεσσαλονίκη: University studio Press
22. Χανιώτης, Φ.Ι. (1992). *Γηριατρική με στοιχεία γεροντολογίας*. Αθήνα: Λίτσας
23. Robson, C. (2010). *Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου: Ένα Μέσον για κοινωνικούς Επιστήμονες και Επαγγελματίες Ερευνητές* (μτφ.: Νταλάκου Β. – Βασιλικού Κ. 2η έκδ.). Αθήνα: Βιβλιοθήκη Κοινωνικής Επιστήμης και Κοινωνικής Πολιτικής – Gutenberg (έτος έκδοσης πρωτοτύπου 1993)

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

1. Akpek, E, Smith, R. (2013). Overview of age-related ocular conditions. *Overvage-related Ocul Cond.* 19(5 suppl): S67–75.
2. Berry, S. D., & Miller, R. R. (2008). Falls: epidemiology, pathophysiology, and relationship to fracture. *Curr Osteoporos Rep*, 6(4), 149-154.
3. European Commission, (2009), *Economic and Financial Affairs: Economic crisis in Europe: Causes, consequences and responses*. European Economy, Brussels. Pp.1-87, Tab. Graph. Bibliogr

4. Grammatikopoulos I, Koupidis S, Petelos E, Theodorakis P. (2011). Mental health policy in greece: implications into practice in the era of economic crisis. *Eur Psych.* 26:01-535
5. Kentikelenis A, Papanicolas I. (2012). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Pub Health.* 22(1):4–5
6. Kirmizioglu Y., Dogan O., Kugu N., & Akyuz G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 24(9), 1026-1033
7. Lenze EJ., Mulsant BH., Shear KM., Alexopoulos GS., Frank E., Reynolds CF. (2001). Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depression & Anxiety.* 14(2):86-93
8. Luna P. (2011). Is the economic crisis affecting the quality of neurological services? *Lancet.* 10: 602-603
9. Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality (2<sup>nd</sup>.)* Harper and Row, New York
10. Oikonomou N, Tountas Y. (2011). The Greek economic crisis: a primary health-care perspective. *Lancet.* 377: 28-29
11. Pearson J, Thomas M. (2006). *Collins Dictionary of Social Work.* Collins
12. Rapoport, L. (1966/1996). The state of crisis: Some theoretical considerations. In *Crisis Intervention: Selected Readings.* Parad, H. J. (ed). New York: F.S.A.A.
13. Rubenstein, L. Z., & Josephson, K. R. (2002). The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med,* 18(2), 141-158. Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychol Rev,* 103(3), 403- 428
14. Stuckler, D., Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., Basu, S. & Mckee, M. (2011). Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy. *The Lancet,* Vol. 378, pp. 1457-1458
15. WHO. (1958). *The First Ten Years.* The Health Organization. World Health Organization, Geneva, 1.
16. Williger B, Lang FR. *Managing.* (2014). Age-Related Hearing Loss: How to Use Hearing Aids Efficiently - A MiniReview. *Gerontology.* 440–7.

17. Zautra, A., & Goodhart, D. (1979). Quality of life indicators: A review of the literature. *Community Mental Health Review*, 4, 1-11.

## ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

- Θεοδοσίου, Π. (2012). *Η Τρίτη ηλικία στην εποχή της οικονομικής κρίσης*  
<http://hlikiomenoiblogspot.blogspot.com/2012/10/blog-post.html>  
[Ημερομηνία πρόσβασης 12 Απριλίου 2019]
- Κοψίνη, Χ. (2014). *Η διάκριση στην ανεργία*  
<http://www.kathimerini.gr/775299/opinion/epikairothta/politikh/h-diakrish--sthn-anergia>  
[ Ημερομηνία πρόσβασης 28 Μαρτίου 2019]
- Flávio M. F. X., Marcos P. T. F., Norton M., Norma U. E., Emílio H. M. (2003). *Elderly people's definition of quality of life*.  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000100007&script=sci\\_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462003000100007&script=sci_arttext&tlng=es)  
[Ημερομηνία πρόσβασης: 1 Απριλίου 2019]
- Farquhar, M. (1995). *Elderly People's Definitions of Quality of Life*  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46403383/0277-9536\\_2895\\_2900117-p20160611-10883-ulq0jb.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/46403383/0277-9536_2895_2900117-p20160611-10883-ulq0jb.pdf)  
[Ημερομηνία πρόσβασης: 1 Απριλίου 2019]
- Παναγιωτοπούλου, Α. (2011). *Άγχος και κατάθλιψη στην Τρίτη ηλικία*  
<https://www.ypostirixi.net/el/papers/?nid=744>  
[Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]
- Σαλή, Δ. (χ.χ.) *Διαταραχές μνήμης και Τρίτης ηλικίας*  
<https://www.grandmama.gr/a/266/diataraxes-mnimis-kai-triti-ilikia>  
[Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]
- Χαραμή, Π. (χ.χ.) *Αρθρίτιδα και θεραπεία*  
<https://www.y-o.gr>  
[Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]

- Δάλλα, Α.(χ.χ.) *Υπέρταση ηλικιωμένων*  
<https://www.grandmama.gr/a/156/ypertasi-ilikiomenon>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]
- Βιλαέτη, Α. (χ.χ.) *Η νόσος Alzheimer*  
<https://www.iatropedia.gr/encyclopedia/nosos-alzheimer/>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]
- Κάκουρος, Σ.(χ.χ.) *Καρδιακή ανεπάρκεια*  
<https://www.hcs.gr/kardiaki-aneparkeia.aspx>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]
- Ντάκου, Ε.(χ.χ.) *Η τρίτη ηλικία στην Ελλάδα*  
<https://www.psychology-athens.com>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 14 Απριλίου 2019]
- WHO (1946). *CONSTITUTION OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION*  
<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 25 Ιουνίου 2019]
- Χαντέ , Λ. (2017). *Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.*  
<https://www.gernaoallios.gr/2017/10/02/dikeomata-ke-yPOCHREOSIS-ton-ilikiomenon/>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 25 Ιουνίου 2019]
- Γράτζιου, Ε. (2018). *Οι ανάγκες των ηλικιωμένων στην πυραμίδα του Maslow*  
<https://www.gernaoallios.gr/2018/05/09/oi-anages-ton-ilikiomenon-stin-piramida-tou-maslow/>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 25 Ιουνίου 2019]
- Κ.Χ. Γκουβάς, Γ. Σούλης, Δ.Β. Παναγιωτάκος, (2017) *Πολλαπλές διαστάσεις της διαδικασίας της γήρανσης Τι γνωρίζουμε για αυτές;*  
<http://www.mednet.gr/archives/2018-6/pdf/757.pdf>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 25 Ιουνίου 2019]
- Πρόγραμμα «ΗΠΙΟΝΗ» (2016). *Εγκύκλιος Προγράμματος Ηπιόνη.*  
<https://www.gerontology.gr/wp-content/uploads/2018/06/anakoynosi-ypourgeiou-ygeias-HPIONI-2016.pdf>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Οκτωβρίου 2019]

- Αρναούτογλου, Ν. (χ.χ) *Νόσος Alzheimer*  
<https://www.psyhiatros.gr>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 25 Ιουνίου 2019]
- Newsit. (2016). *Η ανεργία τσακίζει τους ηλικιωμένους*  
<https://www.newsit.gr/oikonomia/i-anergia-tsakizei-toys-ilikiomenoys/1246459/>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 8 Ιουνίου 2019]
- Αρωγή Euromedica – Κέντρο Αποκατάστασης και Αποθεραπείας Θεσσαλονίκης (2017). *Προσεγγίζοντας τις ανάγκες της Τρίτης ηλικίας*  
<http://www.euromedica-arogi.gr>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 22 Σεπτεμβρίου 2019]
- Τσολάκη, Μ. (2002). *Ανοια τύπου ALZHEIMER: η πρόκληση του 21ου αιώνα.*  
<https://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/432/1/M01.026.05.pdf>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Οκτωβρίου 2019]
- World Health Organization (2009). *Depression.*  
[www.who.int](http://www.who.int)  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 5 Οκτωβρίου 2019]
- Επίσημη σελίδα ΣΚΛΕ  
<https://www.skle.gr/index.php/el/2015-01-15-06-55-22/2015-01-15-06-57-24>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 8 Νοέμβρη 2019]
- Καρανικόλα, Ε. Κ., Δημόπουλος, Ε. Χ., Νιάκας, Δ. Α., & Αλετράς, Β. Ο. (2018). *Οικονομική κρίση και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ηλικιωμένων.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 35(2), 220-229. <http://www.mednet.gr/archives/2018-2/pdf/220.pdf>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 8 Νοέμβρη 2019]
- Παρούτσας, Δ.(2015). *Η τρίτη ματιά «Η ρίζα του κακού»*  
<https://www.evrytanika.gr>  
 [Ημερομηνία πρόσβασης: 1 Μαρτίου 2020]
- Επτάκοιλη, Τ. (2019). *Διαβήτης, μια παγκόσμια μάστιγα*

<https://www.kathimerini.gr/1017103/gallery/ygeia/ygeia-epikairothta/diavhths-mia-pagkosmia-mastiga>

[Ημερομηνία πρόσβασης: 1 Μαρτίου 2020]

- Λαζαρίδου Β., Μαριδάκη Μ., Μουσικάκη Β. (2008). « *ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ: ΑΤΟΜΑ ΕΝΕΡΓΑ Ή ΑΤΟΜΑ ΣΕ ΑΔΡΑΝΕΙΑ. ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΑ Κ.Α.Π.Η. ΤΟΥ ΔΗΜΟΥ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ*» ΤΕΙ Κρήτης

<http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/ker/2008/LazaridouVasiliki,MaridakiMaria,MousikakiVasiliki/attached-document-1279530351-488182-26827/Lazaridou2008.pdf>

[Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Μαρτίου 2020]

- Κουτσιμού, Π. (2014). “*Η διερεύνηση του άγχους και της κατάθλιψης των ηλικιωμένων μέσα στα πλαίσια της οικονομικής κρίσης*”. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

<https://ir.lib.uth.gr/xmlui/bitstream/handle/11615/41692/12706.pdf?sequence=1>

[Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Μαρτίου 2020]

- Σακκά, Π. (χ.χ.) *Διαταραχές της Διάθεσης και Ηλικιωμένοι*

[www.psakka.gr/index.php/diataraxes-diathesis.html](http://www.psakka.gr/index.php/diataraxes-diathesis.html)

[Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Μαρτίου 2020]

- Λούη, Α. (2011). *ΕΝΤΥΠΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΓΙΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ. ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ*

<https://ktisis.cut.ac.cy/bitstream/10488/5403/2/διπλωματική%20εργασία%20-%20ΝΑΤΑΣΑ%20ΛΟΥΗ.pdf>

[Ημερομηνία πρόσβασης: 4 Μαρτίου 2020]