



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΙΑΚΡΙΣΕΙΣ, ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗ ΚΑΙ ΙΔΙΟΤΗΤΑ
ΤΟΥ ΠΟΛΙΤΗ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ
ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΥ ΕΛΕΝΗ

Επιβλέπων Καθηγητής
Δρ. Σπυριδάκης Εμμανουήλ

Εξεταστική Επιτροπή
Κ. Φερόνας Ανδρέας, Επίκουρος Καθηγητής Τμήματος Κοινωνικής Πολιτικής
Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
Κ. Γαζή Φωτεινή, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιστορίας

Κόρινθος, Δεκέμβριος 2019

Copyright © Ελένη Παρασκευοπούλου, 2019

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη διεξήχθη στο πλαίσιο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Κοινωνικές διακρίσεις, Μετανάστευση και Ιδιότητα του Πολίτη» του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Με την εκπόνηση της συγκεκριμένης εργασίας ολοκληρώνεται ένας κύκλος σπουδών, για την επιτυχή έκβαση του οποίου οφείλω να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του μεταπτυχιακού προγράμματος, για τη καίρια συμβολή τους στη διερεύνηση των γνώσεών μου σχετικά με θέματα που άπτονται του χώρου τόσο της κοινωνικής όσο και της εκπαιδευτικής πολιτικής.

Για τη διεκπεραίωση της παρούσας ερευνητικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή Δρ. Σπυριδάκη Εμμανουήλ, Αναπληρωτή Καθηγητή του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, για την πολύτιμη βοήθεια, την στήριξη και την συμβολή του στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής μου μελέτης.

Την παρούσα διπλωματική εργασία την αφιερώνω στην οικογένειά μου, για την υπομονή και την αμέριστη συμπαράστασή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	iii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	iv
ΠΙΝΑΚΕΣ.....	vi
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ.....	vii
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
Προβληματική της μελέτης	1
Σκοπός, στόχοι και σημαντικότητα της έρευνας.....	2
Ερευνητικά ερωτήματα	4
Ερευνητικός σχεδιασμός	4
Δομή της εργασίας.....	6
ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ	8
1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας	8
1.2 Χαρακτηριστικά του γήρατος.....	10
1.3 Φυσιολογικές μεταβολές με την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους.....	11
1.4 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων	15
1.5 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων.....	17
1.6 Ιστορική αναδρομή της προστασίας του γήρατος	18
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	20
2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής	20
2.2 Προσαρμογή και ποιότητα ζωής κατά το γήρας.....	24
2.3 Υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής στα γηρατειά	25
2.4 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
3.1 Ορισμός-είδη κοινωνικής στήριξης.....	31
3.2 Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις του ρόλου των ηλικιωμένων.....	33
3.3 Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην ελληνική οικογένεια και κοινωνία.....	36
3.3.1 Η ελληνική οικογένεια.....	36
3.3.2 Η σχέση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους.....	38
3.3.3 Η σχέση των ηλικιωμένων με τα εγγόνια τους.....	41
3.3.4 Φιλία και φίλοι.....	42

3.4	Δίκτυα κοινωνικής στήριξης: διαχρονική εξέλιξη, χαρακτηριστικά.....	44
	ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	48
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	48
4.1	Δείγμα	48
4.2	Ερευνητικό εργαλείο	49
4.3	Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας	50
4.4	Διαδικασία συλλογής πρωτογενών δεδομένων	52
4.5	Στατιστική ανάλυση.....	53
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	55
5.1	Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος	55
5.2	Τρόπος ζωής -Ποιότητα ζωής.....	57
5.3	Μονοπαραγοντικές αναλύσεις.....	70
	ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	76
6.1	Συζήτηση	76
6.1.1	Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά	76
6.1.2	Τρόπος ζωής – Ποιότητα ζωής	77
6.1.3	Επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στο επίπεδο του τρόπου και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων	81
6.2	Περιορισμοί της μελέτης	84
6.3	Συμπεράσματα - Προτάσεις.....	85
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88
	Ξενόγλωσση	88
	Ελληνική.....	97
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	100

ΠΙΝΑΚΕΣ

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=156)	55
Πίνακας 2: Συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής	69
Πίνακας 3: T-test για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με το φύλο	70
Πίνακας 4: T-test για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση	70
Πίνακας 5: ANOVA για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με την ηλικία	71
Πίνακας 6: ANOVA για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με τον αριθμό παιδιών.....	72
Πίνακας 7: ANOVA για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με τον αριθμό εγγονιών.....	73
Πίνακας 8: ANOVA για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο	73
Πίνακας 9: ANOVA για τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με την εργασία	74
Πίνακας 10: Γραμμική παλινδρόμηση (τρόπος και ποιότητα ζωής).....	75

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

Διάγραμμα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων (N=156)	56
Διάγραμμα 2: Συζυγικό περιβάλλον (N=78).....	57
Διάγραμμα 3: Ασχολία με την ανατροφή των εγγονιών (N=148)	57
Διάγραμμα 4: Ικανοποίηση από την ασχολία με την ανατροφή των εγγονιών (N=148) 58	
Διάγραμμα 5: Συχνότητα συναντήσεων/επικοινωνίας με συγγενείς και φίλους (N=156)	58
Διάγραμμα 6: Ανάγκη για βοήθεια (N=156).....	59
Διάγραμμα 7: Παροχή βοήθειας (N=72).....	59
Διάγραμμα 8: Προσφορά βοήθειας σε άλλους (N=156).....	60
Διάγραμμα 9: Κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής (N=156)	61
Διάγραμμα 10: Προβλήματα υγείας (N=156)	61
Διάγραμμα 11: Πόνοι από ασθένειες (N=156).....	62
Διάγραμμα 12: Κατάσταση υγείας και λήψης φαρμάκων (N=156).....	62
Διάγραμμα 13: Κατάσταση υγείας και ύπνου (N=156)	63
Διάγραμμα 14: Προβλήματα ύπνου (N=156).....	63
Διάγραμμα 15: Ελεύθερος χρόνος - Χόμπι (N=156)	64
Διάγραμμα 16: Ελεύθερος χρόνος – Τηλεόραση και ραδιόφωνο (N=156)	65
Διάγραμμα 17: Ελεύθερος χρόνος – Εφημερίδες και περιοδικά (N=156).....	65
Διάγραμμα 18: Βοήθεια από δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο (N=156).....	66
Διάγραμμα 19: Συμμετοχή στη θρησκεία (N=156).....	66
Διάγραμμα 20: Συχνότητα συμμετοχής στη θρησκεία (N=156).....	67
Διάγραμμα 21: Ικανοποίηση από συμμετοχή στη θρησκεία (N=156)	67
Διάγραμμα 22: Βοήθεια από συμμετοχή στη θρησκεία (N=156).....	68
Διάγραμμα 23: Ικανοποίηση από κοινωνική ζωή (N=156).....	68
Διάγραμμα 24: Συνολική βαθμολογία ποιότητας ζωής.....	69

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Προβληματική της μελέτης

Η αύξηση παγκοσμίως του ποσοστού των ηλικιωμένων και ταυτόχρονα η άνοδος του προβλεπόμενου ορίου ηλικίας των ανθρώπων ουσιαστικά εκφράζει την αρχέγονη ενδόμυχη ανθρώπινη ελπίδα για μακροζωία, μεταβάλλοντας τη στάση όλων απέναντι στο γήρας (DePaola et al. 2003). Ωστόσο, παρόλο που η επίτευξη μακροζωίας είναι επιθυμητή από όλους, στην πραγματικότητα το γήρας, που αποτελεί το τελευταίο στάδιο της ζωής του ανθρώπου, αφορά μια περίοδο κατά την οποία έρχεται αντιμέτωπος με μια σειρά μεταβολών και αλλαγών ψυχοσωματικών, που ολοκληρώνονται με το θάνατο. Είναι γεγονός ότι κανείς δεν μπορεί να αποφύγει το γήρας, εκτός από αυτούς που δυστυχώς πεθαίνουν νέοι.

Τα γηρατειά δεν είναι μόνο αποτέλεσμα μιας βιολογικής-σωματικής παρακμής, αλλά και απόρροια πολλαπλών κοινωνικών, πολιτισμικών και οικονομικών συνθηκών. Τα τελευταία χρόνια πολλοί ερευνητές αναλύουν ολοένα και περισσότερα θέματα που αναφέρονται στην τρίτη ηλικία και το γήρας. Αυτό συμβαίνει εξαιτίας της παγκόσμιας αύξησης του ποσοστού της τρίτης ηλικίας και μάλιστα με γρηγορότερους ρυθμούς στις αναπτυγμένες χώρες, (DePaola et al., 2003; Berg et al., 2006), καθώς και εξαιτίας της πολυπλοκότητας στα προβλήματα που έχουν να αντιμετωπίσουν τα άτομα στην τρίτη ηλικία κατά το γήρας. Η αύξηση του ποσοστού της τρίτης ηλικίας στις λιγότερο ανεπτυγμένες χώρες, στο διάστημα των τελευταίων δεκαετιών, από το 55% που ήταν το 1980, προβλέπεται ότι θα αγγίξει το 70% το 2020 (Khalifeh, 1997). Για την Ελλάδα, μια χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αναμένεται ότι το ποσοστό των ηλικιωμένων θα ξεπεράσει το ¼ του συνολικού πληθυσμού της χώρας το 2020 (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α). Ειδικότερα, το διάστημα των τελευταίων δεκαετιών στη χώρα μας το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξήθηκε με ιλιγγιώδη ταχύτητα, ξεπερνώντας το αντίστοιχο ποσοστό των παιδιών (Triantos, 2005). Περαιτέρω, προβλέπεται ότι το 2050 στις αναπτυγμένες χώρες η αναλογία να είναι δύο ηλικιωμένοι για κάθε παιδί (Triantos, 2005).

Συνοψίζοντας αυτά τα δεδομένα, η αυξανόμενη τρίτη ηλικία στον κοινωνικό ιστό, οι διαρκείς μεταβολές στην οικογενειακή δομή, οι κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες, ο ρόλος που διαδραματίζει ο τρόπος ζωής στην προσαρμογή του ηλικιωμένου ψυχολογικά και κοινωνικά, αλλά και οι επαφές και συναντήσεις με ηλικιωμένους μέσα από την εμπειρία 17 χρόνων δουλεύοντας μαζί τους, στάθηκαν εφελτήριο στην εκπόνηση της παρούσας εργασίας και στη διατύπωση του εξής ερωτήματος:

«Η κοινωνικότητα (κοινωνική δράση) αποτελεί παράγοντα που προσδίδει θετικό πρόσημο στον τρόπο - ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;»

Με τον όρο «κοινωνικότητα», η μελέτη αναφέρεται στον τρόπο που οι ηλικιωμένοι διαχειρίζονται την καθημερινότητά τους και πώς επανακοινωνικοποιούνται ουσιαστικά αφού συνταξιοδοτηθούν μέσα από τυπικά και άτυπα δίκτυα κοινωνικής στήριξης. Με τον όρο «τρόπος ζωής», αναφερόμαστε στον τόπο και τον τρόπο που διαβιώνουν τα άτομα τρίτης ηλικίας. Ο τρόπος ζωής στους ηλικιωμένους αφορά στη σύνθεση των παραμέτρων εκείνων που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους και παράλληλα επηρεάζουν τη συναισθηματική ευεξία-ηθικό των ηλικιωμένων. Μελετώντας την ύπαρξη τέτοιων παραγόντων, ως σημαντικοί αναφέρονται ο τόπος κατοικίας, η οικονομική κατάσταση, οι συνθήκες σωματικής και ψυχικής υγείας, τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης, το οικογενειακό περιβάλλον και η ποιότητα των σχέσεών τους, κ.λπ. Επιπλέον, τον τρόπο ζωής επηρεάζει άμεσα η ύπαρξη πολιτισμικού πλαισίου, καθώς είναι συνυφασμένο με τις αξίες, τα έθιμα και τον προσανατολισμό ως προς τον άνθρωπο που χαρακτηρίζει μια χώρα.

Σκοπός, στόχοι και σημαντικότητα της έρευνας

Το πλαίσιο εκπόνησης της παρούσας έρευνας εντοπίζεται στο ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει το κοινωνικό υπόβαθρο στη διαμόρφωση της σχέσης ανάμεσα στην ηλικία και την προσωπικότητα. Η κοινωνική δράση μετά τα 65 έτη των ανθρώπων αποτελεί σημείο αναφοράς της ποιότητας ζωής τους. Πολλοί ερευνητές προτείνουν ότι είναι προτιμότερο οι ηλικιωμένοι να έχουν μια υψηλότερη ποιότητα ζωής, παρά μακροζωία που να συνοδεύεται από άσχημες συνθήκες διαβίωσης. Ειδικότερα, το ενδιαφέρον της γεροντολογίας αφορά στο πώς μπορεί ο άνθρωπος να βιώσει μακροζωία, έχοντας ποιότητα ζωής σε όλους τους τομείς. Η παρούσα μελέτη πραγματοποιείται έχοντας ως δεδομένο αυτή την προσλαμβάνουσα.

Στο πλαίσιο όλων των ανωτέρω, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των αντιλήψεων των ηλικιωμένων για το βίωμα των γηρατειών και την τρέχουσα κατάστασή τους. Ειδικότερα επιδιώκεται η κατανόηση της κοινωνικότητας, ως παράγοντα που προσδίδει θετικό πρόσημο στον τρόπο-ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας.

Οι στόχοι της έρευνας αφορούν τη μελέτη του κοινωνικού προσανατολισμού των ηλικιωμένων σε μια μικρή κωμόπολη της Περιφέρειας (αγροτική περιοχή), καθώς και τη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η κοινωνική δικτύωση (τυπική ή άτυπη) επιδρά στην ποιότητα ζωής τους. Σημαντικό κομμάτι της έρευνας, αποτελεί ο προσδιορισμός των παραγόντων εκείνων που επηρεάζουν την κοινωνικότητα και τον τρόπο ζωής. Μέσα από την εν λόγω έρευνα θα επιδιώξουμε να αντιληφθούμε την επίδραση της κοινωνικότητας στην ικανοποίηση των ατόμων (πολιτών) και μάλιστα των πιο ηλικιωμένων μελών της, τα οποία είναι περισσότερο ευάλωτα στην απομόνωση ή την ένταξη στο κοινωνικό σύνολο. Είναι σημαντικό να μελετηθεί εάν οι κοινωνικές δράσεις που οι ηλικιωμένοι αναλαμβάνουν μπορούν να τους δώσουν ώθηση να αντιμετωπίσουν τα γηρατεία με θάρρος, υπομονή, ικανοποίηση. Σε μια χώρα, όπου το ποσοστό των ηλικιωμένων αυξάνεται όπως και παγκοσμίως, είναι ωφέλιμο να δημιουργούνται οι συνθήκες εκείνες από τις δομές για την τρίτη ηλικία όπου θα επαναπροσδιορίζουν τις προσλαμβάνουσες των ηλικιωμένων και την καθημερινότητά τους.

Κατά την προσωπική μας γνώμη, το γήρας αποτελεί μια περίοδο στη ζωή του ανθρώπου που χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας. Αυτό προκύπτει από τα έθιμα σχεδόν όλων των κοινωνιών και δουλεύοντας με τους ηλικιωμένους τα τελευταία 17 χρόνια, παρατηρούμε πως η κοινωνικότητα στην ηλικία αυτή κάνει τους ανθρώπους να αντιμετωπίζουν τον πόνο με περισσή δύναμη όταν τον μοιράζονται και να ανακουφίζονται όταν μπορούν να επικοινωνήσουν με το φιλικό, οικογενειακό τους περιβάλλον. Επιπλέον από τις συζητήσεις που κάνουμε μαζί τους, φαίνεται πως η κοινωνικότητα που κάποιοι ηλικιωμένοι έχουν τους δίνει τη δυνατότητα να ονειρεύονται το μέλλον και να το αισθάνονται μακρό. Είναι ώριμο πλέον να αποτυπωθεί και στο χαρτί τι πραγματικά είναι αυτό που οι ηλικιωμένοι ως κοινωνικό προσανατολισμό έχουν, προκειμένου ο τρόπος ζωής τους - ποιότητα ζωής, να γίνει ευκολότερη και πιο ευχάριστη.

Ερευνητικά ερωτήματα

Για τη διερεύνηση του σκοπού της μελέτης, τα ερευνητικά ερωτήματα στα οποία καλείται να απαντήσει η έρευνα είναι τα εξής:

- α) Ποια είναι τα τυπικά και άτυπα δίκτυα κοινωνικής στήριξης των ηλικιωμένων του συγκεκριμένου δείγματος;
- β) Πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ηλικιωμένοι από την κοινωνική στήριξη που τους παρέχεται από το περιβάλλον τους;
- γ) Σε ποιο βαθμό η κοινωνική δράση (εμπλοκή σε συλλόγους, εθελοντισμό, γειτονικές-φιλικές σχέσεις, φροντίδα εγγονιών, ΚΑΠΗ, λέσχες φιλίας κ.ά.) επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων;
- δ) Ποια είναι η σχέση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών με τα είδη κοινωνικής στήριξης;
- ε) Ποια είναι η επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στο επίπεδο της υγείας και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων;

Ερευνητικός σχεδιασμός

Ο τύπος της μελέτης που επιλέχθηκε είναι περιγραφικός με χαρακτήρα επισκόπησης και συγχρονικό σχεδιασμό (cross-sectional study). Σκοπός της περιγραφικής μελέτης είναι η διερεύνηση και η καταγραφή φαινομένων σε πραγματικές καταστάσεις, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, χωρίς παρακολούθηση των συμμετεχόντων στο χρόνο (Bryman, 1992). Αυτή η προσέγγιση χρησιμοποιείται για να παράγει νέα γνώση σε θέματα όπου δεν υπάρχει ή υπάρχει περιορισμένη έρευνα. Μέσω αυτής, περιγράφονται ιδέες και αναγνωρίζονται σχέσεις που παρέχουν τη βάση για περαιτέρω ποσοτική μελέτη και έλεγχο της θεωρίας (Coolikan, 2004; Teddlie & Tashakkori, 2009; Zoua et al., 2014).

Η επισκόπηση χρησιμοποιείται κυρίως με την έννοια της περιγραφικής μελέτης ή της μελέτης συσχέτισης, σχεδιάζεται με σκοπό την απόκτηση πληροφοριών από πληθυσμούς, οι οποίες αφορούν στην επικράτηση (επιπολασμός), στην κατανομή και στη συσχέτιση μεταβλητών εντός αυτών των πληθυσμών και ο όρος μπορεί να χρησιμοποιηθεί για κάθε μελέτη στην οποία ο ερευνητής συλλέγει δεδομένα με σκοπό τη διερεύνηση χαρακτηριστικών, γνώσεων, απόψεων, στάσεων και αξιών. Μια

επισκόπηση μπορεί να έχει συγχρονικό (cross-sectional) ή διαχρονικό (longitudinal) σχεδιασμό. Οι συγχρονικές μελέτες αφορούν στη συλλογή δεδομένων σε μια μόνο χρονική στιγμή. Δεν περιλαμβάνουν χωριστές δειγματοληψίες, αλλά μια δειγματοληψία πληθυσμού στο χρόνο. Το κύριο πλεονέκτημά τους αφορά στο ότι είναι πρακτικές, δηλαδή σχετικά οικονομικές, λιγότερο χρονοβόρες και ευκολότερες στο χειρισμό τους σε σύγκριση με τις διαχρονικές (Bassett & Bassett, 2003; Wood et al., 2006). Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω, οι επισκοπήσεις συνήθως ακολουθούν το συγχρονικό σχεδιασμό και είναι ιδιαίτερα κατάλληλες για να περιγράψουν σχέσεις μεταξύ μεταβλητών σε μια ορισμένη χρονική στιγμή δίνοντας την εικόνα του φαινομένου τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο (Conkin, 2005).

Ο μεθοδολογικός σχεδιασμός της έρευνας προσδιορίστηκε από τον ίδιο τον στόχο της. Για την καταγραφή των απόψεων και των στάσεων των ηλικιωμένων για το συγκεκριμένο θέμα, η επιλογή της ποσοτικής μεθόδου συλλογής στοιχείων κρίθηκε ως η καταλληλότερη. Η ποσοτική μεθοδολογική προσέγγιση αποτελεί συστηματική και αντικειμενική διαδικασία που χρησιμοποιείται για την ποσοτικοποίηση, τον έλεγχο συγκεκριμένων θεωρητικών υποθέσεων και την παραγωγή αξιόπιστων, έγκυρων και αντιπροσωπευτικών αποτελεσμάτων (Coolikan, 2004). Μέσω αυτής της μεθόδου, ο ερευνητής έχει τη δυνατότητα προσέγγισης ενός μεγάλου αριθμού περιπτώσεων που θα οδηγήσει στη στατιστική ανάλυση των δεδομένων, η οποία, υπό ορισμένες συνθήκες, επιτρέπει γενίκευση των τάσεων στον ευρύτερο πληθυσμό του δείγματος.

Τα δεδομένα μελέτης επισκόπησης είναι δυνατόν να συλλεχθούν με πολλούς τρόπους. Οι συνηθέστερες μέθοδοι είναι οι προσωπικές και οι τηλεφωνικές συνεντεύξεις, τα ανώνυμα ερωτηματολόγια και η παρατήρηση. Όλα τα ερευνητικά εργαλεία έχουν πλεονεκτήματα, αλλά και μειονεκτήματα, με τη χρήση ενός ερευνητικού εργαλείου να μην αποκλείει τη χρήση ενός δεύτερου ή και ενός τρίτου. Αυτό σημαίνει ότι ο ερευνητής μπορεί να προβεί σε διασταύρωση των ερευνητικών εργαλείων, εφόσον αυτό κριθεί απαιτούμενο των αναγκών της εργασίας του. Όλες οι μέθοδοι που αναφέρονται παραπάνω είναι μέθοδοι αυτό-αναφοράς, οι οποίες θεωρούνται οι καταλληλότερες για τη συλλογή δεδομένων που αναφέρονται σε απόψεις, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε η μέθοδος του ανώνυμου ερωτηματολογίου με συμπλήρωση μέσω συνέντευξης από την ερευνήτρια (Polit & Beck, 2006).

Αν και οι συνεντεύξεις θεωρούνται οι καταλληλότερες για τη συλλογή πληροφοριών με ευελιξία και η δυνατότητα καταγραφής λεπτομερώς απόψεων και η επαφή του αξιολογητή με το χρήστη είναι άμεση, εντούτοις τα ερωτηματολόγια αποτελούν περισσότερο πρόσφορη μέθοδο αφού η εξαγωγή συμπερασμάτων είναι πολύ πιο εύκολη, ενώ περαιτέρω ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να διαχυθεί σε μεγάλο πλήθος υποκειμένων, ιδιαίτερα όταν ο προς διερεύνηση πληθυσμός εξαπλώνεται σε μια μεγάλη γεωγραφική περιοχή και δεν απαιτούν εκπαίδευση (αποφυγή μεροληψίας του συνεντευκτή). Για το λόγο αυτό είναι μέθοδος που κοστίζει λιγότερο και εξοικονομεί πολύτιμο χρόνο συγκριτικά με τις συνεντεύξεις. Επίσης, παρέχουν τη δυνατότητα πλήρους ανωνυμίας και απομόνωσης, επιτρέποντας στους συμμετέχοντες να απαντήσουν με ειλικρίνεια, αυθορμητισμό χωρίς ντροπή και αμηχανία ακόμα και σε ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά και ευαίσθητα δεδομένα ή/και μη κοινωνικά αποδεκτά ζητήματα. Επιπλέον παρέχεται μεγαλύτερη δυνατότητα τυποποίησης στον τρόπο συλλογής των δεδομένων, καθώς ούτε η εκφορά των ερωτήσεων ούτε η καταγραφή των απαντήσεων γίνεται από τρίτους. Η τυποποίηση των ερωτήσεων ενισχύει την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (Wood et al., 2006; Μέλλου, 2008).

Δομή της εργασίας

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: (α) το θεωρητικό και (β) το ερευνητικό. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύεται η έννοια της τρίτης ηλικίας και τα χαρακτηριστικά της. Πιο συγκεκριμένα, παρατίθεται ο ορισμός της τρίτης ηλικίας, τα χαρακτηριστικά του γήρατος και οι φυσιολογικές μεταβολές που συμβαίνουν με την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους. Επίσης γίνεται αναφορά στις ανάγκες και στα προβλήματα των ηλικιωμένων και παρουσιάζεται μια ιστορική αναδρομή σχετικά με την προστασία του γήρατος.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναπτύσσεται η έννοια της «ποιότητας ζωής». Γίνεται αναφορά στην προσαρμογή και την ποιότητα ζωής κατά το γήρας, την υποκειμενική αντίληψη της ποιότητας ζωής στα γηρατειά, ενώ επιχειρείται μια καταγραφή των διαστάσεων της ποιότητας ζωής.

Το τρίτο κεφάλαιο πραγματεύεται την κοινωνικότητα στην τρίτη ηλικία. Αρχικά παρατίθενται ο ορισμός και τα είδη της κοινωνικής στήριξης, καθώς και κοινωνιολογικές προσεγγίσεις του ρόλου των ηλικιωμένων. Στη συνέχεια αναλύεται ο ρόλος του ηλικιωμένου ανθρώπου στην ελληνική οικογένεια και κοινωνία, μέσα από το αξιακό, πολιτισμικό, κοινωνικό και οικογενειακό πλέγμα που περικλείει τους ανθρώπους τρίτης ηλικίας στην Ελλάδα. Στο τέλος του κεφαλαίου γίνεται αναφορά στα κοινωνικά δίκτυα που παίζουν ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην κοινωνική στήριξη και ο προσδιορισμός της έννοιας τους, της διαχρονικής τους εξέλιξης και των χαρακτηριστικών τους.

Ακολουθεί το ερευνητικό μέρος της εργασίας, το οποίο αποτελείται από τρία κεφάλαια. Το τέταρτο κεφάλαιο περιλαμβάνει το υλικό για την υλοποίηση της έρευνας. Πιο αναλυτικά, παρουσιάζεται το δείγμα, το ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή των δεδομένων, οι έλεγχοι εγκυρότητας και αξιοπιστίας, η διαδικασία συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, καθώς και η στατιστική ανάλυση.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας, σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα. Αρχικά γίνεται παράθεση των περιγραφικών στοιχείων του δείγματος, στη συνέχεια παρουσιάζονται τα στοιχεία σχετικά με τις διαστάσεις του τρόπου-ποιότητας ζωής και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν, ενώ στο τέλος αναπτύσσονται τα στοιχεία που προέκυψαν από συσχετίσεις μεταβλητών που αφορούν την κοινωνικότητα και τον τρόπο και ποιότητα ζωής.

Στο έκτο κεφάλαιο αναπτύσσεται η συζήτηση μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων και τις ερμηνευτικές παρατηρήσεις. Στο πλαίσιο αυτό περιγράφονται τα αποτελέσματα της επεξεργασίας με παράλληλη παράθεση αντίστοιχων ή κατά προσέγγιση αντίστοιχων αποτελεσμάτων από άλλες μελέτες της βιβλιογραφίας, καθώς και λεπτομερής διατύπωση στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την παράθεση των συμπερασμάτων που προέκυψαν, τους περιορισμούς της μελέτης και τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

1.1 Ορισμός της τρίτης ηλικίας

Το γήρας είναι ένας όρος που καθορίζεται χρονολογικά με βάση τα κοινωνικά χαρακτηριστικά στις διάφορες εποχές. Ο Πυθαγόρας διέκρινε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, αντίστοιχα με τις εποχές: α) την παιδική ηλικία (ή άνοιξη) από 0-20 ετών, β) την εφηβεία (ή καλοκαίρι) από 20-40 ετών, γ) τη νεότητα (ή φθινόπωρο) από 40- 60 ετών και δ) τα γηρατειά (ή χειμώνα) από 60-80 ετών. Ο Αριστοτέλης εντοπίζει τη φυσική ωριμότητα στα 35 έτη και την πνευματική στα 49 έτη (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999). Για τον Λάσλετ (Laslet, 1989, στο Πουλοπούλου-Έμκε, 1999), υπάρχουν τέσσερα στάδια ζωής: η πρώτη ηλικία είναι περίοδος κοινωνικοποίησης, εξάρτησης, ανωριμότητας και εκπαίδευσης, η δεύτερη ηλικία είναι περίοδος ανεξαρτησίας, ωριμότητας, ευθύνης και κερδών, η τρίτη ηλικία είναι περίοδος προσωπικών επιτευγμάτων και εκπλήρωσης, ενώ η τέταρτη ηλικία είναι περίοδος εξάρτησης, εξασθένησης και θανάτου.

Το γήρας ως φυσική-βιολογική ακολουθία αποτελούσε συνδυασμό αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων. Το μυστηριώδες αλλά και δύσκολο ταυτόχρονα της φυσικής και πνευματικής παρακμής συνταίριαζε πάντα με το σεβάσμιο, σοφό και αγαθό, αλλά και την περιφρόνηση και του κακού ριζικού που προκαλούσε η τελευταία αυτή φάση της ζωής (Λοΐζου, 1993 στο Μωυσίδης και συν., 2002). Από την άλλη, η κοινωνική προέκταση του προσδιορισμού του γήρατος προσπερνά τη βιολογική διάσταση και σχετίζεται άμεσα με την κοινωνική θέση αλλά και το φύλο του καθενός. Επίσης, εξαρτάται και από την ιστορική περίοδο και την ετοιμότητα της κοινωνίας για την αποδοχή των ηλικιωμένων (Μωυσίδης, 1998). Οι παραδόσεις και οι επικρατούσες αξίες, οι κανόνες περί δικαίου και τα εκάστοτε ηλικιακά χρονικά όρια, καθώς και οι κοινωνικές/ ταξικές διαφοροποιήσεις, επιβάλλουν κάθε φορά και ένα νέο περιεχόμενο στην εννοιολογική προσέγγιση της γήρανσης, διαμορφώνοντας παράλληλα και το πλαίσιο της στάσης της κοινωνίας έναντι των γερόντων (Mitterauer et al., 1977, στο Μωυσίδης και συν., 2002).

Το γήρας αποτελεί μια πολύπλοκη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που συντελούνται σε επίπεδο κυτταρικών αλλαγών και επέρχονται σταδιακά με την πάροδο του χρόνου (Cauley et al., 1996, στο Δαρδαβέσης, 1999). Ο ρυθμός και ο βαθμός της διαδικασίας της γήρανσης διαφέρει αφενός από άτομο σε άτομο, και αφετέρου στο οργανικό σύστημα του ίδιου του ατόμου. Αυτή η πραγματικότητα καθιστά σχεδόν αυθαίρετη οποιαδήποτε προσπάθεια να καθοριστεί η χρονολογική ηλικία έναρξης των μεταβολών εξαιτίας της γήρανσης. Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος», που συνήλθε το 1982 στη Βιέννη, κατόπιν απόφασης της Γενικής Συνέλευσης του ΟΗΕ, υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο καταγραφής των ατόμων που ανήκουν στην τρίτη ηλικία. Αντιθέτως, πληθώρα επιστημόνων εκλαμβάνουν ως αντίστοιχο όριο την ηλικία των 65 ετών και άνω, ενώ κάποιιοι επιλέγουν να διαχωρίσουν το σύνολο των υπερηλικών σε υποσύνολα ηλικιών επιχειρηματολογώντας πως πολλά από τα προβλήματα που παρουσιάζονται διαφοροποιούνται ανάλογα με την πρόοδο της ηλικίας (Ελληνική Εθνική Επιτροπή για την Παγκόσμια Συνέλευση Γήρατος, 1982, στο Δαρδαβέσης, 1999). Σήμερα, έχει επικρατήσει διεθνώς η ηλικία των 65 ετών, η οποία ταυτίζεται με την ηλικία της συνταξιοδότησης, ως το όριο πάνω από το οποίο ένας ασθενής θεωρείται και αντιμετωπίζεται ως γηριατρικός (Γρηγοριάδου και συν., 1991 στο Δαρδαβέσης, 1999).

Έχοντας ως δεδομένο ότι πολλές ψυχοσωματικές, κοινωνικές και οικονομικές αλλαγές που χαρακτηρίζουν την τρίτη ηλικία αποτελούν μια συνεχή διαδικασία, ο όρος γήρανση μπορεί να θεωρηθεί ως απόλυτα επιτυχής. Βασικοί παράγοντες που ασκούν καθοριστική επίδραση στη διαδικασία της γήρανσης, σύμφωνα με τον Hayflick, είναι η κληρονομικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον, η κοινωνική προσαρμογή και η συμπεριφορά, η ψυχοσύνθεση του ατόμου, καθώς και η υγιεινή διαβίωση. Πολλοί από τους επιστήμονες που ασχολούνται με τη βιολογία και τη φυσιολογία της γήρανσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν μπορεί να σταθεί ένα και μοναδικό θεώρημα, με το οποίο να ερμηνεύεται πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Rubinstein, 1990, στο Δαρδαβέσης, 1999).

1.2 Χαρακτηριστικά του γήρατος

Χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η πολυμορφία και πολυπλοκότητα που παρουσιάζει. Μπορεί να προσεγγισθεί τόσο από βιολογική και κοινωνικο-ιστορική άποψη, όσο και από ψυχολογική (Birren et al., 1977; Finch et al., 1977 στο Τσιώλη, 1996). Παρόλα αυτά οποιοδήποτε άτομο τρίτης ηλικίας πρέπει να κατανοηθεί ως μία «βιοψυχοκοινωνική ενότητα» (Riegel, 1975, στο Τσιώλη, 1996). Στο πλαίσιο αυτό έχουν διαπιστωθεί πολλαπλές προσεγγίσεις για τη βιολογική θεωρία του γήρατος, οι οποίες όμως καταλήγουν στο ότι υπάρχει μια γενετική βάση που αποτελεί το ανώτατο όριο ζωής ή τουλάχιστον το μέγιστο που χαρακτηρίζει το κάθε είδος γενικότερο και ειδικότερα το ανθρώπινο. Παρά το ρόλο που διαδραματίζουν τα βιολογικά φαινόμενα του γήρατος, υπάρχει μια μεγάλη πλαστικότητα και ποικιλία μεταξύ ατόμων (Filipp, 1987, στο Τσιώλη, 1996). Ένα άλλο χαρακτηριστικό των γηρατειών είναι η υποκειμενικότητά τους. Τις βιολογικές διαδικασίες τις βιώνουν διαφορετικά όχι μόνο τα άτομα αλλά ολόκληρες πολιτισμικές ομάδες, ενώ και ο τρόπος που βιώνεται η σωματοποίηση μπορεί να είναι διαφορετικός σε κάθε πολιτισμική ομάδα. Η σωματοποίηση συνδέει τη βιολογική ταυτότητα διαχρονικά και εκδηλώνεται αναλόγως της δυνατότητας που έχει, με βάση όχι μόνο τις στενά βιολογικές λειτουργίες αλλά εκφρασμένη στη βιολογική αυτονόηση του ανθρώπου, στη βιολογική του ταυτότητα (Τσιώλη, 1996).

Ένα επιπλέον χαρακτηριστικό του γήρατος είναι η μείωση της ζωτικότητας και της απόδοσης των κυττάρων στα διάφορα όργανα, που δε γίνεται με τον ίδιο τρόπο ταυτόχρονα σε όλα. Άλλοτε γερνά πρώτα το μυαλό ή η καρδιά έναντι των άλλων οργάνων που μπορεί η δική τους ικανότητα να διατηρείται και να γερνάει με άλλους ρυθμούς (Πουλοπούλου-Εμκε, 1999). Είναι γεγονός αναμφισβήτητο, πως οι βιολογικές μεταβολές είναι δεδομένο ότι θα συμβούν, αφορούν όλους τους ανθρώπους και δεν ανατρέπονται. Κάποια από τα χαρακτηριστικά του γήρατος είναι τα εξής (Lemme, 1995, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α):

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

- δ) Είναι προοδευτικό στη διαμόρφωσή του και δεν εμφανίζεται ξαφνικά
- ε) Οφείλεται σε εσωτερικούς παράγοντες
- στ) Είναι αναπόδραστο, δηλαδή δε μπορεί να αποφευχθεί από κανέναν
- ζ) Είναι καθολικό, δηλαδή παρουσιάζεται σε όλα τα μέλη του είδους
- η) Είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δεν αναστέλλεται η πορεία του
- θ) Αρχίζει μετά τη σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα
- ι) Καταλήγει στο θάνατο

Οι βλαπτικές επιδράσεις του γήρατος διαφαίνονται καταρχάς στην έλλειψη ευελιξίας/αντοχής του ατόμου να αντιμετωπίσει τις εξωτερικές πιέσεις και ακολούθως στην αυξανόμενη πιθανότητα θανάτου. Από την άλλη, παρά τον καθολικό και υποχρεωτικό χαρακτήρα των βιολογικών μεταβολών και τη γενικότερη σχέση τους με την ηλικία, δεν μπορεί να ειπωθεί ότι αυτές ξεκινούν σε μια συγκεκριμένη ηλικία ή διατηρούν μια συγκεκριμένη μορφή σε όλους τους ανθρώπους. Το χρονικό της εμφάνισής τους όπως και η μορφή τους, αποτελούν συνάρτηση και περιβαλλοντικών παραγόντων και τρόπου ζωής (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

1.3 Φυσιολογικές μεταβολές με την πάροδο του χρόνου στους ηλικιωμένους

Ο άνθρωπος με το πέρασμα του χρόνου υφίσταται μια φυσιολογική φθορά των ζωτικών του οργάνων, με τις φυσιολογικές μεταβολές να χρήζουν διαχωρισμού από τις νοσηρές καταστάσεις. Ωστόσο οι πιθανότητες πρόσληψης κάποιας ασθένειας ή ασθeneιών από έναν ηλικιωμένο είναι πολύ μεγαλύτερες από ενός νεότερου. Τα συμπτώματα του γήρατος προκαλούνται από την απώλεια ή την υπολειτουργία των κυττάρων κάθε οργάνου του σώματος, με αποτέλεσμα την λέπτυνση των ιστών και των μυών, τη μείωση της δύναμης και της αντοχής, καθώς και την ελάττωση της ικανότητας για εργασία (Πουλοπούλου-Έμκε, 1999). Από την άλλη η μεγαλύτερη έκπτωση που συμβαίνει στην τρίτη ηλικία αφορά σε μεγαλύτερο βαθμό με τις επιδράσεις διαφόρων χρόνιων ασθeneιών που προκαλούν εξασθένιση του ατόμου, παρά με την ίδια την τρίτη ηλικία (Tucker, 1997).

Οι σημαντικότερες μεταβολές που επέρχονται στο άτομο με την πάροδο του χρόνου και τη μεγάλη ηλικία είναι οι εξής:

1. Σωματικές μεταβολές

- α) Εμφάνιση: Χαρακτηριστικά είναι τα μαλλιά που ασπρίζουν, οι ρυτίδες στο πρόσωπο, η αλλαγή στη δομή του σώματος (π.χ. μείωση ύψους/βάρους, κατανομή λίπους με αύξηση γύρω από τη μέση).
- β) Κινητικότητα: Αφορούν προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος και των αρθρώσεων. Γενικά, τα προβλήματα αυτού του είδους επιφέρουν περιορισμό των κινήσεων και δυσκολία εκτέλεσης λεπτών κινήσεων με τα χέρια. Οι πόνοι και η έλλειψη ευελιξίας στα πόδια μπορούν να προκαλέσουν επιβράδυνση του ρυθμού βαδίσματος, δυσκολία ανεβάσματος σε σκάλες ή καθίσματος σε καρέκλα. Περαιτέρω, τα προβλήματα του μυοσκελετικού συστήματος κάνουν τα άτομα πιο επιρρεπή στις πτώσεις και στα κατάγματα.
- γ) Καρδιαγγειακό σύστημα: Οι ηλικιακές μεταβολές στη λειτουργία της καρδιάς και των αρτηριών έχουν ως αποτέλεσμα τη μειωμένη ποσότητα αίματος που φθάνει στα κύτταρα. Μια επιπλέον συνέπεια της μειωμένης καρδιακής λειτουργίας είναι ότι φθάνει λιγότερο οξυγόνο στους μύες. Οι μεταβολές αυτές μπορούν να ερμηνεύσουν, μερικώς, την υψηλή πίεση του αίματος.
- δ) Αναπνευστικό σύστημα: Η προχωρημένη ηλικία έχει ως συνέπεια τη μείωση της ποσότητας της ανταλλαγής των αερίων στους πνεύμονες με αποτέλεσμα τη μειωμένη ποσότητα οξυγόνου που φθάνει στο αίμα από τον αέρα. Επίσης, επέρχεται μείωση της ποσότητας του αέρα που εισπνέεται και εκπνέεται στους πνεύμονες κατά τα μέγιστα κατόπιν προσπαθειών.
- ε) Εκκριτικό σύστημα: Η αύξηση της ηλικίας επιφέρει μείωση της αποτελεσματικότητας της εκκριτικής λειτουργίας. Τα νεφρά, δεν μπορούν να ανταποκριθούν στην ύπαρξη μεγάλων διακυμάνσεων στα επίπεδα των σωματικών υγρών. Η μειωμένη νεφρική λειτουργία έχει ως αποτέλεσμα το βραδύτερο ρυθμό αποβολής των φαρμάκων από το σώμα. Μια άλλη σημαντική μεταβολή στο εκκριτικό σύστημα έχει ως συνέπεια την ακράτεια ούρων.

- στ) Τροφή και πέψη: Οι επιπτώσεις της μεγάλης ηλικίας στο πεπτικό σύστημα δεν είναι ιδιαίτερα σημαντικές. Κάποιες εμφανίζονται στον οισοφάγο και επηρεάζουν τη μεταφορά των τροφών στο στομάχι και άλλες αφορούν την έκκριση των γαστρικών υγρών. Παρουσιάζονται, επίσης, και κάποιες μεταβολές στα έντερα, που έχουν επιπτώσεις στην απορρόφηση του λίπους και ορισμένων μετάλλων.
- ζ) Αυτόνομο νευρικό σύστημα (ΑΝΣ): Με την αύξηση της ηλικίας επηρεάζονται η ρύθμιση της θερμοκρασίας του σώματος και ο ύπνος. Τα άτομα άνω των 64 ετών εμφανίζουν ελαττωμένη προσαρμοστικότητα στις πολύ υψηλές ή πολύ χαμηλές θερμοκρασίες περιβάλλοντος. Όσον αφορά τον ύπνο, οι ηλικιωμένοι μπορεί να παρουσιάσουν αϋπνίες. Η αιτιολογία των διαταραχών ύπνου στους ηλικιωμένους αναφέρεται μεταξύ άλλων στην άπνοια, στη συχνή ανάγκη για ούρηση, αλλά και σε προβλήματα με τα πόδια, την καρδιά κ.λπ.
- η) Κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ): Οι φυσιολογικές μεταβολές που παρατηρούνται στο ΚΝΣ είναι δύσκολο να αποδοθούν μόνο στο γήρας, διότι εμφανίζονται και σε ασθένειες όπως η νόσος Alzheimer, ή η νόσος του Parkinson. Γενικά φαίνεται ότι η ηλικία επηρεάζει με διαφορετικό τρόπο τις διάφορες περιοχές του εγκεφάλου.
- θ) Αναπαραγωγικό σύστημα: Το αναπαραγωγικό σύστημα και η σεξουαλικότητα αποτελεί έναν άλλο σημαντικό τομέα που παρουσιάζει αλλαγές με την αύξηση της ηλικίας. Στις γυναίκες, η μεταβατική περίοδος μέχρι την εμμηνόπαυση ονομάζεται κλιμακτήριος και συνδέεται με μεταβολές στην περίοδο και μείωση ορμονών. Αντίστοιχα και στους άντρες υπάρχουν μεταβολές στην σεξουαλική λειτουργία, που σχετίζονται με τη λειτουργία του προστάτη.
- ι) Μείωση της οξύτητας των αισθητηρίων. Αναφορικά με την όραση, ένα κύριο πρόβλημα που εμφανίζουν τα άτομα μεγάλης ηλικίας είναι ο καταρράκτης και η μείωση της κόρης του οφθαλμού τόσο σε μέγεθος όσο και στην ανταπόκριση στις αλλαγές φωτός. Οι ηλικιωμένοι έχουν επίσης πρόβλημα με την οπτική οξύτητα. Η γεύση από την άλλη, εμφανίζει σημαντική βλάβη στην προχωρημένη ηλικία, ενώ η όσφρηση εμφανίζει βλάβη μετά τα 50 χρόνια. Σε σχέση με την αφή, παρατηρείται σχετική μείωση της απτικής διάκρισης με την ηλικία, χωρίς όμως να είναι γνωστές οι επιπτώσεις της μείωσης αυτής. Οι διαταραχές στην ισορροπία

έχουν επιπτώσεις στην κινητικότητα των ατόμων τρίτης ηλικίας και επιβαρύνουν τα προαναφερθέντα προβλήματα.

- ια) *Επιδράσεις του φύλου:* Η βασικότερη διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών αφορά τη θνησιμότητα. Η αιτιολογία για τη διαφορά φύλου στην μακροβιότητα δεν είναι γνωστή, αλλά σχετίζεται τόσο με βιολογικούς παράγοντες όσο και κοινωνικοοικονομικούς και τρόπο ζωής. Παρά τη μεγαλύτερη διάρκεια ζωής στις γυναίκες η ποιότητα ζωής τους είναι χειρότερη, αφού πάσχουν από περισσότερες χρόνιες ασθένειες. Από την άλλη οι άνδρες φαίνεται να κινδυνεύουν περισσότερο από οξείες καταστάσεις.

2. Μεταβολές στις γνωστικές λειτουργίες

- α) *Επεξεργασία πληροφοριών:* Μια από τις βασικές φυσιολογικές αλλαγές που παρατηρούνται στη γνωστική ικανότητα των ηλικιωμένων είναι η μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας πληροφοριών σε νοητικό επίπεδο, στοιχείο που αυξάνει τον απαιτούμενο χρόνο για την εκτέλεση μιας ενέργειας, τη σκέψη ή τη λήψη μιας απόφασης (Salthouse, 1991b; Lemme, 1995; Whitbourne, 1996, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).
- β) *Μνήμη:* Ένα από τα πιο διαδεδομένα συμπτώματα του γήρατος είναι η έκπτωση ή απώλεια της μνήμης. Υπάρχει γενική συμφωνία μεταξύ επιστημόνων ότι το μέρος της μνήμης που πάσχει περισσότερο είναι η εργαζόμενη μνήμη, η μνήμη δηλαδή που ενεργοποιείται όταν τα άτομα διατηρούν στη μνήμη τους ενεργά πληροφορίες που τους χρειάζονται προκειμένου να λύσουν ένα πρόβλημα ή να κατανοήσουν μια κατάσταση (Whitbourne, 1996, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).
- γ) *Νοημοσύνη:* Πρόκειται για μια ευρεία έννοια στην οποία περιλαμβάνονται πολλές επιμέρους ικανότητες. Παρατηρούνται μεγάλες ατομικές διαφορές στην ανάπτυξη της νοημοσύνης αλλά και στο ποιες ικανότητες μειώνονται και ποιες όχι, ενώ σημαντικός είναι ο ρόλος του βαθμού εκπαίδευσης του ατόμου. Γενικά, η νοητική απόδοση του ατόμου αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων όπως της σωματικής και ψυχικής υγείας, της καλής λειτουργίας του εγκεφάλου, της μόρφωσης και των ιστορικών-πολιτισμικών συνθηκών στις οποίες έζησε κ.λπ. (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

1.4 Οι ανάγκες των ηλικιωμένων

Είναι σαφές ότι ανάμεσα στους ηλικιωμένους υπάρχουν σημαντικές διαφορές που αφορούν στην οικονομική και κοινωνική τους θέση, αλλά και στη φυσική (χρόνιες ή σοβαρές ασθένειες), δημογραφική (τρίτη και τέταρτη ηλικία) και οικογενειακή τους κατάσταση (ζευγάρια, χήροι/ες, συμβιώνοντες με παιδιά ή μη συμβιώνοντες κ.ά.). Το ίδιο έντονες είναι και οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα. Ουσιώδεις διαφορές συνιστούν και τα γεωμορφολογικά (π.χ. ορεινές, πεδινές) και κατ' επέκταση και παραγωγικά χαρακτηριστικά των κοινοτήτων (Μωυσίδης, 1998). Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν διαφέρουν πολύ από τις ανάγκες των νεότερων ανθρώπων. Ωστόσο η τρίτη ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που πρέπει να ικανοποιηθούν προκειμένου αυτή η περίοδος της ζωής να είναι περισσότερο χρήσιμη, ήρεμη και ευχάριστη στους ίδιους.

Οι ηλικιωμένοι, όπως και όλοι οι άνθρωποι, έχουν ανάγκη από:

- α) Αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά και μετακίνηση, οικιακή βοήθεια, άρα εισόδημα που να καλύπτει τις βασικές τους ανάγκες χωρίς «φιλανθρωπία».
- β) Παραμονή στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή, ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το συναίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με το δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά, ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν, ότι επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων. Όχι στην απομόνωση και στην απόρριψη από την οικογένεια και την κοινότητα.
- γ) Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό στην προσωπικότητα τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρράκωση της υπερηφάνειας τους.
- δ) Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα, προσδοκίες.

- ε) Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητοι στο χώρο τους. Μερικοί ευάλωτοι, ανάπηροι, ασθενείς ηλικιωμένοι χρειάζονται φροντιστή και βοήθεια στην κίνησή τους όταν έχουν ανάγκη ή διάφορα βοηθήματα (π.χ. μαστούνι, πατερίτσα ή αναπηρικό αμαξίδιο).
- στ) Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν.
- ζ) Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στην κοινότητα ή/ και κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία.
- η) Δυνατότητα να πεθάνουν με αξιοπρέπεια ανάμεσα σε αγαπημένα άτομα.

Η ιδέα ότι οι υπερήλικες έχουν λιγότερες ανάγκες και δεν χρειάζονται πολλά για να ζήσουν είναι πολύ διαδεδομένη. Ωστόσο, αυτό δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, γιατί μερικές δαπάνες μειώνονται, ενώ ταυτόχρονα αυξάνονται άλλες που προκύπτουν λόγω της μειωμένης σωματικής κινητικότητας και των δυσλειτουργιών που προκαλούνται από προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων είναι ιδιαίτερα πολυέξοδη. Μερικά παραδείγματα είναι τα εξής: Οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους (π.χ. βάψιμο, μικροεπισκευές) και πρέπει να πληρώσουν άλλους για να τις κάνουν. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για αυτοκατανάλωσή τους. Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους ακριβότερη, για να μη ζουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα δαπανών για τηλέφωνο, ταξί και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά τη συνταξιοδότηση οι ηλικιωμένοι διαπιστώνουν ότι τα διαρκή καταναλωτικά αγαθά που διαθέτουν χρειάζονται επισκευή ή αλλαγή. Όσοι έχουν χαμηλότερα εισοδήματα θίγονται περισσότερο, διότι συνήθως αγοράζουν είδη φθηνότερα και άρα χαμηλότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλές συντάξεις που λαμβάνουν πολλοί συνταξιούχοι, είναι δύσκολο να αποταμιεύουν για την αγορά νέων διαρκή καταναλωτικών αγαθών, ρούχων και υποδημάτων. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι συγκριτικά με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα άτομο και για ένα ζευγάρι, όπως για παράδειγμα το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες μετακίνησης με ιδιωτικό αυτοκίνητο ή ταξί κ.λπ. (Πουλοπούλου- Έμκε, 1999).

1.5 Τα προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα προβλήματα που προκύπτουν κατά το γήρας είναι συνήθως απόρροια των χαρακτηριστικών που οικειοποιήθηκαν νέοι, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση, η οικονομική κατάσταση, η υγεία, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής. Οι ενήλικες της τελευταίας δεκαετίας του 20ού αιώνα έχουν ήδη αποκτήσει ορισμένα χαρακτηριστικά που θα κάνουν πιο παραγωγικά και αυτόνομα τα γηρατειά τους. Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι:

- α) Η μοναξιά: Η απώλεια στενών συγγενών και κυρίως του/της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Παράλληλα στενεύει και ο κύκλος των φίλων και γνωστών. Η μοναξιά μεγαλώνει καθώς συνοδεύεται με την ανησυχία του θανάτου.
- β) Οικονομικά προβλήματα: Τον ελληνικό ηλικιωμένο πληθυσμό χαρακτηρίζει μεγάλη οικονομική ανισότητα. Υπάρχουν άτομα με υψηλά εισοδήματα, μεσαία, αλλά και πολλοί που βρίσκονται στο επίπεδο της φτώχειας όταν η σύνταξη αποτελεί τη μοναδική πηγή εισοδήματος (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).
- γ) Τα προβλήματα που προκαλούν τα διάφορα προβλήματα υγείας.
- δ) Το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο: δεν ανοίγει τον ορίζοντα των ηλικιωμένων σχετικά με τα ενδιαφέροντα τους.
- ε) Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας.
- στ) Προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος: Η διαμόρφωση των κατοικιών και η γενικότερη πολεοδομική οργάνωση αναγκάζει τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους και λειτουργούν ανασταλτικά στον ψυχισμό τους (Arling, 1987, στο Δαρδαβέσης, 1999).
- ζ) Οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι ευνοϊκά προσκείμενες στην τρίτη ηλικία και η πρόσβαση τους πολλές φορές είναι δυσχερής, ειδικότερα όταν υπάρχουν οικονομικές δυσκολίες.
- η) Η μειωμένη παροχή κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στην οικία του ηλικιωμένου.
- θ) Η λανθάνουσα κοινωνική συμπεριφορά έναντι των ηλικιωμένων: Η κοινωνία συχνά φέρεται πατερναλιστικά, αντιμετωπίζει τον ηλικιωμένο συγκαταβατικά ή τον θεωρεί βάρος.
- ι) Η έλλειψη σεβασμού των ανθρωπίνων δικαιωμάτων των ηλικιωμένων.

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

Υπάρχουν σαφώς πολλοί ηλικιωμένοι που δεν αντιμετωπίζουν τα εν λόγω προβλήματα αλλά χαιρόνται και απολαμβάνουν την τρίτη ηλικία ως «δεύτερη άνοιξη» (Πανέρα, 1999).

1.6 Ιστορική αναδρομή της προστασίας του γήρατος

Οι μέθοδοι προστασίας του γήρατος άρχισε να μελετάται στα ανεπτυγμένα κράτη συστηματικά από τις αρχές του 20ού αιώνα, ενώ η κοινωνική δράση και η ενεργός γήρανση περίπου στα μισά αυτού του αιώνα. Σημαντικές μελέτες για τα προβλήματα της γήρανσης πραγματοποιήθηκαν στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ, το 1980. Το έτος αυτό διεθνείς οργανώσεις όπως ο ΟΗΕ, το Συμβούλιο της Ευρώπης και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εντάσσουν στα προγράμματά τους θέματα που αφορούν τους ανθρώπους της τρίτης ηλικίας. Το 1982 ψηφίσθηκε στη Βιέννη από τα κράτη μέλη του ΟΗΕ ο καταστατικός χάρτης των ηλικιωμένων, «[...] ότι δηλαδή είναι ευθύνη κάθε κράτους μέσα στα πλαίσια των παραδόσεων, δομών, και πολιτιστικών αλλαγών, να εφαρμόσει και να διαμορφώσει πολιτική για τα ηλικιωμένα άτομα σε ό,τι αφορά: α) την ασφάλεια, β) την ευημερία και γ) την προαγωγή δραστηριοτήτων. Πριν απ' αυτό η φροντίδα του ηλικιωμένου γινόταν στα πλαίσια κλειστής περίθαλψης (εισαγωγή σε γηροκομείο) και πρόνοιας με τη μορφή της φιλανθρωπίας και λιγότερο της κρατικής μέριμνας. Είναι γενικά παραδεκτό πως για χρόνια οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν ότι δεν έχουν ανάγκη, είτε το χειρότερο ότι δεν αξίζουν να έχουν υπηρεσίες Κοινωνικών Λειτουργιών, ιδίως στις ΗΠΑ, όπου η Κοινωνική Εργασία είχε αναπτυχθεί σε σχέση με παιδιά ή άλλες κοινωνικές ομάδες. Το επιχείρημα ήταν ότι οι διάφορες υπηρεσίες είναι δύσκολο ή αδύνατο να επιφέρουν αλλαγή στην στάση και τη συμπεριφορά των ηλικιωμένων, επομένως, η κοινωνική εργασία με αυτή την ηλικιακή ομάδα είναι απώλεια χρόνου» (Πανέρα, 1999).

Στην Ελλάδα, αποτελούσε μεγάλη ευθύνη των ανθρώπων και δη της οικογένειας τόσο στις μικρές κοινωνίες όσο και στις μεγαλύτερες, η φροντίδα των ηλικιωμένων είτε αυτή ήταν συναισθηματική, είτε οικονομική, είτε υποστηρικτική (Συμεωνίδου, 1996). Σήμερα η σύγχρονη επιστήμη έχοντας προοδεύσει και μελετήσει την έγκαιρη διάγνωση ή/και πρόληψη ασθενειών, οδηγείται στην μακροζωία των ανθρώπων και κατά συνέπεια στο να γηράσκει ενεργώντας. Με τον τρόπο αυτό ενισχύονται οι αντιλήψεις που έχει η σύγχρονη επιστήμη, δεδομένου ότι ένας μεγάλος αριθμός της τρίτης ηλικίας ζει ενεργώντας στη σημερινή κοινωνία, καθώς οι ηλικιωμένοι αντιπροσωπεύονται πολύ καλύτερα από ότι οι νεότεροι στις σπουδαιότερες θέσεις της κρατικής μηχανής και στα κέντρα λήψης αποφάσεων. Στη χώρα μας μετά το 1950, οι Έλληνες πρωθυπουργοί ήταν πάνω από 60 ετών και ηλικιωμένοι υπάρχουν όχι μόνο στην πολιτική αλλά και στην οικονομική ζωή του κάθε τόπου. Οι εν λόγω διαπιστώσεις συντείνουν στο να γίνει στόχος κάθε κυβέρνησης η αναθεώρηση των κοινωνικών της προγραμμάτων, επιδιώκοντας νέα πολιτική τόσο στον τομέα της υγείας όσο και σε άλλους τομείς που αναφέρονται στην κοινωνική-ψυχολογική σφαίρα, καθώς και στην οικονομική (Πανέρα, 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΤΡΟΠΟΣ ΖΩΗΣ – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

2.1 Εννοιολογική προσέγγιση της ποιότητας ζωής

Ο τρόπος ζωής των ατόμων της τρίτης ηλικίας έχει προκαλέσει το ερευνητικό ενδιαφέρον καθώς είναι φανερό ότι συνδέεται με τη ψυχολογική τους κατάσταση, το ηθικό τους, τα κίνητρα και τα συναισθήματά τους (Takemasa, 1998; Ranzijn & Luszczyk, 2000; Freyne et al., 2005). Κάνοντας αναφορά στον τρόπο ζωής, εννοείται ο συνδυασμός των παραγόντων εκείνων που διαμορφώνουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, στις καθημερινές τους συνήθειες, αλλά και στον τρόπο που αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν τις επερχόμενες αλλαγές με την πάροδο του χρόνου. Μεταξύ των ερευνητών δεν υπάρχει συμφωνία σχετικά με το πώς πρέπει να οριστεί και να μετρηθεί η ποιότητα ζωής (Arnold, 1991; Lawton, 1991), ενώ συχνά ο όρος χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει το βαθμό ικανοποίησης των ανθρώπων από τη ζωή τους (Mannell & Dupuis, 1996). Οι κλίμακες που μετρούν την ικανοποίηση από τη ζωή μετρούν σταθερά και διαρκή χαρακτηριστικά, ενώ αντιλαμβάνονται την ικανοποίηση από τη ζωή ως μέτρο ευημερίας της ποιότητας ζωής.

Ο όρος «ποιότητα της ζωής» άρχισε να υφίσταται ύστερα από έρευνες για τις συνθήκες ζωής των ηλικιωμένων που πραγματοποιήθηκαν στα τέλη του 19ου και στις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, ενώ η χρησιμοποίηση του όρου καθιερώθηκε στη δεκαετία του 1930. Η έρευνα για την ποιότητα ζωής καθιερώθηκε αρχικά στις ΗΠΑ. Το 1929 ιδρύθηκε η πρώτη προεδρική επιτροπή για να καταγράψει τις συνθήκες ζωής διαφόρων κοινωνικών στρωμάτων στην Αμερική καθώς και το πώς διαφοροποιούνται. Ακολούθησαν και άλλες μελέτες, κυρίως στις ΗΠΑ στη δεκαετία του 1930 για να συνεχισθούν, μετά τον Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, στη δεκαετία του 1950 και σε άλλες αναπτυσσόμενες χώρες. Από το 1970 και ύστερα έχουν γίνει πολλές επιστημονικές συζητήσεις και έχουν γραφεί αρκετά άρθρα με θέμα την ποιότητα της ζωής.

Μελετώντας την ποιότητα ζωής γίνεται αντιληπτό πως αποτελεί μια έννοια, που το περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, όπως οι κυρίαρχες αξίες της ζωής και ο δυναμισμός των κοινωνικών δυνάμεων, που προσπαθούν για έναν τρόπο ζωής που θα περιλαμβάνει το ευ ζην. Ωστόσο, ο όρος έχει ορισμένα σταθερά σημεία, τα οποία σχετίζονται με τη «φυσικότητα» και την «κοινωνικότητα» του ανθρώπου (Βακαλιός, 1984). Η ποιότητα ζωής αποτελεί μια έννοια, που χρησιμοποιήθηκε επιμελώς από φιλοσόφους, ψυχολόγους, θεολόγους και πολιτικούς. Είναι εξαιρετικά δύσκολος ο καθορισμός ενός κοινά αποδεκτού ορισμού της «ποιότητας ζωής». Κατά το 1980 και κατόπιν αυτός ο προσανατολισμός κινητοποίησε τους μελετητές της ποιότητας ζωής ώστε να εφαρμόσουν τεχνικές και να χρησιμοποιήσουν εργαλεία για την αξιολόγηση και τη μέτρηση της υγείας σε επίπεδο φυσικό, νοητικό και κοινωνικό, δίνοντας έτσι τις διαστάσεις της ευημερίας.

Η έννοια της ποιότητας ζωής αναπτύχθηκε κυρίως μέσα από τις Κοινωνικές Επιστήμες, εφαρμόστηκε όμως και σε άλλα επιστημονικά πεδία, όπως στην Ιατρική και στο χώρο της υγείας γενικότερα ως ένα σημαντικό εργαλείο αξιολόγησης του ευ ζην της ζωής μας. Στις δεκαετίες του 1960 και 1970, κοινωνικοί επιστήμονες, φιλόσοφοι και πολιτικοί εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους για τις έννοιες «ποιότητα ζωής» και «επίπεδο ζωής». Το ενδιαφέρον αυτό εντοπίστηκε στην αναγκαιότητα ειδικών να προσανατολιστούν στην αντιμετώπιση προβλημάτων που προκαλούνται από την άνιση κατανομή των πόρων και αναφέρονται στο γενικό «ευ ζην» της κοινωνίας, σε συσχέτιση με τις ανησυχίες που πηγάζουν από την προοδευτική αύξηση του πληθυσμού συγκρινόμενη με το ρυθμό ανάπτυξης των φτωχών χωρών (Οικονόμου και συν., 2001). Η ποιότητα ζωής καθίσταται μια έννοια δύσκολη και πολύπλοκη σε περιεχόμενο και πολυδιάστατη ως φαινόμενο. Το πλούσιο περιεχόμενό της απαιτεί αφενός την προσέγγιση πολλαπλών διαστάσεων της ποιότητας ζωής και αφετέρου την εκτίμηση της κάθε διάστασης με πολλαπλές ερωτήσεις.

Όταν επιχειρηθεί να προσδιοριστεί η ποιότητα ζωής, ώστε να μπορεί να εκτιμηθεί και να μετρηθεί, τότε γίνεται αντιληπτό ότι περικλείει πολλαπλές και αλληλοεπιδρώμενες διατάσεις, που δυσχεραίνουν το έργο της μέτρησης. Είναι σαφώς κατανοητό πως η ποιότητα ζωής είναι μια πολυδιάστατη έννοια αφού διαμορφώνεται από διαφορετικές συνθήκες κάθε φορά. Σημαντικές μελέτες έχουν προσδιορίσει ποιες συνθήκες

εμπλέκονται σε διάφορες στιγμές της ζωής και σε διαφορετικές κουλτούρες ή πληθυσμούς (Fernández–Ballesteros, 2002).

Ορισμένοι συγγραφείς έχουν ορίσει την ποιότητα ζωής ως τη δυνατότητα διάθεσης πόρων ώστε να καλύπτονται οι κοινωνικές ανάγκες και να υπάρχουν οι παράμετροι εκείνοι που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Σε αυτή τη κατηγορία των συγγραφέων ανήκει ο MacCall (1975) που υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής συνίσταται στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μία δεδομένη κοινωνία ή περιοχή» (MacCall, 1975, στο Οικονόμου και συν., 2001). Άλλοι συγγραφείς εστιάζουν στην υποκειμενική εκτίμηση του ατόμου σχετικά με την ποιότητα ζωής και το ευ ζην (Baker et al, 1982 στο Οικονόμου και συν., 2001). Όπως είναι προφανές, στους παραπάνω ορισμούς της ποιότητας ζωής παρατηρείται ότι διαχωρίζονται οι «αντικειμενικές» και «υποκειμενικές» παράμετροι.

Παρόλα αυτά, οι Zautra και Goodhard (1979) επισημαίνουν την ανάγκη να συνδυαστούν αυτές οι παράμετροι, υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα ζωής ορίζεται «ως το να είναι η ζωή καλή» και μπορεί να αξιολογηθεί με υποκειμενικά αλλά και αντικειμενικά κριτήρια, τα οποία καθορίζονται έχοντας εκτιμηθεί και οι εξωτερικοί παράγοντες. Έγκυροι δείκτες για τον προσδιορισμό της ποιότητας ζωής είναι η υγεία, το φυσικό περιβάλλον, η ποιότητα του χώρου στέγασης και άλλες προϋποθέσεις (Zautra et al, 1979 στο Οικονόμου και συν, 2001). Η έρευνα έχει δείξει ότι η καλή υγεία, η δυνατότητα λειτουργικότητας, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας ή η χρησιμότητα, η κοινωνική συμμετοχή, τα κοινωνικά δίκτυα, ειδικά η ύπαρξη των φίλων, η κοινωνική στήριξη και το επίπεδο εισοδήματος έχουν αναφερθεί συχνά ότι είναι σημαντικά. Ο Cantly τα σύνδεσε και με την ψυχολογική ευημερία και με την ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Η υποκειμενική αυτοαντίληψη της ευημερίας και η υγεία, έχουν αναφερθεί ότι είναι ισχυρότερες από τα αντικειμενικά οικονομικά ή κοινωνικά, δημογραφικά κριτήρια στην αιτιολόγηση των διαφορών που προκαλούν διαφορετικές εκτιμήσεις στην ποιότητα ζωής (Markides et al., 1979; Kushman et al., 1980; Usui et al., 1985; Bowling et al., 1996; Bowling et al., 2001, in Bowling et al., 2002). Επιπροσθέτως οι κοινωνικοί παράγοντες, που έχουν αναφερθεί ως βασικά συστατικά της ποιότητας της ζωής, περιλαμβάνουν το κοινωνικό κεφάλαιο και τη συνοχή (Kawachi et al., 2000; Cooper et al., 1999, in Bowling et al., 2002).

Κάποιες άλλες ψυχολογικές μεταβλητές επίσης έχουν καθοριστεί ως βασικοί παράγοντες της αντιληπτής ποιότητας ζωής, περιλαμβάνοντας το επίπεδο προσαρμογής, την αυτοκυριαρχία, το ηθικό και τον αυτοσεβασμό, την αντίληψη για τον έλεγχο κατά τη διάρκεια της ζωής, τις κοινωνικές συγκρίσεις και τις προσδοκίες της ζωής, τις προκαταλήψεις, τις κοινωνικές αξίες αισιοδοξία-απαισιοδοξία, τις πεποιθήσεις, τις φιλοδοξίες και τα κοινωνικά πρότυπα προτύπων σύγκρισης (Lawton, 1996; Baltes & Baltes, 1990; Day, 1991; Wenger, 1992, in Bowling et al., 2002). Δεν είναι ακόμα κατανοητός ο τρόπος σχετικά με το ρόλο αυτών των κοινωνικών και ψυχολογικών μεταβλητών. Ο Bowling χρησιμοποίησε ένα στερεότυπο στην έρευνα για να μετρήσει ποια θεώρησαν οι ενήλικοι ότι είναι τα σημαντικά πράγματα στη ζωή σε διάφορες περιόδους, καθώς και ποιες οι προτεραιότητές τους. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι παρόλο που υπήρξαν κοινοί τομείς στη ζωή που εκτιμήθηκαν από την πλειονότητα των ανθρώπων, είχαν και διαφορετικές προτεραιότητες, όπως για παράδειγμα τα άτομα τρίτης ηλικίας ήταν περισσότερο πιθανό να δώσουν προτεραιότητα στην υγεία, ενώ οι νέοι στην εργασία.

Ο σκοπός των ερευνών που μελετούν τον τρόπο ζωής-ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία είναι να συμβάλλουν, ώστε να βιώσουν οι ηλικιωμένοι όσο γίνεται καλύτερα αυτή τη φάση του κύκλου ζωής τους, δηλαδή να αποκτήσουν επιτυχημένα γηρατεία. Δεν υπάρχει συγκεκριμένος ορισμός για επιτυχημένη τρίτη ηλικία, όμως θα μπορούσαμε να βασιστούμε στον παρακάτω ορισμό: «Τα επιτυχημένα γηρατεία είναι η απελευθέρωση από την ανικανότητα, που συνοδεύεται με μεγάλη δυνατότητα αντίληψης. Επίσης, θα μπορούσαν να είναι η σωστή προσαρμογή των ατόμων στις αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας» (Depp & Jeste, 2006, σελ 7). Ο Harris (2008) αναφέρει ότι το επιτυχημένο γήρας σχετίζεται περισσότερο με την ευελιξία του χαρακτήρα του ηλικιωμένου, η οποία μπορεί να υφίσταται ανεξάρτητα από τις κοινωνικές, πολιτισμικές συνθήκες και την κατάσταση της υγείας. Αντιθέτως, τα επιτυχημένα γηρατεία επηρεάζονται άμεσα από τους προαναφερθέντες παράγοντες (Harris, 2008). Ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων συνδέεται και αλληλεπιδρά με ποικίλους παράγοντες, όπως τα οικονομικά δεδομένα, την κατάσταση της υγείας, τους κοινωνικό-οικογενειακούς ρόλους, τον ελεύθερο χρόνο, την αυτονομία, το κοινωνικό-υποστηρικτικό δίκτυο κ.λπ. Ιδιαίτερα φαίνεται να επηρεάζεται από το πολιτισμικό πλαίσιο, αφού ο τρόπος ζωής συνδέεται άμεσα με τις αξίες και τα ήθη που προέρχονται από το κοινωνικοπολιτισμικό πλαίσιο μιας χώρας, ενός τόπου.

Στην ίδια κατεύθυνση κινείται ο Grewal (2004), αναφέροντας πως η επίδραση παραγόντων (π.χ. η απόκτηση του ρόλου, τα κοινωνικά δίκτυα, τα οικονομικά, η υγεία, ο ελεύθερος χρόνος κ.ά.) στην ποιότητα ζωής ατόμων στην τρίτη ηλικία διαφέρει ανάλογα με τα εκάστοτε πολιτισμικά πλαίσια (Grewal et al. 2004).

2.2 Προσαρμογή και ποιότητα ζωής κατά το γήρας

Αυτό που αναφέρεται ως «επιτυχημένα ή καλά γηρατειά» είναι η καλή προσαρμογή του ατόμου, καθώς μεγαλώνει, στις δυνατότητες και περιορισμούς της τρίτης ηλικίας. Ο Γεροντολογικός Σύλλογος των ΗΠΑ το 1995, έχοντας γνώση των μεγάλων προβλημάτων που εμφανίζονται κατά το γήρας διατύπωσε το απόφθεγμα: «Add life to years, not just more years to life» (να προσθέτουμε ζωή στα χρόνια, και όχι απλώς περισσότερα χρόνια στη ζωή). Αυτό μεταφράζεται ως η δυνατότητα να ασχολούμαστε με την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ή πώς να επιτύχουμε καλή τρίτη ηλικία. Σύμφωνα με τη Lemme (1995), κριτήρια επιτυχών γηρατειών είναι τα εξής: α) η διάρκεια ζωής, β) η βιολογική υγεία, γ) η ψυχική υγεία, δ) η γνωστική αποτελεσματικότητα, ε) η κοινωνική ικανότητα και παραγωγικότητα, στ) η ικανότητα ελέγχου της ζωής μας, ζ) η ικανοποίηση από τη ζωή.

Οι μετρήσεις που πραγματοποιούνται ώστε να αποτιμηθούν τα ανωτέρω κριτήρια και να καταλήξουμε για την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων είναι αντικειμενικές (π.χ. στατιστικές μετρήσεις, μετρήσεις μέσω διαγνωστικών μέτρων, κανονιστικά κριτήρια) και υποκειμενικές (π.χ. η ικανοποίηση που φέρει το άτομο, η αυτοεικόνα, η αυτοεκτίμησή του). Φαίνεται, λοιπόν, ότι οι άνθρωποι συχνά προβάλλουν τη δύσκολη αντικειμενική πραγματικότητα στις υποκειμενικές μετρήσεις και έτσι καταλήγουμε να υπάρχει η ίδια ικανοποίηση από άτομα που διαβιούν σε εντελώς αντίθετες συνθήκες ζωής. Για παράδειγμα, ένα άτομο μπορεί να αισθάνεται ικανοποιημένο ψυχικά παρά τη δύσκολη σωματική του υγεία, σκεπτόμενος πως θα μπορούσε να ήταν χειρότερα ή διότι άλλοι μπορεί υποφέρουν περισσότερο. Από αυτό καταδεικνύεται ότι οι υποκειμενικές εκτιμήσεις δεν είναι αρκετές ώστε να αποτιμηθούν τα γηρατειά ως επιτυχημένα, καθώς είναι απαραίτητες αλλά όχι ικανοποιητικές συνθήκες για τον ορισμό τους. Για να γίνει αυτό είναι απαραίτητο να υπάρχουν αντικειμενικά κριτήρια.

Τα αντικειμενικά κριτήρια αφορούν: α) κανονιστικά, δηλαδή κριτήρια που αναφέρουν την ιδανική κατάσταση [π.χ. βάσει των σταδίων του Erikson (1950) ιδανικά γηρατειά είναι αυτά της «προσφοράς και σοφίας»]. Οι καταστάσεις όμως αυτές, επειδή είναι ιδανικές αναφέρονται περισσότερο στη μεσαία και ανώτερη κοινωνική τάξη, και δεν αφορούν όλους τους ανθρώπους σε όλα τα κοινωνικά στρώματα. β) Άλλα κριτήρια είναι τα προσαρμοστικά (αυτά δηλαδή που σχετίζονται με την ευελιξία και συμπεριφορά). Τα προσαρμοστικά κριτήρια συνδέονται με την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις πολλαπλές απαιτήσεις της ζωής κατά το γήρας. Η προσαρμοστικότητα γίνεται εμφανής, για παράδειγμα στην ποιότητα της μνήμης και του νοητικού-γνωστικού συστήματος για την αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων. Επομένως αυτές οι υποκειμενικές και αντικειμενικές μετρήσεις φανερώνουν δείκτες καλής προσαρμογής και δυναμικής του ατόμου (Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999α).

2.3 Υποκειμενική αντίληψη για την ποιότητα ζωής στα γηρατειά

Στις δεκαετίες του 1980 και του 1990 ερευνήθηκε ιδιαίτερος και συζητήθηκε εκτενώς η ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων, ο τρόπος ορισμού και μέτρησής της, καθώς και ποιοι παράγοντες την επηρεάζουν (Arnold, 1991; Birren et al., 1991; Diener, 2000; Myers, 2000; Wood, 1996, in Efklides et al, 2003). Ο όρος «ποιότητα ζωής» περιλαμβάνει την αξιολόγηση των συνθηκών της ζωής ενός ατόμου, μιας ομάδας, ή ενός πληθυσμού. Για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, μπορούν να χρησιμοποιηθούν αντικειμενικά κριτήρια ή/και πρότυπα. Αυτά συνήθως αναφέρονται στην ποιότητα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, στη σωματική και ψυχική υγεία, καθώς και στα διαθέσιμα υποστηρικτικά συστήματα (Birren et al., 1991, in Efklides et al, 2003). Η ποιότητα της ζωής είναι ένας όρος που γίνεται αντιληπτός ως τη γνωστική αξιολόγηση της κατάστασης της ζωής ενός ατόμου, βάσει κάποιων κριτηρίων. Ωστόσο, υπάρχουν υποκειμενικά κριτήρια που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής, αναφερόμενα στο πόσο καλή θεωρεί τη ζωή του το ίδιο το άτομο (Diener, 2000, in Efklides et al, 2003). Τα κριτήρια αυτά αποτελούνται από αντιλήψεις για την ικανοποίηση της ζωής του καθενός, την αντίληψη του ατόμου για τη σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική και κοινωνική του λειτουργία, την υγεία του και την οικονομική του κατάσταση, την ανάγκη συμμετοχής του σε κοινωνικές-ψυχαγωγικές δραστηριότητες, κ.λπ. (Arnold, 1991 in Efklides et al, 2003).

Ωστόσο ο Lawton (1991) περιλαμβάνει στα κριτήρια της υποκειμενικής ποιότητας ζωής όχι μόνο την ικανοποίηση για τη ζωή, αλλά και την υποκειμενική ευημερία και το ηθικό. Σύμφωνα με τον Calman (1984), η ικανοποίηση από τη ζωή αντικατοπτρίζει το βαθμό που ένα άτομο νιώθει ικανοποίηση από τη ζωή σύμφωνα με τις δικές του αντιλήψεις και αρχές. Είναι μια προσωπική αποτίμηση του κατά πόσο έχουν αποδώσει οι στόχοι, οι προσπάθειες και οι προσδοκίες ενός ατόμου στη ζωή. Περικλείει μια σύγκριση των στόχων ενός ατόμου με τις προσδοκίες που είχε για τη ζωή (Campbell et al., 1976, in Efklides et al, 2003). Οι κρίσεις για την ικανοποίηση από τη ζωή ενέχουν και ένα γνωστικό (αξιολόγηση) και ένα συναισθηματικό (ικανοποίηση) μέρος.

Η υποκειμενική ευημερία ταυτίζεται με την ικανοποίηση από τη ζωή αλλά ταυτόχρονα διαφέρει, καθώς εμπεριέχει την αίσθηση της ευτυχίας (Diener, 2000, in Efklides et al, 2003). Η ευτυχία ορίζεται ως μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει ενθουσιασμό και χαρά τη δεδομένη στιγμή (Campbell et al., 1976, in Efklides et al, 2003). Είναι μια συναισθηματική αντίδραση σε πρόσφατα ή σε ψυχολογικά τρέχοντα γεγονότα. Ο Bradburn (1969) ορίζει την ευτυχία σαν την κατάσταση εκείνη τη θετική που επικρατεί έναντι της αρνητικής (Diener, 2000, in Efklides et al, 2003). Η ικανοποίηση από τη ζωή ενισχύει την υποκειμενική ευημερία (Diener, 2000 in Efklides et al, 2003), αλλά η δεύτερη είναι περισσότερο φορτισμένη συναισθηματικά (Andrews, 1980; Campbell et al, 1976; McKennell et al., 1980, in Efklides et al, 2003).

Το ηθικό, από την άλλη, απεικονίζει το κουράγιο, την αυτοπειθαρχία, την αποτελεσματικότητα και τον ενθουσιασμό ενός ατόμου (George, 1979; Stock et al., 1986; Stones et al., 1980, in Efklides et al, 2003). Αντικατοπτρίζει την στάση ενός ατόμου απέναντι στο παρόν, το μέλλον, την αισιοδοξία ή την απαισιοδοξία του (McDowell et al., 1987, in Efklides et al, 2003). Αυτές οι ιδιότητες της υποκειμενικής ποιότητας της ζωής καταδεικνύουν ότι η ικανοποίηση από τη ζωή σχετίζεται με την αντίληψή του για το παρελθόν, η υποκειμενική ευημερία αφορά το παρόν, ενώ το ηθικό προσδιορίζει το μέλλον (Stock et al, 1986, in Efklides et al, 2003). Από τις τρεις αυτές ιδιότητες της ποιότητας ζωής, η υποκειμενική ευημερία συναισθηματικά είναι φορτισμένη περισσότερο με θετικές και αρνητικές συνέπειες, ενώ δεν συμβαίνει το ίδιο με το ηθικό και την ικανοποίηση από τη ζωή (Efklides et al, 2003).

2.4 Διαστάσεις της ποιότητας ζωής

Τα τελευταία χρόνια έχουν πραγματοποιηθεί πολλές ερευνητικές προσπάθειες για το σχεδιασμό και τη στάθμιση πινάκων, καταλόγων, ερωτηματολογίων, δεικτών, βαθμολογήσεων, με στόχο να αποτυπωθούν διάφορα πεδία και διαστάσεις της ποιότητας ζωής. Στο πλαίσιο αυτό χρησιμοποιήθηκαν εργαλεία μέτρησης λειτουργιών και δραστηριοτήτων, ψυχικών νόσων και ψυχικής υγείας, κοινωνικής υποστήριξης, αντίληψης του ατόμου για την υγεία του και την παροχή υπηρεσιών (Βαλάσση- Αδάμ, 2001). Οι Fernández-Ballesteros, Zamarron, & Macia (1996), στην έρευνα που πραγματοποίησαν για να μετρήσουν την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων στην Ισπανία και σύμφωνα με το εργαλείο που χρησιμοποίησαν, κατέληξαν στις εξής διαστάσεις της ποιότητας ζωής: α) καλή υγεία, β) ανεξαρτησία, γ) ενεργητικότητα, δ) καλές κοινωνικές/υγειονομικές υπηρεσίες, ε) καλές οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, στ) καλή σύνταξη/εισόδημα, ζ) ικανοποίηση από τη ζωή, η) ποιότητα της κατοικίας, θ) ποιότητα περιβάλλοντος και ι) νέες ευκαιρίες μάθησης (Fernández-Ballesteros, 2002). Άλλη έρευνα των Bury & Holme (1990) που διεξήχθη στην Αγγλία, η μέτρηση της ποιότητας ζωής, έδειξε ότι εξαρτάται από έννοιες που δεν είναι εύκολο να προσδιορισθούν. Ένας τρόπος ζωής που μπορεί να είναι διαφορετικός, μπορεί να είναι απόρροια διαφόρων παραγόντων, περιστάσεων ή επιλογών.

Οι δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν είναι κοινοί με τις περισσότερες έρευνες σε αυτόν τον τομέα (George et al., 1980; Taylor et al. 1983, in Bury & Holme, 1990): κατάσταση της υγείας, ερωτήσεις για το ηθικό και την ευημερία, υλικές συνθήκες και συνθήκες διαβίωσης. Επίσης, μείζονος σημαντικότητας πρέπει να είναι για το άτομο η ύπαρξη των άτυπων και επίσημων δικτύων κοινωνικής στήριξης, καθώς και ο βαθμός και η ποιότητα της καθημερινής φροντίδας. Το πώς όμως αλληλεπιδρούν αυτές οι διαφορετικές επιρροές, είναι κάτι που σχετίζεται με την υποκειμενική απάντηση του ενδιαφερόμενου προσώπου, η οποία καθορίζει εν τέλει την ποιότητα της ζωής του ίδιου (Bury & Holme, 1990).

Η «ποιότητα ζωής» των ηλικιωμένων διακρίνεται από πολυπαραγοντικότητα: την καλή σωματική και ψυχική υγεία του ατόμου, την ικανότητα επιτέλεσης των καθημερινών του συνήθεις δραστηριοτήτων για μια ανεξάρτητη διαβίωση, την οικονομική του ανεξαρτησία, αλλά και την κοινωνική του συμμετοχή και στήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα. Η κοινωνική στήριξη είναι απαραίτητη έννοια στην κοινωνική γεροντολογία, ενώ υπάρχουν στοιχεία που διαπιστώθηκαν εμπειρικά της σχέσης της με την σωματική,

ψυχική υγεία και τη συνολική ποιότητα της ζωής στα γηρατειά. Οι συχνές κοινωνικές σχέσεις των ηλικιωμένων και ο βαθμός στον οποίο αλληλοεπηρεάζονται με άλλα άτομα, σχετίζονται με τους δείκτες υγείας, καθώς και το πώς το άτομο διαχειρίζεται την προσωπική του ευημερία και την ποιότητα της ζωής του (Fernández–Ballesteros, 2002). Έρευνα που διεξήχθη σε ηλικιωμένους με χρόνιες αναπηρίες που διαβιών στο σπίτι τους (Takemasa, 1998), ανέδειξε ως σημαντικά στοιχεία για την ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων την κινητικότητα, τη λειτουργική ικανότητα και τη δυνατότητα της οικογένειας να τους παρέχει φροντίδα. Τα ευρήματα αυτά συντείνουν στην άποψη ότι η δυνατότητα του ατόμου να επιτελεί τις καθημερινές του δραστηριότητες συνδέεται με την ποιότητα ζωής του. Επίσης, η αυτονομία των ασθενών σε δραστηριότητες της καθημερινότητας είναι συνυφασμένη με το κοινωνικοοικονομικό τους επίπεδο και αναπόφευκτα με την ποιότητα ζωής τους.

Ανάλογη έρευνα επεδίωξε να εντοπίσει τους παράγοντες εκείνους που λειτουργούν θετικά ώστε να αισθάνονται ικανοποίηση από τη ζωή ηλικιωμένοι που η ικανότητά τους να αυτοεξυπηρετούνται είναι μειωμένη. Τα αποτελέσματα της έρευνας ανέδειξαν την αλληλεξάρτηση κοινωνικών, σωματικών, πνευματικών και οικονομικών παραγόντων, οι οποίοι καθόριζαν το αίσθημα ικανοποίησης από τη ζωή για συγκεκριμένη ομάδα ηλικιωμένων. Ειδικότερα, το αίσθημα της μοναξιάς, ο βαθμός αυτοεξυπηρέτησης, η κακή υγεία, η ανησυχία και οι μειωμένοι οικονομικοί πόροι ήταν φανερό ότι σχετίζονταν αρνητικά με το βαθμό της ικανοποίησης που ένιωθαν οι ηλικιωμένοι από τη ζωή τους (Borg et al., 2006). Έρευνα που διεξήχθη σε δείγμα 212 ηλικιωμένων άνω των 80 ετών ανέδειξε ότι η ικανοποίηση που έπαιρναν από τη ζωή τους σχετιζόταν άμεσα με την ικανοποίηση που λάμβαναν από τους φίλους τους αλλά και με την κατάσταση στην οποία βρισκόταν η υγεία τους (McCamish-Svensson et al., 1999). Οι Ho et al. (1995) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε δείγμα 843 ανδρών και 714 γυναικών, ηλικιών 70 και άνω, αποφάνθηκαν ότι η ικανοποίησή τους ήταν συνδεδεμένη με το υποστηρικτικό κοινωνικό τους δίκτυο και τη σωματική λειτουργικότητά τους.

Όλα αυτά τα ερευνητικά αποτελέσματα καθιστούν βέβαιη την εξάρτηση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με συγκεκριμένους παράγοντες. Φαίνεται ότι ένα πλήθος παραγόντων της ποιότητας ζωής έχει μεγάλη συμβολή στη διατήρηση ή/και την επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων. Παράγοντας που, σύμφωνα με τα ερευνητικά αποτελέσματα, είναι σημαντικός για την ποιότητα ζωής της τρίτης ηλικίας είναι η κατάσταση υγείας των ηλικιωμένων (Hellstrom et al., 2004; Smith et al., 2004; Borg et al., 2006; Kudo et al., 2007). Όταν επιβαρύνεται η υγεία των ηλικιωμένων ή αντιλαμβάνονται ότι είναι επιδεινούμενη, αναδεικνύονται στοιχεία που αφορούν στην έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή τους. Ταχεία ανάρρωση από ασθένειες, απουσία σωματικών ενοχλήσεων και πόνων, αλλά και αποδοχή χρόνιων προβλημάτων, είναι συνδεδεμένα με την ύπαρξη ανεβασμένου ηθικού.

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί και ο ρόλος που διαδραματίζει η υποκειμενική αντίληψη της ηλικίας και ο βαθμός σύνδεσής της με τις προσδοκίες των ηλικιωμένων (Cohler & Nakamura, 1996). Πολλές φορές η υποκειμενική αυτή αντίληψη επηρεάζει το ηθικό τους σε μεγαλύτερο βαθμό από τις εκτιμήσεις και τις διαγνώσεις των ειδικών. Σημαντικό ακόμα παράγοντα αποτελεί η ικανότητα αυτοεξυπηρέτησης των ατόμων τρίτης ηλικίας, δηλαδή η ικανότητα να φροντίζουν την καθημερινότητά τους (Takemasa, 1998; Hellstrom et al., 2004; Borg et al., 2006; Kudo et al., 2007). Η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων γίνεται καλύτερη και το ηθικό τους ενισχύεται όταν καταφέρνουν να ζουν ανεξάρτητα από τρίτους αναφορικά με την οργάνωση και διεκπεραίωση των καθημερινών δραστηριοτήτων. Γίνεται λοιπόν κατανοητό, πως η ικανότητα ανεξαρτησίας, αυτονομίας τονώνει το αίσθημα τους ότι μπορούν να τα καταφέρνουν με την καθημερινή δραστηριότητα και τους βγάζει από τον ανεπιθύμητο ρόλο του ανήμπορου που πολλές φορές η οικογένεια τους προσδίδει. Ένας ακόμα παράγοντας που προσδίδει θετικό πρόσημο στην ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας, είναι η δυνατότητα τους να συμμετέχουν σε κοινωνικά δίκτυα στήριξης τυπικά και άτυπα, αφιερώνοντας χρόνο σε προσωπικά ενδιαφέροντα (Ho et al., 1995; McCamish-Svensson et al., 1999; Hellstrom et al., 2004;. Kudo et al., 2007).

Για τους ηλικιωμένους είναι ωφέλιμο να περνούν το χρόνο τους σε δραστηριότητες εκτός σπιτιού και να συναναστρέφονται με ανθρώπους εκτός από αυτούς του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Η ενσωμάτωση σε ένα ευρύτερο κοινωνικό δίκτυο διατηρεί την αίσθηση του ενεργού και χρήσιμου πολίτη στους ηλικιωμένους και τους παρέχει τη δυνατότητα να ασχολούνται με δημιουργικές δραστηριότητες στον άπλετο ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν. Οποσδήποτε, η ποιότητα ζωής στην τρίτη ηλικία είναι εξαρτημένη και με οικονομικούς παράγοντες. Εφόσον η τρίτη ηλικία συχνά συμπίπτει με το χρόνο αποχώρησης από την αγορά εργασίας, οι ηλικιωμένοι βρίσκονται συχνά στη δυσάρεστη θέση να αντιμετωπίσουν προβλήματα οικονομικής επιβίωσης για την κάλυψη των αναγκαίων εξόδων. Η οικονομική δυστοκία και το άγχος που αυτή δημιουργεί, επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους (Smith et al., 2004; Kudo et al., 2007).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

3.1 Ορισμός-είδη κοινωνικής στήριξης

Η κοινωνική στήριξη είναι όρος πολυσύνθετος και συμπεριλαμβάνει χαρακτηριστικά δόμησης των δικτύων κοινωνικής υποστήριξης ενός ατόμου, καθώς επίσης και τον τρόπο λειτουργίας των κοινωνικών σχέσεων ανάμεσα στα μέλη μιας ομάδας. Οι συνθήκες δόμησης μπορούν να κατανοηθούν ως το γενικότερο πλαίσιο στο οποίο τα άτομα αλληλεπιδρούν κοινωνικά, ενώ η λειτουργική πλευρά ενός δεδομένου κοινωνικού δικτύου αντιπροσωπεύει την κάλυψη συναισθηματικών αναγκών και την ανταλλαγή σε αγαθά, υλικούς πόρους, πληροφορίες ή υπηρεσίες. Η κοινωνική στήριξη μπορεί να τοποθετηθεί εντός ενός πλαισίου που περιλαμβάνει την κοινωνική ένταξη, τα κοινωνικά δίκτυα, τις κοινωνικές σχέσεις, αλλά και έννοιες που αφορούν αφενός την κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου και αφετέρου την αλληλεπίδραση που δημιουργείται είτε με ομάδες είτε με την κοινότητα ή την κοινωνία στην οποία δραστηριοποιείται (Pierce et al, 1990, in Fernández-Ballesteros, 2002). Δεν υπάρχει ένας εννοιολογικός προσδιορισμός για την έννοια της κοινωνικής στήριξης, από την επιστημονική κοινότητα (Antonucci, 1990, in Hye-Kyung et al, 2000).

Τις τελευταίες δεκαετίες, με τον ορισμό της κοινωνικής στήριξης και τη δράση της ασχολείται ο κλάδος της γεροντολογίας. Έρευνες σχετικά με την κοινωνική στήριξη έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια σε διαφορετικά κοινωνικά και πολιτισμικά πλαίσια, αναδεικνύοντας την ύπαρξη σημαντικής συσχέτισης με την υγεία και την ευημερία κατά τη διάρκεια της ζωής, αλλά κυρίως κατά το γήρας (Antonucci et al, 1996, in Fernández-Ballesteros, 2002). Αποδείχθηκε λοιπόν πως, για να κατανοηθεί ο αντίκτυπος της κοινωνικής στήριξης στην υγεία, χρειάζεται να υπάρξει ένα επαρκές θεωρητικό πλαίσιο (Schreurs et al, 2000, in Fernández-Ballesteros, 2002). Σύμφωνα με τους Broese Van Groenou & Van Tilburg (1997) γίνεται η παρακάτω διάκριση στους τύπους στήριξης.

Η ανάγκη για πρακτική στήριξη συνδέεται έντονα με τις ικανότητες ενός προσώπου να εκτελέσει ορισμένες καθημερινές δραστηριότητες της ζωής, όπως το να φροντίζει το σπίτι, το να κάνει ψώνια, ή το να φροντίζει για την προσωπική υγιεινή του. Η ανάγκη για τη συναισθηματική στήριξη προκύπτει ειδικά κατά τη διάρκεια

σημαντικών μεταβάσεων ζωής, όπως η απώλεια ενός συζύγου ή η μετακόμιση σε έναν οικο ευγηρίας. Κατά τη διάρκεια του γήρατος, η ανάγκη και για τους δύο τύπους στήριξης αυξάνεται καθώς οι φυσικές ικανότητές κάποιου μειώνονται και αυξάνεται η πιθανότητα να χάσει κάποιες από τις αγαπημένες του συνήθειες. Η λειτουργία του δικτύου ως πηγή στήριξης, επομένως, αυξάνεται με την ηλικία (Broese Van Groenou & Van Tilburg, 1997).

Ο House (1981), κάνοντας έναν διαχωρισμό στους τύπους στήριξης, κατέληξε σε τέσσερις τύπους υποστηρικτικής συμπεριφοράς: α) συναισθηματική υποστήριξη, που περιλαμβάνει τη φροντίδα, τη σχέση εμπιστοσύνης και την κατανόηση της θέσης του άλλου, δηλαδή την ψυχολογία της ενσυναίσθησης, β) έμπρακτη υποστήριξη που συμπεριλαμβάνει τη συμμετοχή σε εργασίες που πρέπει να ολοκληρωθούν κατά τη διάρκεια της καθημερινότητας, την οικονομική διευκόλυνση όταν χρειάζεται και τη συνοδεία των ηλικιωμένων, γ) πληροφοριακή υποστήριξη, που αφορά τη διάδοση πληροφοριών ή απόκτηση νέων γνώσεων ικανοτήτων που πιθανόν να δίνουν λύσεις σε προβλήματα που προκύπτουν και δ) αξιολογική υποστήριξη, η οποία περιλαμβάνει τη δυνατότητα αξιολόγησης από κάποιον της προσωπικής του απόδοσης (π.χ. όταν ένας προϊστάμενος λέει στον υφιστάμενο ότι έχει κάνει καλή δουλειά (Leavy, 1983, in Hye-Kyung et al, 2000).

Ωστόσο, πολλοί ερευνητές κατέληξαν στην άποψη πως η κοινωνική στήριξη είναι δυνατό να καλύπτεται πραγματικά και μόνο από τους δύο τύπους: τη συναισθηματική και την έμπρακτη στήριξη (Ingersoll- Dayton et al., 1988; Lin 1986, in Hye- Kyung et al, 2000). Η αύξηση της έρευνας για την κοινωνική στήριξη έχει αποδοθεί στην πιθανότητα ότι η «κοινωνική στήριξη παρέχει ένα φειδωλό εννοιολογικό πρότυπο για την ποικιλομορφία των ψυχοκοινωνικών συμπερασμάτων σχετικών με την υγεία» (Cohen et al., 1985, in Lewis, 1997). Η κοινωνική στήριξη είναι μια σύνθετη, πολυδιάστατη έννοια που έχει μελετηθεί εκτενώς σε πολλές επιστήμες συμπεριλαμβανομένης της γεροντολογίας. Ενώ υπάρχει τώρα γενική αποδοχή της σπουδαιότητας της κοινωνικής στήριξης για την υγεία και την ευημερία, οι ποικίλες πτυχές αυτής της σχέσης απαιτούν εκτενέστερη μελέτη. Συγκεκριμένα η έρευνα για την κοινωνική στήριξη και τους ηλικιωμένους περιλαμβάνει θέματα όπως: α) πηγές κοινωνικής στήριξης (Brody et al., 1978; Shanas, 1979; Treas, 1977, 1995 in Lewis 1997), β) αντίκτυπο της οικογενειακής κατάστασης και διαβίωσης στις πτυχές της κοινωνικής στήριξης (Kahana et al., 1980; Fengler et al., 1982; Kohen, 1983;

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

Οι Feingold και Werby (1990) σε μια περίπτωση μελέτης ενός προγράμματος ανεξάρτητης διαβίωσης, υπογράμμισαν ότι τα προγράμματα αυτά έχουν κυρίως στοχεύουν στην ενίσχυση της αίσθησης ελέγχου και της ανεξάρτητης διαβίωσης των ηλικιωμένων. Οι ανάγκες για κοινωνική στήριξη δεν είναι κοινές για όλους, ούτε υπάρχουν κάποια προφανή πρότυπα για την κανονικότητα, αλλά μάλλον κάθε άτομο θα ανακαλύψει λύσεις σχετικές με τις κοινωνικές σχέσεις που αρμόζουν σε αυτόν σχετικά με την κουλτούρα του, αντικατοπτρίζουν τις επιλογές που είχε κάνει στο παρελθόν, καθώς και τον τρόπο προσαρμογής του στο μεταβαλλόμενο πλαίσιο της ζωής του (Fiske et al., 1977; Lewittes, 1989, in Lewis, 1997).

3.2 Κοινωνιολογικές προσεγγίσεις του ρόλου των ηλικιωμένων

Οι κοινωνικοί επιστήμονες ενδιαφέρονται για την ανάλυση του κοινωνικού ρόλου και τη θέση των ατόμων τρίτης ηλικίας στο κοινωνικό περιβάλλον που ζουν. Οι θεωρίες της κοινωνιολογίας αναφορικά με το γήρας και τα άτομα τρίτης ηλικίας δέχονται επιρροές από τη δομή της κοινωνίας και τις κοινωνικές αλλαγές. Επίσης προσδίδουν σημασία στις διαφορές που ενυπάρχουν μεταξύ των ατόμων όσον αφορά το ρυθμό και το είδος των αλλαγών που σχετίζονται με την ηλικία (Rosenmayr, 1987).

Οι κοινωνιολογικές θεωρίες εμφανίζουν σε δύο βασικές συνιστώσες. Υποστηρίζουν πως η σωματική και ψυχολογική φθορά στη λειτουργικότητα του ατόμου δεν προκύπτει ξαφνικά στα 65 χρόνια. Η επιλογή της χρονολογικής ηλικίας ως ηλικίας σταθμού στη ζωή των ηλικιωμένων ατόμων δεν επαληθεύεται από έρευνες και κλινικές παρατηρήσεις (Rosenmayr, 1987).

Παρακάτω παρατίθενται κάποιες ενδεικτικές προσεγγίσεις που περιλαμβάνουν διαφορετικά σημεία της ζωής αλλά και του ρόλου των ηλικιωμένων.

Η θεωρία της διαδικασίας «Αποδέσμευσης ή της Αποσύνδεσης» (process of disengagement)

Ο Cohen το 1973 διατύπωσε τη θεωρία της «διαδικασίας της αποδέσμευσης ή της αποσύνδεσης» αναφέροντας ότι τα άτομα τρίτης ηλικίας με αργούς ρυθμούς αποκόπτονται από την κοινωνική ζωή και τους ρόλους που είχαν στην κοινωνία, και προετοιμάζουν τους εαυτούς τους για το θάνατο. Αυτή η διαδικασία δίνει πλεονεκτήματα τόσο στους ίδιους όσο και στο κοινωνικό σύνολο γενικότερα. Καθώς οι άνθρωποι απομακρύνονται από τις υποχρεώσεις που είχαν κατά τη νεότητά τους, έχουν κατόπιν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν νέα ταλέντα, να αναλάβουν διαφορετικές δραστηριότητες από αυτές του παρελθόντος και έτσι να αναθεωρήσουν τη σχέση τους με την κοινωνία. Σε μια προσπάθεια η θεωρία αυτή να δώσει ερμηνεία στη διαδικασία της αποδέσμευσης από την πλευρά του φύλου, αναφέρει πως ο γυναικείος πληθυσμός σταδιακά λαμβάνει τους ρόλους της κόρης-μητέρας-γιαγιάς σε ένα ασφαλές περιβάλλον σχέσεων που στηρίζεται στην αμοιβαιότητα με συνέπεια να μη χάνουν την ενασχόλησή τους καθώς περνά ο χρόνος. Αντιθέτως, ο ανδρικός πληθυσμός μετά τη συνταξιοδότησή του σταδιακά οδεύει σε μια δύσκολη περίοδο στη ζωή του και διανύει μία κρίσιμη φάση, αφού έχει συνηθίσει να επικεντρώνει το ενδιαφέρον του στον τομέα της επαγγελματικής του δραστηριότητας προκειμένου να καλύψει βασικές βιοποριστικές ανάγκες της οικογένειάς του. Κατά την περίοδο της συνταξιοδότησης λοιπόν, οι άνδρες καλούνται να ανακαλύψουν ένα νέο σύστημα σχέσεων και δραστηριοτήτων.

Η θεωρία της δραστηριότητας (activity theory)

Σύμφωνα με τις θεωρίες που παραδοσιακά υφίστανται για την τρίτη ηλικία, οι άνθρωποι καθώς γερνούν μειώνουν το ενδιαφέρον τους για τη ζωή και την κοινωνικότητά τους. Μια άλλη όμως προσέγγιση καταδεικνύει ότι, όταν οι άνθρωποι στην τρίτη ηλικία απασχολούνται με νέες δραστηριότητες, αυτό τους δίνει ζωή σε όλα τα επίπεδα (Havighurst et al., 1968).

Η θεωρία του εκσυγχρονισμού (modernization theory)

Η θεωρία του εκσυγχρονισμού (Cowgill & Holmes, 1972) υποστηρίζει ότι οι κοινωνίες που στηρίζονται στο καπιταλιστικό-βιομηχανικό μοντέλο δεν αντιλαμβάνονται ως χρήσιμη την παρουσία της τρίτης ηλικίας στο κοινωνικό σύνολο, όπως συνέβαινε στις προκαπιταλιστικές και αγροτικές κοινωνίες. Οι σημαντικότεροι άξονες πάνω στους οποίους κινείται αυτή η θεωρία είναι η κοινωνική κινητικότητα των νεότερων γενεών (social mobility), η μείωση της πολυμελούς οικογένειας και η ατομικότητα του καθενός χωριστά.

Η θεωρία της «πολιτισμικής ιδιαιτερότητας» (subculture theory)

Η εν λόγω θεωρία προσδιορίζει το ζητούμενο της γήρανσης με αντικείμενο μελέτης τον τομέα της περίθαλψης και της οικονομικής ζωής. Ο Rose το 1965 εμπνεύστηκε τη νέα αυτή ιδεολογία, ώστε να συμβάλλει στη δημιουργία νέων μορφών οργάνωσης όπου οι ηλικιωμένοι θα λειτουργούν βελτιώνοντας το κοινωνικό τους επίπεδο.

Η θεωρία της «ανταλλαγής» (exchange theory)

Ο Dowd (1981) υποστηρίζει ότι καθώς οι άνθρωποι γερνούν παραγκωνίζεται και η θέση τους στην κοινωνία. Αν και οι υλικές συνθήκες διαβίωσης για τους ηλικιωμένους έχουν υποστεί σημαντική βελτίωση, οι κοινωνικοί δεσμοί που ήταν συνδετικοί κρίκοι με τους ανθρώπους των προγενέστερων περιόδων έπαψαν να υπάρχουν ή μειώθηκαν έχοντας η κοινωνία μετασηματιστεί ραγδαία. Το ποσοστό των ηλικιωμένων που διαβιεί σε αγροτικές περιοχές και κοινωνίες είναι ευνοϊκό γιατί μπορούν ακόμα να κατέχουν τον έλεγχο της γης τους αλλά δυσοίωνα για τους ηλικιωμένους των αστικών κοινωνιών που στερούνται αυτού του πλεονεκτήματος λόγω της απομόνωσής τους από την αγορά εργασίας. Οι ηλικιωμένοι δύσκολα μπορούν να πετύχουν ευνοϊκές (ή και ισότιμες) πολιτικές στην αγορά εργασίας, όταν διαπραγματεύονται με άλλες κοινωνικές ομάδες που είναι νεότεροι.

Μελετητές, και ειδικότερα ο ψυχολόγος Νίκολας Στέφενς του Πανεπιστημίου της Κούνισλαντ, όπου έγινε η δημοσίευση στο βρετανικό ιατρικό περιοδικό «British Medical Journal Open», αποτίμησαν πως το όφελος από την κοινωνικότητα των ατόμων τρίτης ηλικίας έχουν την ίδια σημαντικότητα με την συνεχή άσκηση του σώματος. «Αν ετοιμάξεστε να βγείτε στη σύνταξη και δεν ανήκετε σε κάποια ομάδα,

βρείτε αμέσως μία», συμβούλευσε ο Στέφενς. «Αν ανήκετε σε μία ή δύο, αξιοποιήστε τις στο έπακρο και, αν μπορείτε, συμμετέχετε και σε άλλες» πρόσθεσε. Οι μελετητές δούλεψαν με 424 άτομα πριν συνταξιοδοτηθούν, τους οποίους παρακολουθούσαν για έξι χρόνια. Οι επιστήμονες επιχείρησαν να συσχετίσουν την πνευματική και σωματική υγεία των ατόμων που συμμετείχαν με την κοινωνική δράση που ανέπτυξαν στην καθημερινότητά τους. Αν κάποιος αποτελούσε μέλος κάποιων ομάδων κοινωνικής στήριξης προτού συνταξιοδοτηθεί και μπορούσε να διατηρήσει αυτή την κοινωνική δράση και μετά τη συνταξιοδότηση, η επικινδυνότητα του θανάτου μειωνόταν κατά 2% κατά μέσο όρο. Αντιθέτως αυξανόταν κατά 5%, αν η κοινωνική του δράση μειωνόταν με μικρή συμμετοχή σε κάποια ομάδα και κατά 12% εάν έπαυε κάθε κοινωνική δραστηριότητα.

Σύμφωνα με τον Στέφενς, «[...] οι άνθρωποι επενδύουν πολλή ενέργεια και προσπάθεια στο να σχεδιάσουν τα οικονομικά τους, την ιατρική κάλυψή τους ή τη σωματική άσκησή τους, καθώς ετοιμάζονται να συνταξιοδοτηθούν. Όμως, όπως δείχνει η έρευνά μας, ο ‘κοινωνικός σχεδιασμός’, δηλαδή η συμμετοχή σε κοινωνικές ομάδες, είναι εξίσου σημαντικός για την υγεία και την ευτυχία μετά τη σύνταξη», δήλωσε ο Στέφενς. Η μελέτη αναδεικνύει ότι το σημαντικό δεν είναι το είδος της ομάδας που κάποιος συμμετέχει, αλλά το να γηράσκει ενεργώντας και με κοινωνική δραστηριότητα. Η συμμετοχή σε συλλόγους, ομάδες, φιλανθρωπικούς σκοπούς, ενεργοποιεί την αίσθηση του ανθρώπου να νιώθει σημαντικός και χρήσιμος.

3.3 Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην ελληνική οικογένεια και κοινωνία

3.3.1 Η ελληνική οικογένεια

Η σημασία που έχει ο ρόλος των άτυπων σχέσεων (π.χ. οικογενειακές και φιλικές) στην προώθηση και διατήρηση της υγείας και της ευημερίας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, αναδεικνύεται ως βασικό ζητούμενο στην έρευνα της γεροντολογίας παγκοσμίως. Από αρχαιότατων χρόνων οι θρησκείες, επέβαλλαν τη φροντίδα των ηλικιωμένων από τα παιδιά τους και το σεβασμό ως προς αυτούς. Για τους Έλληνες στην αρχαιότητα οι ηλικιωμένοι θεωρούνταν άτομα που έχαιραν της εκτίμησης, του σεβασμού και των τιμών από τους νεότερους. Με τις αλλαγές που επήλθαν καθώς οι κοινωνίες άλλαζαν, ο Ελληνικός λαός συνέχισε να ζει με αυτόν τον προσανατολισμό και να διατηρεί τη

σημαντικότητα της ύπαρξης ενωμένων οικογενειών που διακατέχονται από σεβασμό. Η ελληνική κοινωνία μέχρι προσφάτως διατηρούσε το μοντέλο της οικογένειας που ήταν εκτεταμένη, κατά την οποία η θέση που είχε ο ηλικιωμένος ήταν προκαθορισμένη και αδιαφιλονίκητη. Οι ηλικιωμένοι άνδρες έκριναν, έλεγχαν, αποφάσιζαν. Οι ηλικιωμένες γυναίκες, παρόλο που υπήρξαν υποταγμένες στις αποφάσεις των συζύγων τους, αποτελούσαν σεβαστά πρόσωπα για την οικογένεια τους και είχαν τον πρώτο ρόλο σε αποφάσεις που αφορούσαν τις δουλειές του σπιτιού τους (Τεπέρογλου και συν., 1990).

Στην Ελλάδα, διαπιστώνονται ισχυροί δεσμοί οικογενειών. Οι μητρικοί και πατρικοί γονείς συμμετέχουν στο μέγιστο των εγγονιών, βοηθώντας με αυτό τον τρόπο τα παιδιά τους να εκπληρώσουν τους προσωπικούς στόχους τους. Τα παιδιά με τη σειρά τους, ενισχύουν την καθημερινότητα των γονιών τους με χαρά, αφού υπάρχει οικογενειακή αλληλεγγύη (Efklides et al., 2003). Στη χώρα μας, ειδικότερα στις αγροτικές, ημιαστικές περιοχές, η μεταφορά των ατόμων τρίτης ηλικίας σε οίκους ευγηρίας ή ιδρύματα δεν αποτελεί λύση άλλα όνειδος (Arvaniti et al., 2005). Στην Ελλάδα τα τοπικά δίκτυα κοινωνικής στήριξης και η φροντίδα ζητημάτων ψυχολογίας και ψυχαγωγίας των ηλικιωμένων δεν αποτελούν προτεραιότητα (Arvaniti et al., 2005). Επισημαίνεται ότι στις δυτικές κοινωνίες οι άνθρωποι προτιμούν να διαβιούν στο οικείο τους περιβάλλον και να έχουν μόνο κοινωνικές επαφές με τους νεότερους συγγενείς και φίλους που ζουν κοντά (Kendig et al., 1992). Η ελληνική οικογένεια, τις τελευταίες δεκαετίες, έχει αλλάξει δομή και έχει παρουσιάσει σημαντικές αλλαγές, χαρακτηριστικές από τις οποίες είναι η διάδοχη κατάσταση της εκτεταμένης οικογένειας στην πυρηνική και ο ρόλος της γυναίκας που η σύγχρονη ελληνική κοινωνία την θέλει εργαζόμενη και απόλυτα φροντιστή της οικογένειας και μόνο. Οι παραπάνω αλλαγές επηρέασαν το θεσμό της ελληνικής οικογένειας και αναπόφευκτα το πλαίσιο των σχέσεων ανάμεσα στα μέλη της (Kyriakidou et al., 2001).

Παρά τις αλλαγές αυτές, σταθερή υπήρξε η φροντίδα των ηλικιωμένων μελών της οικογένειας και η σημασία και αξία που αυτή έδινε στην εν λόγω διαδικασία. Οι νεότερες γενιές δείχνουν σεβασμό προς τους γεροντότερους και έχουν επιδείξει αίσθημα αποδοχής ως προς αυτούς. Από οικονομικής πλευράς, οι ηλικιωμένοι που διαβιούν σε αστικές περιοχές είναι σε καλύτερη κατάσταση. Η Ελλάδα συγκαταλέγεται μεταξύ των χωρών με τα μικρότερα ποσοστά αυτοκτονιών ηλικιωμένων, είτε πρόκειται για απόπειρα είτε για πετυχημένη αυτοκτονία.

Το ποσοστό των ηλικιωμένων άνω των 60 ετών που αποπειράθηκαν να αυτοκτονήσουν στη χώρα μας, δεν ξεπέρασε το 7,9% από το σύνολο του πληθυσμού των ηλικιωμένων. Η ύπαρξη χαμηλών ποσοστών οφείλεται στην παιδεία και πολιτισμό που διακρίνει τους Έλληνες πολίτες, καθώς και τους ισχυρούς δεσμούς της οικογένειας που τους δένουν (Ierodiakonou et al., 1998).

3.3.2 Η σχέση των ηλικιωμένων με τα παιδιά τους

Είναι χαρακτηριστικό της κουλτούρας και παιδείας του Έλληνα η φροντίδα των γονιών από τα παιδιά τους όταν γηράσκουν, γι αυτό και οι ηλικιωμένοι απολαμβάνουν τη φροντίδα αυτή. Έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην περιοχή της Αθήνας (Kyriakidou et al., 2001), αναδεικνύει αρχικά πως ο δεσμός της οικογένειας στην πραγματικότητα της ελληνικής κοινωνίας εξακολουθεί να είναι αρκετά ισχυρός και επίσης ότι τα παιδιά μεριμνούν και ενδιαφέρονται για τους ηλικιωμένους γονείς τους. Το 27,9% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα ζούσαν με την οικογένειά τους στην ίδια κατοικία, ή σε κοντινή κατοικία. Σημειώνεται πως το ποσοστό αυτό είχε μειωθεί ήδη από 55% σε 32% τη χρονική περίοδο 1979-1994, εξαιτίας της εσωτερικής και εξωτερικής μετανάστευσης, της συνταξιοδότησης και της βελτίωσης της κατάστασης υγείας της τρίτης ηλικίας (Karagiannaki, 2005). Επίσης, το 38% των συμμετεχόντων στην έρευνα ζούσαν στο ίδιο γειτονικό περιβάλλον, ενώ το 5% του δείγματος κατοικούσε σε διαφορετικές περιοχές ύστερα από τον έγγαμο βίο των παιδιών τους. Η επικοινωνία ανάμεσα στους ηλικιωμένους και τα παιδιά τους γίνονταν πολύ συχνά (64,8%), συγκριτικά π.χ. με τη Δανία όπου το ποσοστό άγγιζε μόλις το 13,8% (Kyriakidou et al., 2001).

Οι σχέσεις μεταξύ γονέων και παιδιών επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες, όπως την οικονομική, την οικογενειακή και την κοινωνική κατάσταση των μελών της οικογένειας. Η οικογενειακή κατάσταση εξαρτάται από τις προσωπικές σχέσεις που έχει το ζευγάρι και τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει. Επίσης είναι ωφέλιμο να αντιληφθεί κανείς, εάν κάποιος από τους δύο δεν ζει, διότι στην πορεία σημαντική θέση καταλαμβάνει και η οικογενειακή κατάσταση των παιδιών, εάν δηλαδή ζουν μόνοι τους ή έχουν δημιουργήσει οικογένεια και πώς είναι η συζυγική τους σχέση. Επίσης, ο οικονομικός παράγοντας αφορά και τους γονείς και τα παιδιά, καθώς εφόσον υπάρχουν δυσκολίες μπορεί να δημιουργηθούν οικονομικές εξαρτήσεις

με δυσάρεστες συνέπειες στις σχέσεις ανάμεσα στα μέλη της οικογένειας. Ένας περαιτέρω αντικειμενικός παράγοντας για τη σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στα μέλη μιας οικογένειας είναι αυτός της γεωγραφικής απόστασης. Εν κατακλείδι, είναι σκόπιμο να αναφερθεί πως για να γίνουν κατανοητές οι σχέσεις παιδιών και γονέων, θα πρέπει να ληφθούν υπόψη μερικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας, της ηλικίας και των συναισθημάτων του καθενός προς τον άλλο.

Σε όλα αυτά που αναφέρθηκαν μπορούν να προστεθούν και άλλοι παράγοντες των οποίων ο χαρακτήρας είναι κατά κύριο λόγο υποκειμενικός (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1996). Ο ξεχωριστός και απομακρυσμένος τόπος διαμονής δε σημαίνει οπωσδήποτε κακές ή δύσκολες σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας. Κάποιες στιγμές, τέτοιου είδους συνθήκες λειτουργούν ακόμη και θεραπευτικά σε ένα πιθανό κακό κλίμα. Ακόμη, ένα προτέρημα στην απόσταση είναι πως και οι δύο πλευρές είναι ελεύθερες να κινούνται με τους ρυθμούς που επιθυμούν αναφορικά με το ζήτημα της προσωπικής τους επικοινωνίας αλλά και της αλληλεγγύης όταν χρειαστεί. Με αυτό τον τρόπο, προσεγγίζεται διαφορετικά η σχέση και η προοπτική από ότι η συγκατοίκηση, ενώ και οι ανταλλαγές των επισκέψεων τους έχουν άλλο χρώμα. Αυτό το μοντέλο σχέσεων (σύσφιξη των σχέσεων από απόσταση) προωθείται στην Ευρώπη και στην Αμερική ως το πιο λογικό μοντέλο σχέσεων, βάσει του οποίου είναι εφικτό να διατηρηθούν οι ισορροπίες: οι γονείς δε ζουν μαζί με τα παιδιά τους, επικοινωνούν όμως συχνά και αλληλοβοηθούνται όταν υπάρχει ανάγκη. Όμως, η κατάσταση δεν παραμένει ίδια όταν έχει μείνει εν ζωή ο ένας γονιός ή βρίσκεται στην τέταρτη ηλικία ή δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί. Σε αυτή την περίπτωση συνήθως μετακομίζει στην κατοικία των παιδιών του για λόγους πρακτικούς, όπως της αντιμετώπισης της μοναξιάς ή/και των προβλημάτων υγείας που έχουν. Είναι πιθανό να υπάρξει μια σειρά προβλημάτων κατά τη διάρκεια της συμβίωσης τους, ειδικότερα αν προϋπήρχε μια κακή οικογενειακή κατάσταση.

Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι η συνύπαρξη ή συμβίωση των ηλικιωμένων με τις οικογένειες των παιδιών τους καθίσταται ευκολότερη όταν αυτοί ζουν στην επαρχία για τους εξής λόγους: α) στα χωριά, ο τρόπος ζωής είναι διαφορετικός και κατ'επέκταση οι σχέσεις των ανθρώπων παραμένουν πιο ανθρώπινες, β) τα σπίτια στην ύπαιθρο εξυπηρετούν περισσότερο τη συμβίωση, αφού είναι ευκολότερο να παραχωρηθεί ένα δωμάτιο εν αντιθέσει με τα διαμερίσματα των πολυκατοικιών στις πόλεις, γ) η ψυχολογία και η διάθεση του ηλικιωμένου είναι διαφορετική στο χωριό

καθώς του δίνεται η δυνατότητα να βγει από το σπίτι πιο εύκολα, να διατηρεί περισσότερες κοινωνικές δραστηριότητες είτε είναι η βόλτα στην εξοχή είτε στην Εκκλησία και το καφενείο. Αντιθέτως, στην πόλη ο ηλικιωμένος μένει πολλές φορές μόνος του αφού η οικογένεια συνήθως απουσιάζει, ενώ και για τον ίδιο δεν είναι εύκολο να μετακινηθεί μέσα στην πόλη. Επομένως, δεν έχει φίλους και νιώθει μοναξιά, γεγονός που μπορεί να έχει επιπτώσεις στις σχέσεις του με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας (Βάντσος, 1988).

Συνοψίζοντας, το γήρας είναι μια περίοδος στη ζωή του ανθρώπου όπου όλα τα μέλη της οικογένειας – ηλικιωμένοι και νεότεροι – θα πρέπει να προσαρμοστούν με τα νέα δεδομένα που αυτή η ηλικία φέρνει μαζί της και ειδικότερα όταν πρόκειται για ζητήματα αυτοεξυπηρέτησης. Τα παιδιά που θα αναλάβουν την ευθύνη να φροντίσουν τους γονείς τους αισθάνονται ότι έχουν αντιστραφεί οι ρόλοι στο οικογενειακό περιβάλλον και η διαχείριση της κατάστασης καθίσταται δύσκολη. Ωστόσο, είναι ανώφελη αυτή η σκέψη καθώς μπορεί να οδηγήσει σε αδιέξοδα, εκνευρισμούς και τεταμένες σχέσεις. Για αυτό το λόγο, είναι ωφέλιμο τα παιδιά να αποτελούν τους ισορροπιστές στο οικογενειακό περιβάλλον, έχοντας ως εφελτήριο το σεβασμό απέναντι στο γήρας με ότι αυτό περικλείει. Στην πράξη αυτό μπορεί να επιτευχθεί ενθαρρύνοντας τους γονείς να συνεχίσουν να ελέγχουν τη ζωή τους και να ασκούνται πνευματικά και σωματικά προκειμένου να κρατούνται σε εγρήγορση και να μην αναλαμβάνουν τη φροντίδα τους τρίτα πρόσωπα (Καλαϊτζή, 2004).

Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στις μη αναπτυγμένες χώρες, η μόνη και κύρια βοήθεια που παρέχεται στα άτομα της τρίτης ηλικίας αντλείται από τη μεγάλη οικογένεια. Αυτό αποτελεί τρόπο διευκόλυνσης των ηλικιωμένων ώστε να ενισχυθούν και να αναλάβουν ενεργό ρόλο στο μέγαλωμα των εγγονιών τους, καθώς και στη λήψη αποφάσεων σε σημαντικά οικογενειακά θέματα (Kendig et al., 1992). Η θέση που έχει ο ηλικιωμένος στις αναπτυγμένες χώρες πιθανόν να διαφέρει (Grewal et al., 2004). Οι αναπτυγμένες, βιομηχανικές χώρες, προσανατολίζουν τα άτομα τρίτης ηλικίας να ανεξαρτητοποιηθούν από τις οικογένειές τους. Σε αυτές τις χώρες έχει επικρατήσει το μοντέλο της πυρηνικής οικογένειας, ενώ είναι ανεπτυγμένη η μέριμνα του κράτους και της κοινωνίας με την ύπαρξη τυπικών δικτύων κοινωνικής στήριξης καθώς και καλή περίθαλψη στα κέντρα κλειστής φροντίδας ηλικιωμένων, προκειμένου τα άτομα της τρίτης ηλικίας να μπορούν κάποια στιγμή να ανεξαρτητοποιηθούν (Levkoff et al., 1995).

3.3.3 Η σχέση των ηλικιωμένων με τα εγγόνια τους

Στα πλαίσια κοινωνικοψυχολογικής έρευνας που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 2007, διαπιστώθηκε ότι η παρουσία παιδιών και εγγονιών διαδραματίζει σπουδαίο ρόλο των ατόμων τρίτης ηλικίας (Παπάνης, 2007). Οι ηλικιωμένοι γονείς στον Ελλαδικό χώρο, εξακολουθούν να διατηρούν υποστηρικτική γονεϊκή στάση, όχι μόνο ως προς τα παιδιά τους αλλά και ως προς τα εγγόνια τους. Οι πατρικοί και μητρικοί γονείς αποτελούν το βασικό πυρήνα στην ελληνική οικογένεια. Όταν τα παιδιά τους δημιουργήσουν οικογένεια, οι γονείς ως παππούδες και γιαγιάδες θεωρούν υποχρέωσή τους να συμβάλλουν στη διαδικασία ανατροφής των εγγονιών τους (Βάντσος, 1988). Για το λόγο αυτό νιώθουν ότι ακόμα μπορούν να προσφέρουν και έτσι ενισχύεται η αυτοπεποίθησή τους στο πλαίσιο της ενεργούς δράσης. Τον ρόλο αυτό της «τροφού» ενισχύει η περίπτωση θανάτου του ή της συζύγου, διότι στην φάση αυτή της χηρείας οι ηλικιωμένοι νιώθουν εντονότερο το αίσθημα της μοναξιάς και χρειάζονται νέους ρόλους ώστε να γεμίσουν τον ελεύθερο χρόνο που διαθέτουν πια περισσότερο.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στην Ελλάδα το 90% από τις ηλικιωμένες γυναίκες των 80 ετών και άνω είναι χήρες (Kohli et al., 2005). Επιπλέον, οι σχέσεις που έχουν οι ηλικιωμένοι με τα παιδιά τους και η ποιότητα των δεσμών που έχουν δημιουργήσει αντικατοπτρίζεται και στη σχέση που θα δημιουργήσουν με τα εγγόνια τους. Αυτό γίνεται αντιληπτό από το γεγονός πως τα παιδιά νιώθουν καλύτερα και ο δεσμός γίνεται πιο ισχυρός, ανάλογα με ποιους από τους παππούδες οι γονείς διατηρούν στενότερες σχέσεις. Φαίνεται, λοιπόν, πως η σχέση που θα διαμορφωθεί ανάμεσά τους επηρεάζεται από πολλαπλούς παράγοντες, όπως οικογενειακούς, γεωγραφικούς, υποκειμενικούς (π.χ. φύλο του παιδιού, εξωτερική ομοιότητα, ομοιότητα στη συμπεριφορά, όνομα εγγονιών). Μάλιστα πολλές φορές συμβαίνει όταν ένα παιδί γεννιέται οι σχέσεις της οικογένειας να γίνουν πιο στενές ή να βελτιωθούν (Μαλικιώση-Λοΐζου, 1996).

Τα μοντέλα σχέσεων παππούδων-εγγονιών που συνήθως επικρατούν στις ελληνικές οικογένειες είναι τα εξής: α) ισχυρές-ουσιαστικές σχέσεις, με αποκλειστική φροντίδα και ανατροφή των εγγονιών, β) στενές επαφές, χωρίς όμως φροντίδα από τους παππούδες, γ) τυπικές σχέσεις, χωρίς να επιδιώκεται δημιουργία στενών επαφών. Καταλήγοντας, οι περισσότεροι νέοι και ηλικιωμένοι φαίνεται να έχουν αναπτύξει ισχυρές σχέσεις μεταξύ τους, ενώ οι προστριβές τους αφορούν κυρίως ζητήματα συμπεριφορών. Σημειώνεται ότι το 68% των παιδιών και νεότερων αντιλαμβάνεται το ρόλο του παππού και της γιαγιάς ως τον σημαντικότερο ύστερα από το γονεϊκό (Γεωργούλη και συν., 1996).

3.3.4 Φιλία και φίλοι

Οι αντιλήψεις των ηλικιωμένων απέναντι στο γήρας σχετίζεται με τη δημιουργία στάσεων, αντιλήψεων εικόνων και ιδεών από άλλους μεγαλύτερους ηλικιωμένους (Levy et al., 2002). Μελέτες αναδεικνύουν ως σημαντικό παράγοντα για την συναισθηματική ευεξία των ηλικιωμένων τη φιλία. Αυτή ανυψώνει το ηθικό, αποτελεί παράγοντα κοινωνικοψυχολογικής στήριξης και τους δίνει τη δυνατότητα να κατανοήσουν την προσωπική τους ταυτότητα (Nocon & Pearson, 2000). Οι άνθρωποι καθώς περνούν διάφορα στάδια στη ζωή τους όντας ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται και εκτιμούν διαφορετικά τις συναναστροφές τους, με αποτέλεσμα να κρατούν αυτές ακριβώς που εκτιμούν πιο πολύ. Έτσι, δεν τους απασχολεί ιδιαίτερος εάν οι σχέσεις τους θα διακρίνονται από ποσότητα αλλά από ποιότητα, ειδικά εάν αυτό συνδέεται με το πόσο ικανοποιημένο νιώθει το άτομο συνολικά από τη ζωή του. Ο κοινωνικός ιστός και συγκεκριμένα στο επίπεδο των σχέσεων στην Ελλάδα, φαίνεται πως ακόμα υπάρχει και έτσι είναι εύκολο να δημιουργηθούν φιλικές σχέσεις μεταξύ συνομηλίκων και να κάνουν μαζί πολλαπλές δραστηριότητες σε χώρους κοινωνικής υποστήριξης.

Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται πως το επίπεδο των φιλικών σχέσεων επηρεάζει σημαντικά την ευημερία στους ηλικιωμένους. Αρχικά, διότι οι σχέσεις που δημιουργούν σε αυτή την ηλικία είναι κατόπιν επιλογής, είναι συνειδητές και μόνο θετικά τις αντιμετωπίζουν. Έπειτα, διότι πρόκειται για μια ηλικιακή ομάδα με ίδιο προσανατολισμό, κοινές ανησυχίες και συνήθως ίδια καθημερινότητα (Σπυροπούλου, 2004). Τα άτομα της τρίτης ηλικίας στην ελληνική κοινωνία είναι οι υποστηρικτές και συνεχιστές της κουλτούρας του ελληνικού λαού και των ηθών, μύθων, παροιμιών,

συμβολισμών της ελληνικής παράδοσης. Τα άτομα αυτά αντιμετωπίζονται από τους άλλους πολλές φορές ως βαρετοί και όχι ιδιαιτέρως χρήσιμοι ή εύστροφοι. Επικρατεί πολλές φορές η άποψη πως όταν ο ηλικιωμένος εξαρτάται από τους άλλους και σε συνδυασμό με το γεγονός ότι αποσύρεται από την παραγωγική διαδικασία, είναι βάρος στον οικογενειακό περίγυρο (Σπυροπούλου, 2004). Παρόλα αυτά είναι ωφέλιμο να θυμόμαστε πόσο μεγάλη αξία έχει η μετάδοση αξιών, κουλτούρας, αξιών και ιστορίας στις νεότερες γενιές, έχοντας μεταφέρει στοιχεία του παρελθόντος στο δικό μας παρόν (Kastenbaum, 1988).

Οι περισσότερες από τις ερευνητικές μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα πως οι ηλικιωμένοι στη χώρα μας προτιμούν να περνούν τα τελευταία χρόνια της ζωής τους στην κατοικία που πάντα έμεναν και όχι σε κάποιο κέντρο κλειστής προστασίας ηλικιωμένων (Παπάνης, 2007). Βασιζόμενοι σε στοιχεία στατιστικής το 1971 το ποσοστό των ατόμων τρίτης ηλικίας (65 και άνω) που διέμεναν σε οίκους ευγηρίας ήταν μόνο 2%, ενώ ύστερα από 30 χρόνια αναφορικά με τα στατιστικά στοιχεία του 2001 το ποσοστό έφτασε μόλις το 3% (Καραγιαννάκη, 2005). Περαιτέρω ο περίγυρος αντιμετωπίζει αρνητικά αυτούς που βάζουν τους γονείς τους σε ιδρύματα, καθώς θεωρείται έλλειψη σεβασμού, αχαριστία και δείγμα απαράδεκτης συμπεριφοράς απέναντι στους γονείς (Geest et al., 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ανωτέρω στοιχεία οι ελληνικές κυβερνήσεις έθεσαν τα τελευταία χρόνια τους εξής στόχους: α) Εξασφάλιση μακροζωίας και ευημερίας του ηλικιωμένου στο οικείο του περιβάλλον, ενισχύοντας τους κοινωνικούς και οικογενειακούς δεσμούς του. Απώτερος στόχος ήταν να βοηθηθεί το οικογενειακό περιβάλλον του ηλικιωμένου στην ανάληψη της φροντίδας του, με αρωγό στην προσπάθεια αυτή τη δημιουργία του προγράμματος «Βοήθεια στο σπίτι», το οποίο όπως αποδείχτηκε τελικά έχει λειτουργήσει με μεγάλη επιτυχία (Menoudakou-Beldekou, 2002). Το πρόγραμμα συνέβαλλε προκειμένου οι ηλικιωμένοι να αντιμετωπίσουν το αίσθημα μοναξιάς που νιώθουν και να ενθαρρύνει την οικογένεια να αναλάβει την προστασία του ηλικιωμένου. β) Οργάνωση και λειτουργία των ΚΑΠΗ. γ) Χορήγηση προνοιακών επιδομάτων. Τελικά αξίζει να αναφερθεί πως το σημαντικότερο για τα άτομα της τρίτης ηλικίας είναι να νιώθουν ότι έχουν ενεργό ρόλο μέσα στο κοινωνικό περιβάλλον που ζουν και να απολαμβάνουν το ευ ζην μέσα από την ανακάλυψη νέων κοινωνικών δράσεων (Χηνάς, 1996).

3.4 Δίκτυα κοινωνικής στήριξης: διαχρονική εξέλιξη, χαρακτηριστικά

Οι κοινωνικές σχέσεις συμβάλλουν σημαντικά στη ψυχολογική και σωματική ευεξία του ατόμου. Τα άτομα τρίτης ηλικίας περιορίζουν τις κοινωνικές συναναστροφές τους. Οι Kahn και Antonucci (1980) θεωρούν ότι κάθε άτομο έχει την ανάγκη να ενταχθεί σε μια ομάδα, ένα δίκτυο τυπικό ή άτυπο. Κοινωνικό είναι το δίκτυο εκείνο όπου μια ομάδα ανθρώπων δημιουργούν μια ευχάριστη επικοινωνία με κάποιο άτομο που τους ενώνει και τους συντονίζει. Ένα σύστημα κοινωνικής δικτύωσης αποτελείται από συγγενείς, φίλους και γειτονικό περίγυρο (Troll, 1986, στο Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β). Το κοινωνικό δίκτυο παρακολουθεί το άτομο στην πορεία της ζωής του (Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β). Το σύστημα των κοινωνικών δικτύων αλλάζει πολλές φορές κατά τις διάφορες φάσεις ζωής του ανθρώπου, όπως και οι δομές παροχής κοινωνικής στήριξης (Olsen et al, 1991). Η Carstensen (1992), που παρακολούθησε διαχρονικά για 34 χρόνια την ανάπτυξη έξι τύπων σχέσεων στη ζωή (28 γυναικών και 22 ανδρών), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το κοινωνικό δίκτυο παρουσιάζει ανάπτυξη, ενώ αλλάζει με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται κανείς. Στην ύστερη εφηβεία-νεότητα διευρύνεται το δίκτυο έτσι ώστε να διευκολυνθεί η εύρεση συντρόφου και φίλων. Γύρω στα 30 έχει ήδη διαμορφωθεί το δίκτυο, και επικεντρώνεται στα άτομα που προσφέρουν ευχαρίστηση και ικανοποίηση από την σχέση μαζί τους. Όσο όμως οι άνθρωποι μεγαλώνουν, δημιουργούν λιγότερες σχέσεις που θα τους καλύπτουν συναισθηματικά και θα διακρίνονται από ποιότητα και όχι ποσότητα (Carstensen et al., 1999).

Η κοινωνική αλληλεπίδραση μειώνεται στην προχωρημένη ηλικία (Carstensen 1991, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β), είτε γιατί τα άτομα της τρίτης ηλικίας σταδιακά αποφεύγουν την κοινωνική δράση, είτε γιατί μειώνονται οι προοπτικές για κοινωνική συναναστροφή, είτε γιατί προτιμούν να είναι περισσότερο επιλεκτικοί στις σχέσεις τους (επιλεκτικότητα και αντιστάθμιση κατά τους Baltes (1990). Ωστόσο παρά τις μειωμένες επαφές οι ηλικιωμένοι αισθάνονται τη συναισθηματική εγγύτητα εξίσου με τους νέους. Γενικά, φαίνεται ότι με την αύξηση της ηλικίας οι άνθρωποι γίνονται πιο επιλεκτικοί και περιορίζουν τον κύκλο του κοινωνικού δικτύου, αυξάνοντας τη σύνδεση με την οικογένεια και κρατώντας μόνο τους στενούς φίλους. Έτσι, παρά την ποσοτική μείωση του κοινωνικού δικτύου αυξάνει η ποιότητα. Σύμφωνα με την Κωσταρίδου- Ευκλείδη (1999β), αυτό αποτελεί πιθανόν και έναν σοβαρό λόγο ώστε

τα άτομα της τρίτης ηλικίας να μην παραπονιούνται για μοναξιά, επειδή δεν έχουν πολλές κοινωνικές επαφές όσο οι νεότεροι.

Γενικά, οι ηλικιωμένοι δε δημιουργούν εύκολα νέες φιλίες και στενές σχέσεις όπως στη νεότητα. Οι νέες σχέσεις που δημιουργούν είναι πιο επιφανειακές. Οι φίλοι που έχουν είναι από τα προηγούμενα χρόνια, από την εφηβεία και μετά. Όσο περνάει ο καιρός, τόσο πιο δύσκολα βρίσκει κανείς άλλα άτομα με τα οποία να μοιράζεται κοινά ενδιαφέροντα, ιδέες, εμπειρίες, ιστορία. Το κοινωνικό δίκτυο συντίθεται έχοντας επηρεαστεί από τη συζυγική κατάσταση, την ύπαρξη ή όχι παιδιών, καθώς και την εγγύτητα (τοπική) στην οικογένεια. Όταν η οικογένεια δεν έχει αποκτήσει παιδιά, μεγαλώνει το πλήθος του δικτύου από φίλους και αδέρφια. Όταν η οικογένεια έχει αποκτήσει παιδιά, αυτοί αποτελούν τα σημαντικότερα μέλη στο κοινωνικό δίκτυο. Όταν η οικογένεια δε ζει κοντά, αυξάνεται ο αριθμός των φίλων. Οι γυναίκες εξαρτώνται και διευρύνουν τον κοινωνικό τους ορίζοντα και από πιο μακρινά μέλη της οικογένειας, ενώ ο ανδρικός πληθυσμός στηρίζεται περισσότερο στους φίλους (Lemme, 1995, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β).

Στη σύνθεση του δικτύου σημαντικό ρόλο έχουν οι ιστορικοί και πολιτισμικοί παράγοντες, οι οποίοι άλλες φορές είναι ευνοϊκοί για τις οικογενειακές σχέσεις και άλλοτε για τις φιλικές. Όσο πιο παραδοσιακός και λιγότερο ατομοκεντρικός είναι ο ρόλος που έχει μια κοινωνική ομάδα, τόσο αυξάνεται ο ρόλος που έχει η οικογένεια στο κοινωνικό δίκτυο. Ως προς τη διατήρηση των κοινωνικών σχέσεων, έχει διατυπωθεί η θεωρία της ισότητας (Adams, 1965; Greenberg et al, 1982, στο Κωσταρίδου-Ευκλείδη, 1999β). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή μια σχέση διατηρείται εφόσον οι συμμετέχοντες προσφέρουν αμοιβαία. Σε μια άνιση σχέση το άτομο αισθάνεται άσχημα. Αυτός που δέχεται ευεργετήματα αισθάνεται ενοχή, ενώ αυτός που δε δέχεται ευεργετήματα, αισθάνεται θυμό και απέχθεια. Η ανισότητα στη σχέση μπορεί να οδηγήσει σε προσπάθειες αλλαγής της, ώστε να υπάρχει ισορροπία, ή σε διάρρηξη της σχέσης. Όσο πιο μακροχρόνια είναι μια στενή σχέση, τόσο πιο αμοιβαία γίνεται και τίθεται θέμα ισότητας. Αυτό που έχει σχέση είναι οι κοινοί στόχοι και το «εμείς».

Μια επιπλέον διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα διαπιστώνεται όσον αφορά στον προσανατολισμό που έχουν απέναντι στη σχέση. Οι γυναίκες είναι περισσότερο προσανατολισμένες στην κάλυψη των αναγκών του άλλου –συναισθηματικές και σωματικές, ενώ οι άνδρες καλύπτουν την αμοιβαιότητα και την ισότητα της σχέσης

(Κωσταρίδου- Ευκλείδη, 1999β). Σύμφωνα με τον Fernández–Ballesteros (2002), τα κοινωνικά δίκτυα αναφέρονται στα δομικά χαρακτηριστικά των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένων των χαρακτηριστικών του δικτύου, της συχνότητας των επαφών και την ικανοποίηση του ατόμου από τις κοινωνικές επαφές του. Επίσης, συμπεριλαμβάνονται πτυχές σχετικές με το αίσθημα της μοναξιάς.

α) Δομικά χαρακτηριστικά του δικτύου. Που και με ποιους ζει ένα άτομο, είναι ένας σημαντικός παράγοντας όσον αφορά την κοινωνική στήριξη και τις κοινωνικές σχέσεις. Η διαβίωση στην κοινότητα ή σε ένα ίδρυμα, η μοναχική διαβίωση ή η διαβίωση με τα μέλη της οικογένειας ή με άλλους ανθρώπους δίνουν στα άτομα τις διαφορετικές ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές. β) Συχνότητα κοινωνικών επαφών. Το πλήθος των μελών που απαρτίζουν μια οικογένεια είναι ένας μόνο δείκτης για να προσδιορίσει το κοινωνικό δίκτυο. Η συχνότητα των κοινωνικών σχέσεων ενός ατόμου είναι ένας σημαντικός συμπληρωματικός δείκτης. γ) Ικανοποίηση από τις κοινωνικές επαφές. Ο βαθμός της ικανοποίησης από τις κοινωνικές σχέσεις είναι το τρίτο χαρακτηριστικό των κοινωνικών δικτύων. Η ικανοποίηση προέρχεται από τις σχέσεις με τα παιδιά, τα εγγόνια, τους φίλους, τους γείτονες και άλλους γνωστούς. δ) Αίσθημα μοναξιάς. Εάν η ικανοποίηση είναι η θετική αντίδραση στην κοινωνική επαφή τότε η μοναξιά είναι η αρνητική. Αν και, προφανώς, το να είναι κανείς μόνος είναι ένα αντικειμενικό γεγονός, το να αισθάνεται μόνος είναι ένα υποκειμενικό γεγονός (Fernández–Ballesteros, 2002).

Τα τελευταία χρόνια η ύπαρξη κοινωνικών δικτύων έχει γίνει αντικείμενο ερευνητικού ενδιαφέροντος και ειδικά σε σχέση με τον πιθανό τους ρόλο που αφορά στην προστασία της υγείας και της ευεξίας. Βέβαια, ένα μεγάλο μέρος της πρόσφατης έρευνας σε αυτόν τον τομέα, αποτελείται από δευτερεύουσα ανάλυση υπάρχοντων δεδομένων όπου ήταν γενικά διαθέσιμα μόνο μέτρα κοινωνικών δεσμών με τον/την σύζυγο, παιδιά, κοντινούς φίλους και συγγενείς. Ενώ τέτοιες μετρήσεις παρέχουν μια μικρή αίσθηση του βαθμού των κοινωνικών δεσμών με άλλους ή της κοινωνικής ένταξης, μόνο έμμεσα εξετάζουν μια από τις βασικές υποθέσεις σχετικά με τους κοινωνικούς δεσμούς και την υγεία: ότι δηλαδή οι κοινωνικοί δεσμοί βρίσκονται σε συσχέτιση με την καλύτερευση της υγείας, εξαιτίας της παρεχόμενης υποστήριξης. Ως επί το πλείστον, οι μελέτες που χρησιμοποιούν μετρήσεις του μεγέθους των δικτύων στηρίζονται στην υπόθεση ότι οι δεσμοί των κοινωνικών δικτύων, αντιπροσωπεύουν τις πηγές από όπου προέρχεται η στήριξη. Εντούτοις, η πρόσφατη έρευνα, σαφώς έχει

προσδιορίζει ότι τέτοιοι κοινωνικοί δεσμοί μπορούν να είναι πηγές έντασης, σύγκρουσης και απαιτήσεων όπως και πηγές στήριξης. Αυτό μπορεί να είναι αληθές ειδικά για αυτούς τους ηλικιωμένους των οποίων τα άτομα των κοντινότερων κοινωνικών επαφές αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι αυξημένη ανικανότητα και ανάγκη για βοήθεια και υποστήριξη. (Seeman & Berkman, 1988).

Οι Olsen et al. (1991) αναφέρουν πως η πρόσφατη επιστημονική μελέτη έχει καθιερώσει και μια θεωρητική βάση και ισχυρά εμπειρικά στοιχεία για έναν αιτιώδη αντίκτυπο του κοινωνικού δικτύου στην υγεία. Αλλά η μέτρηση του ίδιου του κοινωνικού δικτύου δεν είναι κοινή μεταξύ των μελετών. Πολλές πτυχές του κοινωνικού δικτύου έχουν μελετηθεί στα προηγούμενα έτη: η συχνότητα των επαφών, οι στενές σχέσεις του ατόμου, η διαθεσιμότητα, οι κοινωνικοί δεσμοί, η ενσωμάτωση, η συμμετοχή κ.λπ., καθώς και οι πηγές των διάφορων ειδών κοινωνικής στήριξης όπως η οικογένεια, οι φίλοι, οι συγγενείς και οι γείτονες (Olsen et al., 1991). Ο Tihjuis (1994, στο Rennemark & Hagberg, 1999) βρήκε εκείνη την κοινωνική ολοκλήρωση, που καθορίζεται ως το πλήθος των μελών μιας οικογένειας και το πλήθος των φίλων, που σχετίζεται αρνητικά με τον αριθμό των αναφερόμενων συμπτωμάτων και θετικά με την υποκειμενική υγεία. Σε μια μελέτη του Auslander (1988, στο Rennemark & Hagberg, 1999), οι στενοί φίλοι, ο βαθμός ικανοποίησης από την ύπαρξη στενών φίλων και η θρησκευτική πίστη, βρίσκεται σε συνάρτηση με την αναφερθείσα κατάσταση υγείας. Η σχέση μεταξύ του κοινωνικού δικτύου και των σχετικών με την υγεία συμπεριφορών φαίνεται να διαφέρει μεταξύ των φύλων με δύο τρόπους. Αρχικά, οι γυναίκες έχει αποδειχθεί ότι είναι σημαντικότερες ως υποστηρικτές και σύμβουλοι και για τα δύο φύλα και, δεύτερον η κοινωνική στήριξη είναι σημαντικότερη στις γυναίκες παρά στους άνδρες. Παραδείγματος χάριν, οι Antonucci και Akiyama (1987, στο Rennemark & Hagberg, 1999) υποστηρίζουν πως η δυνατότητα κοινωνικής στήριξης επιδρά περισσότερο στη συναισθηματική ευεξία των γυναικών έναντι των ανδρών, ενώ οι Flaherty και Richman (1989, στο Rennemark & Hagberg, 1999) παρέθεσαν έναν δυνατότερο συσχετισμό για τις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες ανάμεσα στην κοινωνική στήριξη και τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΥΛΙΚΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Δείγμα

Το δείγμα της μελέτης αφορά το σύνολο των ατόμων που πρόκειται να ερωτηθούν για τους σκοπούς της έρευνας και αποτελεί μέρος του ευρύτερου πληθυσμού. Ο καθορισμός του δείγματος εξαρτάται από το αντικείμενο της έρευνας, τις υποθέσεις της εργασίας, καθώς και από τα τυχόν υλικοτεχνικά εμπόδια που μπορεί να ανακύπτουν (Javeau, 2000).

Ερευνητές υποστηρίζουν ότι το μέγεθος του δείγματος είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζουν την αξιοπιστία της έρευνας και τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο σύνολο του πληθυσμού (Robson, 2006). Ο Delice (2010) θεωρεί πως ένα δείγμα που κυμαίνεται μεταξύ 30 και 500 ατόμων, είναι ιδανικό για μία εμπειρική έρευνα. Από την άλλη, υπάρχουν ερευνητές που υποστηρίζουν ότι το μέγεθος του δείγματος δεν είναι τόσο σημαντικό κριτήριο καθώς το βασικότερο στοιχείο είναι το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό και να μπορεί να δώσει τις απαντήσεις που χρειάζεται η έρευνα (Ζαφειρόπουλος, 2005).

Πληθυσμό-στόχο της παρούσας έρευνας αποτέλεσαν οι ηλικιωμένοι που διαβιών στην κοινότητα στην ευρύτερη περιοχή του Δήμου Νεμέας. Στο συγκεκριμένο Δήμο εργάζεται και η ερευνήτρια ως Κοινωνική Λειτουργός στο πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι», με συνέπεια η πρόσβαση και η επαφή με τους συμμετέχοντες να καθιστούν ευκολότερη και υλοποιήσιμη τη διεξαγωγή της έρευνας. Ακολουθήθηκε η μέθοδος της βολικής δειγματοληψίας, χωρίς πιθανότητα, με συμμετέχοντες που δήλωσαν την πληροφορημένη τους συναίνεση για συμμετοχή στην έρευνα και μπορούσαν να επικοινωνήσουν. Το δείγμα αφορούσε τα άτομα που εξυπηρετούνται μέσα από το δομή «Βοήθεια στο Σπίτι», καθώς και τα μέλη του ΚΑΠΗ του Δήμου Νεμέας. Τα κριτήρια εισαγωγής στο δείγμα ήταν: α) άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω, β) άνδρες και γυναίκες σε ίση περίπου αναλογία, γ) άτομα που δεν είχαν περιορισμούς στις γνωστικές λειτουργίες και με δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησης και ανεξάρτητη διαβίωση.

Το δείγμα περιελάμβανε περίπου 200 άτομα. Αποκλείστηκαν άτομα που δεν υπέγραψαν την πληροφορημένη συγκατάθεση και δήλωσαν ότι δεν επιθυμούν να συμμετέχουν στη μελέτη, καθώς και άτομα που κατά τη διάρκεια της συνέντευξης-συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου θελήσουν να αποχωρήσουν για οποιοδήποτε λόγο (ποσοστό ανταπόκρισης 78%). Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 156 ηλικιωμένοι (44.9% άνδρες, 55.1% γυναίκες), οι οποίοι διαμένουν μόνιμα στο Δήμο Νεμέας.

4.2 Ερευνητικό εργαλείο

Η συλλογή των πρωτογενών δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου αυτό-αναφοράς, ειδικά προσαρμοσμένου για τις ανάγκες της μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα χρήσιμο ερευνητικό εργαλείο για τη συλλογή πρωτογενών δεδομένων που σχετίζονται με απόψεις, συμπεριφορές, στάσεις, πεποιθήσεις και αξίες. Η ανεύρεση και η επιλογή ενός κατάλληλου ερωτηματολογίου ως οργάνου συλλογής δεδομένων στηρίζεται σε ανασκόπηση βιβλιογραφίας, σε παρόμοιες μελέτες, ειδικά βιβλία, έγκυρες διατριβές ή προφορικές ανακοινώσεις μεταξύ ερευνητών (Burns & Grove, 2005).

Κατά τη δημιουργία και το σχεδιασμό του ερωτηματολογίου, πρέπει να τονίζεται ιδιαίτερα η σαφήνεια και η κάλυψη όλων των ερευνητικών ερωτημάτων, στο πλαίσιο διασφάλισης της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας της έρευνας, καθώς επίσης και της ελαχιστοποίησης των λαθών από την πλευρά των συμμετεχόντων (Παππάς, 2002). Επιπλέον, ένα σωστό ερωτηματολόγιο επιδιώκει και την αύξηση του ενδιαφέροντος των συμμετεχόντων στην έρευνα, την εθελοντική συνεργασία τους, καθώς και την ειλικρινή συμπλήρωση και αποτύπωσή του (Bell, 2007).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο δημογραφικών και προσωπικών εκτιμήσεων υγείας και τρόπου ζωής, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις που υποστηρίζουν το θεωρητικό κομμάτι της μελέτης στοχεύοντας αφενός στη συλλογή στοιχείων που προσφέρονται για ποσοτικές αναλύσεις, όσο κυρίως στην άντληση ποιοτικών δεδομένων. Η σύνθεση των ερωτήσεων ήταν όσο το δυνατόν σαφέστερη, έτσι ώστε να μην δημιουργηθούν αμφιβολίες, ως προς την ακριβή τους έννοια, οι οποίες φυσικό είναι να μειώσουν την ακρίβεια των αντίστοιχων απαντήσεων.

Χρησιμοποιήθηκαν ερωτήσεις κλειστού τύπου (closed ended questions), οι οποίες παρέχουν τη δυνατότητα εύκολης συμπλήρωσης και κωδικοποίησης, ενώ δεν είναι μεροληπτικές σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο των ερωτώμενων (Cohen et al., 2008). Επίσης, απαιτούν λίγο χρόνο για να απαντηθούν, περιορίζουν τον ερωτώμενο στο θέμα και εξασφαλίζουν αντικειμενικές πληροφορίες (Παρασκευόπουλος, 1993). Η αδυναμία του κλειστού τύπου ερωτήσεων είναι ότι δεν δίνουν τη δυνατότητα στους ερωτώμενους της προσθήκης σχολίων ή/και της αιτιολόγησης των απαντήσεών τους, με αποτέλεσμα να εγκυμονεί κίνδυνος να μην καλύπτουν πλήρως το θέμα και να εμπεριέχουν προκαταλήψεις (Cohen et al., 2008). Επίσης, είναι δυνατόν να μην καλύπτουν όλο το εύρος των πιθανών απαντήσεων (Παρασκευόπουλος, 1993).

Με αφετηρία τις παραπάνω παραμέτρους, δημιουργήθηκε μια τελική κλίμακα 36 ερωτήσεων, που εξετάζουν τα παρακάτω θέματα:

- Δημογραφικά στοιχεία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Κοινωνική κατάσταση
- Μορφωτικό επίπεδο
- Κατάσταση υγείας όπως τη βλέπει ο ηλικιωμένος
- Οικονομική κατάσταση
- Δραστηριότητες ψυχαγωγικού περιεχομένου
- Θρησκευτικότητα
- Χώρος διαβίωσης

4.3 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

Ένα από τα βασικά κριτήρια επιλογής ενός ερευνητικού εργαλείου, και κατ' επέκταση της επιτυχίας της ίδιας της έρευνας, αποτελεί η εγκυρότητα και η αξιοπιστία των τιμών που αναφέρει το εργαλείο. Η στάθμιση και ο έλεγχος εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για τη σωστή χρήση του στην παρούσα έρευνα.

Η εγκυρότητα ορίζεται ως ότι σχετίζεται με το εάν οι απαντήσεις που λαμβάνονται σε ένα ερωτηματολόγιο, ανταποκρίνονται στην πραγματική βούληση των ερωτώμενων ή όχι (Creswell, 2011). Αυτό σημαίνει ότι εξετάζεται το αν υπάρχει αιτιώδης σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές. Για το λόγο αυτό οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου προέκυψαν από ερωτήσεις που έχουν τεθεί σε παρόμοιες έρευνες, καθώς και από την ερμηνεία των ερευνών που υπάρχουν στη σχετική βιβλιογραφία, εξασφαλίζοντας την εγκυρότητα της προτεινόμενης έρευνας.

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης εκφράζει το βαθμό ακρίβειας ή σταθερότητας που πρέπει να έχουν διαχρονικά τα αποτελέσματα των ίδιων ατόμων σε μία κλίμακα μέτρησης (Sproull, 1998), δηλαδή είναι ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μετρά κάποιο χαρακτηριστικό με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά, που χρησιμοποιείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες με τα ίδια υποκείμενα και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του τυχαίου σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης (Γναρδέλλης, 2003). Η αξιοπιστία της παρούσας έρευνας υποστηρίζεται με τη διατύπωση ερωτημάτων που δεν είναι διφορούμενα, αλλά είναι κατάλληλα διατυπωμένα με σαφή και κατανοητό τρόπο. Η διαδικασία χορήγησης της έρευνας είναι τυποποιημένη, χωρίς να εμφανίζει διαφορές από συμμετέχοντα σε συμμετέχοντα ή από ομάδα σε ομάδα. Περαιτέρω, η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας θα γίνει με στατιστική ανάλυση των δεδομένων για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας της. Η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει περίπτωση προκατάληψης ως προς το εργαλείο, αφού έχει αντληθεί μέσα από παρόμοιες έρευνες, ενώ και η επαφή με τα υποκείμενα της έρευνας θα γίνει με τρόπο που να μην επεμβαίνει στην όλη διαδικασία. Επίσης, οι απαντήσεις των ερωτώμενων στο πλαίσιο της πιλοτικής μελέτης αποτελούν ένα σημαντικό μέσο εξέτασης της αξιοπιστίας και συγκεκριμένα της εσωτερικής συνάφειας του εργαλείου μας. Η εσωτερική συνάφεια ερμηνεύεται ως ο βαθμός συνοχής (συσχέτισης) του κάθε ερωτήματος με την κλίμακα και με τα υπόλοιπα ερωτήματα, χρησιμεύοντας στον έλεγχο των μετρήσεων που πραγματοποιούνται με περισσότερες από μία ερωτήσεις, όπως για παράδειγμα σε ερωτήσεις αντιλήψεων και στάσεων.

4.4 Διαδικασία συλλογής πρωτογενών δεδομένων

Μετά την επεξεργασία των ποσοτικών δεδομένων και τον προσδιορισμό του τελικού αριθμού του δείγματος, κρίθηκε σκόπιμο να δοθεί το ερωτηματολόγιο σε 10 άτομα, προκειμένου να ελεγχθεί η αποτελεσματικότητα του ερευνητικού εργαλείου ως προς το βαθμό κατανόησης, αποδοχής και ερμηνείας του. Στο πλαίσιο της πιλοτικής μελέτης εξετάστηκε το φαινόμενο πιθανών δυσνόητων και ασαφών ερωτήσεων, ενώ εκτιμήθηκε προσεγγιστικά και ο χρόνος συμπλήρωσής τους. Επίσης, παρατηρήθηκε η γενικότερη συμπεριφορά και στάση των ερωτώμενων κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης των πιλοτικών ερωτηματολογίων.

Από τα στοιχεία που ελήφθησαν έγιναν μετατροπές της δομής του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, δύο από τις ερωτήσεις εντοπίστηκαν να έχουν ασαφή διατύπωση και για το λόγο αυτό παραφράστηκαν προκειμένου να γίνουν περισσότερο σαφείς και κατανοητές. Μία ερώτηση εντοπίστηκε να είναι μακροσκελή και κουραστική και περιορίστηκε σε μικρότερη έκταση, ενώ μία ερώτηση διευρύνθηκε στην έκτασή της για την κάλυψη περισσότερων πληροφοριών, καθώς θεωρήθηκε πως έδινε ελλιπή στοιχεία. Επίσης, μία ερώτηση εντοπίστηκε με διαφορετικό περιεχόμενο και ανακατασκευάστηκε προκειμένου να γίνει περισσότερο συγκεκριμένη και σαφέστερη. Δεν διαγράφηκε κάποια από τις αρχικές ερωτήσεις, ούτε προστέθηκε κάποια νέα ερώτηση.

Για τη σωστή διεξαγωγή της έρευνας και την παραγωγή ορθών αποτελεσμάτων, αποφασίστηκε τα άτομα αυτά να μην συμπεριληφθούν στο τελικό δείγμα της έρευνας. Η διαδικασία της πιλοτικής δοκιμής θεωρείται ότι ήταν επιτυχής, καθώς παρείχε χρήσιμες πληροφορίες και στοιχεία προκειμένου να διορθωθούν τυχόν λάθη στις ερωτήσεις, να καλυφτούν τα τυχόν υφιστάμενα κενά και γενικότερα να γίνουν οι απαραίτητες αναπροσαρμογές για την κατάληξη της οριστικής μορφής του ερωτηματολογίου. Ακολούθησε η διαδικασία διανομής, συλλογής και επεξεργασίας, με τη χορήγηση των ερωτηματολογίων στο δείγμα της μελέτης.

Για την ευκολότερη διαδικασία χορήγησης των ερωτηματολογίων, καταστρώθηκε ένα πλάνο διανομής τους. Με δεδομένο το αυστηρό και περιορισμένο χρονικό περιθώριο της μελέτης, κρίθηκε σκόπιμο και αποφασίστηκε, τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν παρουσία της ερευνήτριας, από την οποία έγινε η υποβολή των ερωτήσεων και η καταγραφή των απαντήσεων. Οι λόγοι που οδήγησαν σε αυτό ήταν

κυρίως η δυσπιστία των ηλικιωμένων απέναντι στις έρευνες, η έλλειψη υπομονής από μέρους τους, η ανασφάλειά τους για τη σωστή συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, και ενδεχομένως η μη καλή γνώση γραφής και ανάγνωσης.

Σε κάθε περίπτωση το ερωτηματολόγιο συνοδεύονταν από μια επιστολή στην οποία διευκρινίζονταν ο σκοπός της έρευνας, καθώς και ο φορέας στα πλαίσια του οποίου διεξάγεται. Η βασική ερευνήτρια, έχοντας την ηθική υποχρέωση προς τους ερωτώμενους για την προστασία των δικαιωμάτων τους, τόνιζε εκ των προτέρων την τήρηση της ανωνυμίας τους και την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, καθώς και την εθελοντική φύση της μελέτης, με ευγενή διάθεση του χρόνου συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ο οποίος κυμαίνονταν περίπου στα 10 λεπτά. Υπήρχε σαφής ενημέρωση πως τα δεδομένα θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για ερευνητικούς σκοπούς και δεν θα χρησιμοποιηθούν οπουδήποτε αλλού ως ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα. Επίσης, επισημαίνονταν πως δεν υπήρχαν σωστές και λάθος απαντήσεις, παρά μόνο το προσωπικό κριτήριο απάντησης κάθε συμμετέχοντα.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια και χωρίς διαμεσολάβηση οποιουδήποτε άλλου συνδέσμου. Σε καθημερινή βάση η ερευνήτρια προσδιόριζε το υπό έρευνα δείγμα και συνέλλεξε τα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή από τους ερωτώμενους ηλικιωμένους. Η διαδικασία συλλογής των ερωτηματολογίων διήρκεσε δύο μήνες, από τον Αύγουστο του 2019 έως και τον Σεπτέμβριο του ίδιου έτους. Στη συνέχεια, κάθε ερωτηματολόγιο κωδικοποιήθηκε και έγινε η καταγραφή και η επεξεργασία των στοιχείων.

4.5 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων που συγκεντρώθηκαν έγινε με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS, το οποίο εν γένει παρέχει τη δυνατότητα εκτέλεσης ποικίλων στατιστικών ελέγχων και αναγνωρίζεται ως ισχυρό και χρήσιμο εργαλείο για το σκοπό αυτό (Babbie et al., 2003; Μακράκης, 2005).

Για την περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών (συνεχείς ή διακριτές), εξετάστηκαν οι δείκτες κεντρικής τάσης μέσου όρου (mean), μέσης τιμής (mode), μεταβλητότητας τυπικής απόκλισης (σ) και τυπικού σφάλματος (stddev). Για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών (διάταξης ή ονομαστικές), χρησιμοποιήθηκαν πίνακες κατανομής συχνοτήτων με χρήση απόλυτων (N) και σχετικών (%) συχνοτήτων,

ιστογράμματα και διαγράμματα πίτας. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δύο ομάδων εφαρμόστηκε το t στατιστικό τεστ ανεξάρτητων δειγμάτων (Independent-Samples T-test), για να ελεγχθεί αν οι μέσοι για κάθε επίπεδο της κατηγορίας είναι ίσοι. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δύο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA με ένα παράγοντα (One-way Anova Test).

Για όλους τους ελέγχους υποθέσεων το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0.05$. Ο έλεγχος T-test εξάγεται για την περίπτωση που οι διακυμάνσεις είναι ίσες και σε περίπτωση που διακυμάνσεις είναι άνισες. Στις περιπτώσεις των μεταβλητών που οι μέσοι φαίνεται να ίσοι, τα p-values (sig.) είναι μεγαλύτερα από το 0.05. Αντίστοιχα στον έλεγχο ANOVA, όσα από τα ζεύγη έχουν $p > 0.05$ σημαίνει ότι οι μέσοι των επιπέδων της κατηγορίας ανά δύο είναι ίσοι.

Το μέγεθος της γραμμικής σχέσης μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών εκτιμήθηκε με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης του Pearson (r). Υπολογίστηκε η συσχέτιση μεταξύ των κλιμάκων και παρατηρήθηκαν θετικές ($r > 0$) και αρνητικές ($r < 0$) γραμμικές συσχετίσεις. Οι συσχετίσεις θεωρούνται χαμηλές όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από $(r) = 0.1-0.3$, μέτριες όταν κυμαίνεται από $(r) = 0.31-0.5$ και υψηλές όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από $(r) = 0.5$.

Στο πλαίσιο παραγοντικών αναλύσεων πραγματοποιήθηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση λαμβάνοντας υπόψη την ύπαρξη πιθανών παραγόντων του τρόπου και ποιότητας ζωής. Η πολλαπλή παλινδρόμηση αποσκοπεί στην κατασκευή ενός μοντέλου που να περιγράφει ικανοποιητικά τη σχέση μεταξύ μιας εξαρτημένης συνεχής μεταβλητής και μίας ή περισσότερων συνεχών ανεξάρτητων μεταβλητών.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

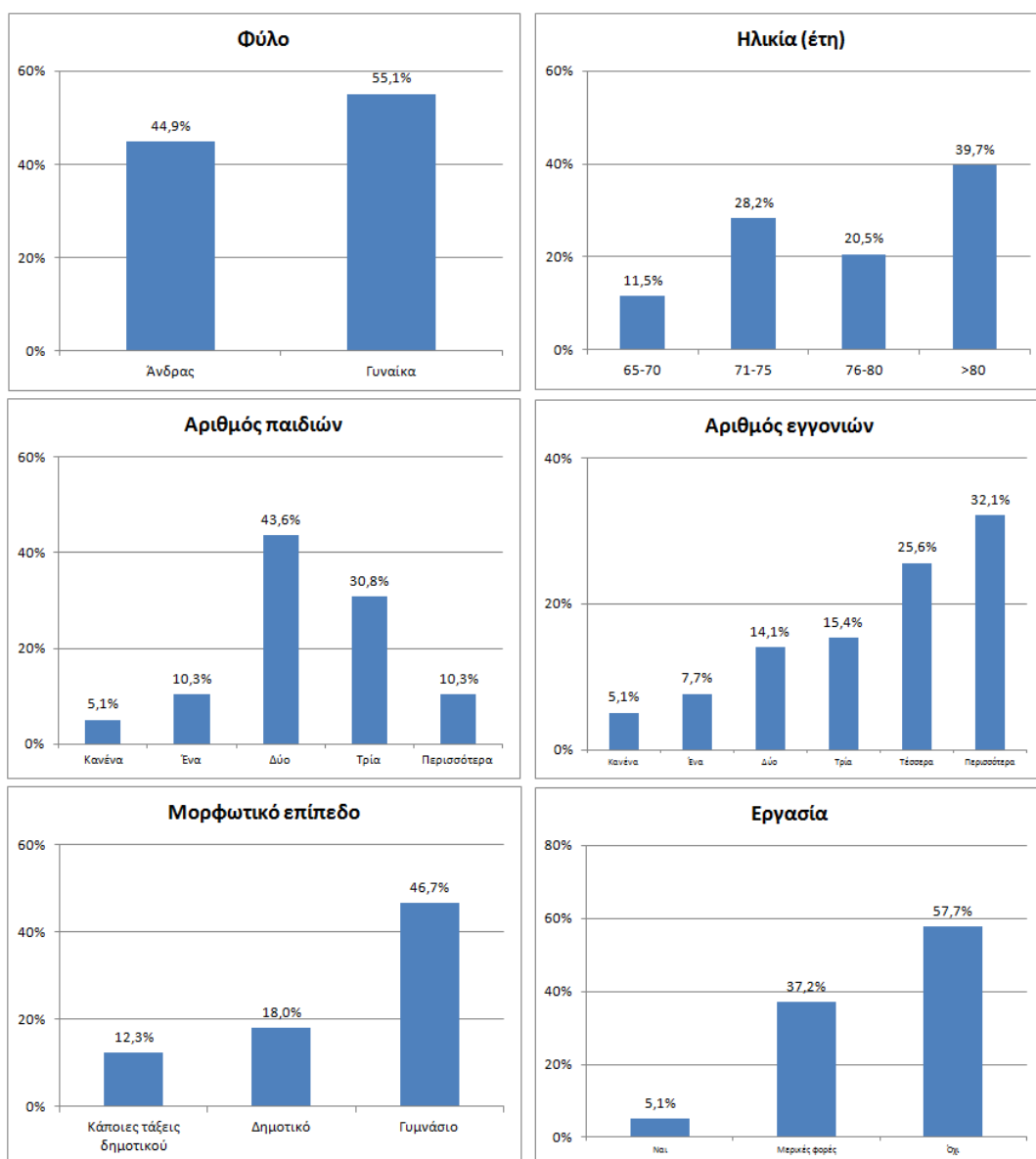
5.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στην έρευνα συμμετείχαν 156 ηλικιωμένα άτομα, . Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του δείγματος των ηλικιωμένων της μελέτης.

Πίνακας 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος (N=156)

Μεταβλητές		N	%
Φύλο	Άνδρας	70	44.9
	Γυναίκα	86	55.1
Ηλικία (έτη)	65-70	18	11.5
	71-75	44	28.2
	76-80	32	20.5
	>80	62	39.7
Οικογενειακή κατάσταση	Έγγαμος/η	78	50.0
	Χήρος/α	78	50.0
Αριθμός παιδιών	Κανένα	8	5.1
	Ένα	16	10.3
	Δύο	68	43.6
	Τρία	48	30.8
	Περισσότερα	16	10.3
Αριθμός εγγονιών	Κανένα	8	5.1
	Ένα	12	7.7
	Δύο	22	14.1
	Τρία	24	15.4
	Τέσσερα	40	25.6
Περισσότερα	50	32.1	
Μορφωτικό επίπεδο	Κάποιες τάξεις δημοτικού	14	9.0
	Δημοτικό	132	84.6
	Γυμνάσιο	10	6.4
Εργασία	Ναι	8	5.1
	Μερικές φορές	58	37.2
	Όχι	90	57.7

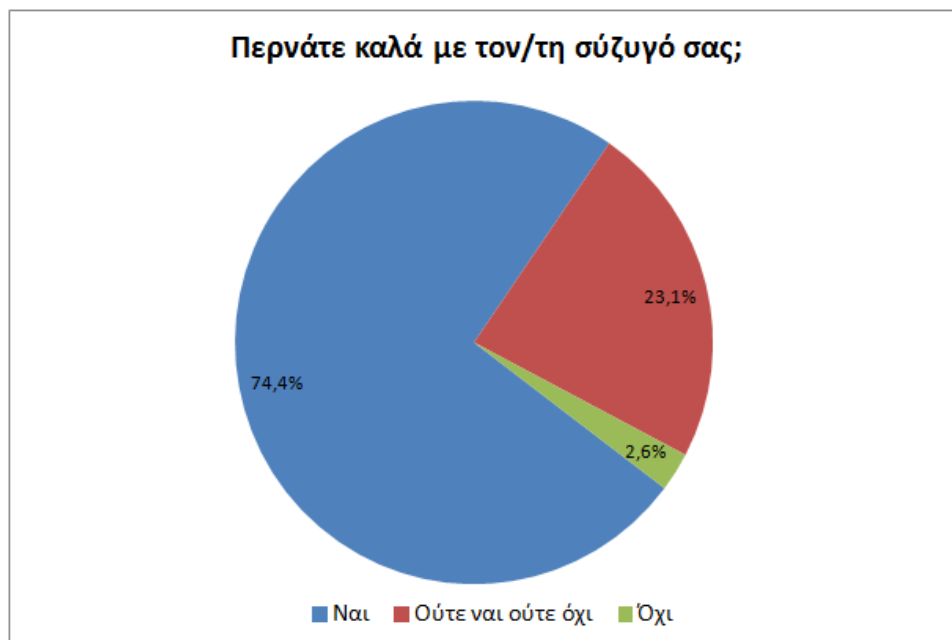
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ηλικιωμένων ήταν γυναίκες (55.1%). Η μέση ηλικία τους ήταν 78.74 έτη (ΤΑ=7.16), με τους περισσότερους να ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία άνω των 80 ετών (39.7%). Από τους συμμετέχοντες όλοι ήταν παντρεμένοι, ενώ οι μισοί από αυτούς (50%) βρίσκονταν σε κατάσταση χηρείας. Στο σύνολο του δείγματος μόλις 8 άτομα (5.1%) ήταν άτεκνοι. Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι είχαν 2 με 3 παιδιά (74.5%) και 2 με 4 εγγόνια (55.1%). Αναφορικά με το μορφωτικό τους επίπεδο, το 84.6% είχε τελειώσει το δημοτικό σχολείο, το 9% είχε παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού, ενώ μόλις το 6.4% είχε αποφοιτήσει από το γυμνάσιο. Επίσης, το 57.7% του δείγματος δεν εργαζόταν την παρούσα χρονική στιγμή, το 37.2% ανέφερε ότι εργάζεται μερικές φορές, ενώ το υπόλοιπο 5.1% δήλωσε ότι εργάζεται (Διάγραμμα 1).



Διάγραμμα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά ηλικιωμένων (N=156)

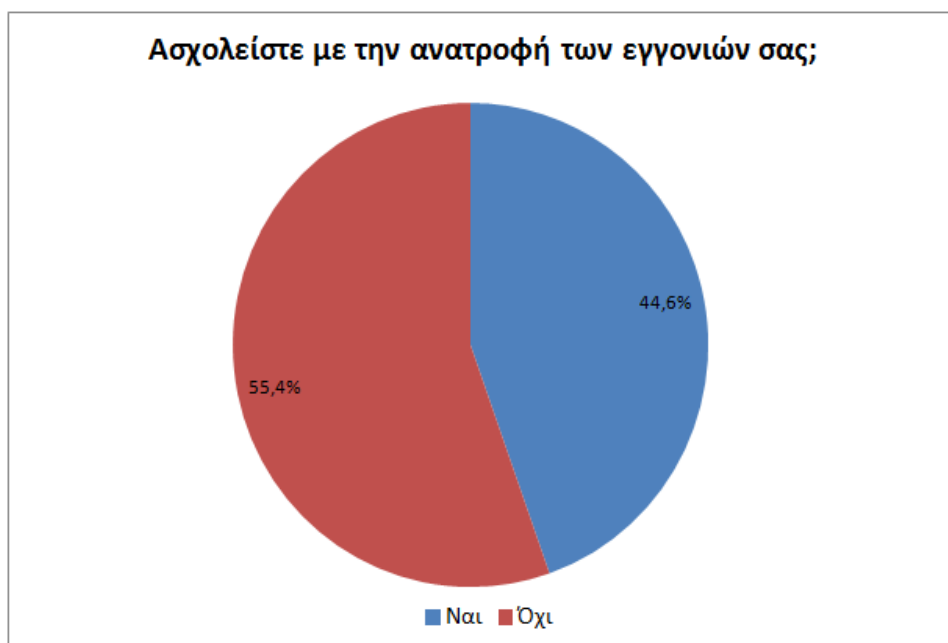
5.2 Τρόπος ζωής -Ποιότητα ζωής

Το 74.4% των ερωτηθέντων που ήταν παντρεμένοι (78 άτομα) ανέφεραν ότι περνούν καλά με τον/τη σύζυγό τους (Διάγραμμα 2).

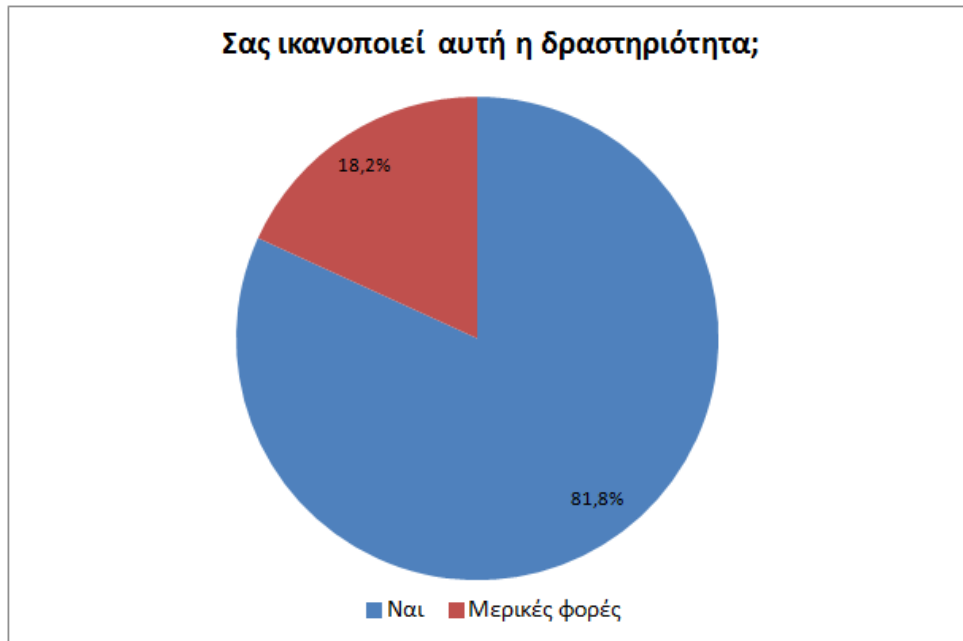


Διάγραμμα 2: Συζυγικό περιβάλλον (N=78)

Οι ηλικιωμένοι που είχαν εγγόνια (148 άτομα) ανέφεραν σε ποσοστό 55.4% ότι δεν ασχολούνται με την ανατροφή τους (Διάγραμμα 3), ενώ από αυτούς που ασχολούνταν (44.6%) το 81.8% (54 άτομα) δήλωσαν ικανοποιημένοι από αυτή τη δραστηριότητα (Διάγραμμα 4).

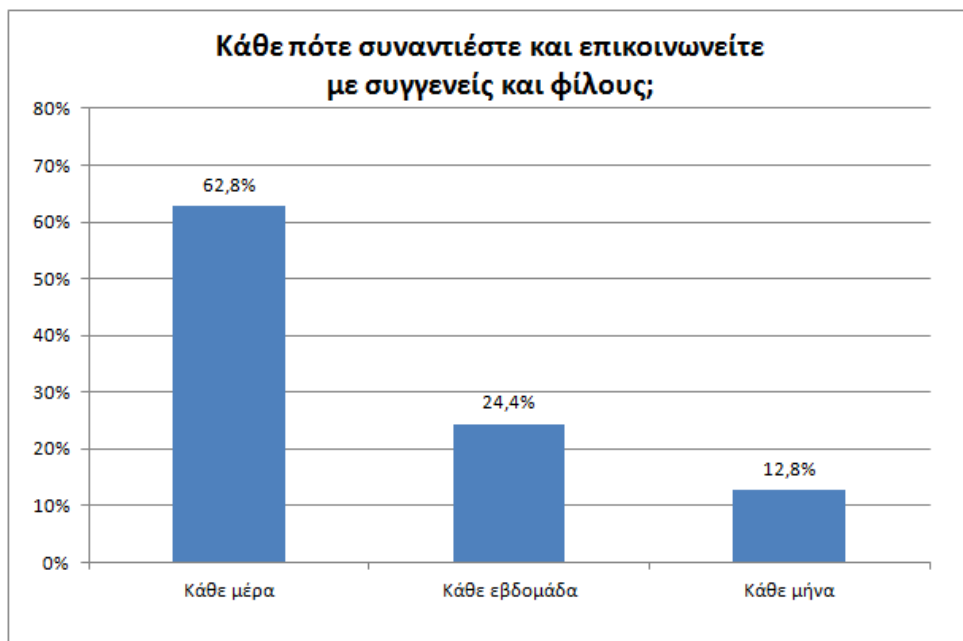


Διάγραμμα 3: Ασχολία με την ανατροφή των εγγονιών (N=148)



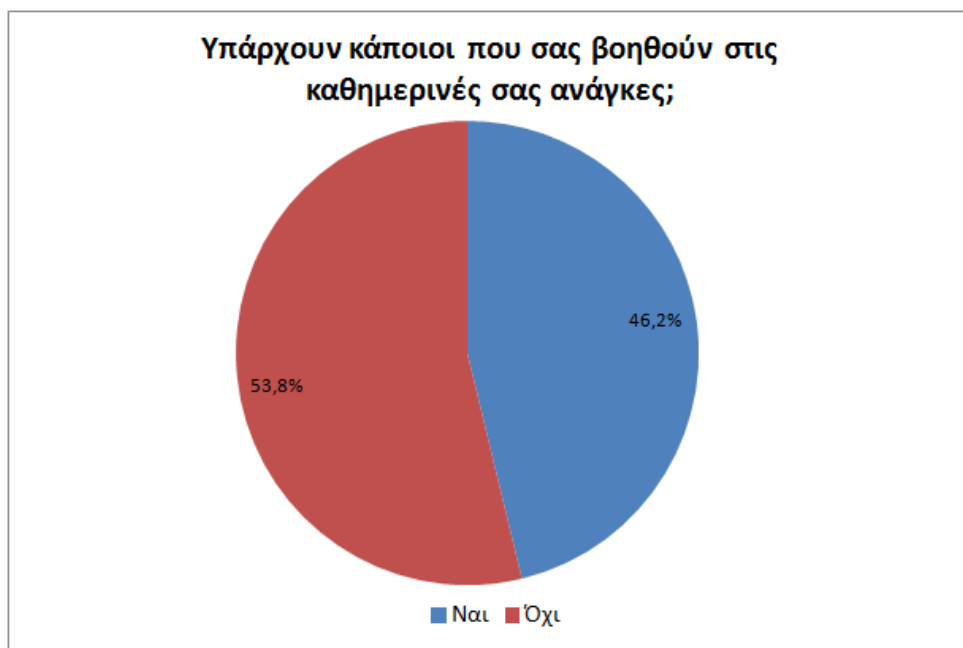
Διάγραμμα 4: Ικανοποίηση από την ασχολία με την ανατροφή των εγγονιών (N=148)

Όλοι οι ηλικιωμένοι που συμμετείχαν στην έρευνα (100%) ανέφεραν ότι έχουν συγγενείς και φίλους, με τους οποίους συναντώνται και επικοινωνούν είτε κάθε μέρα (62.8%), κάθε εβδομάδα (24.4%) είτε κάθε μήνα (12.8%) (Διάγραμμα 5).

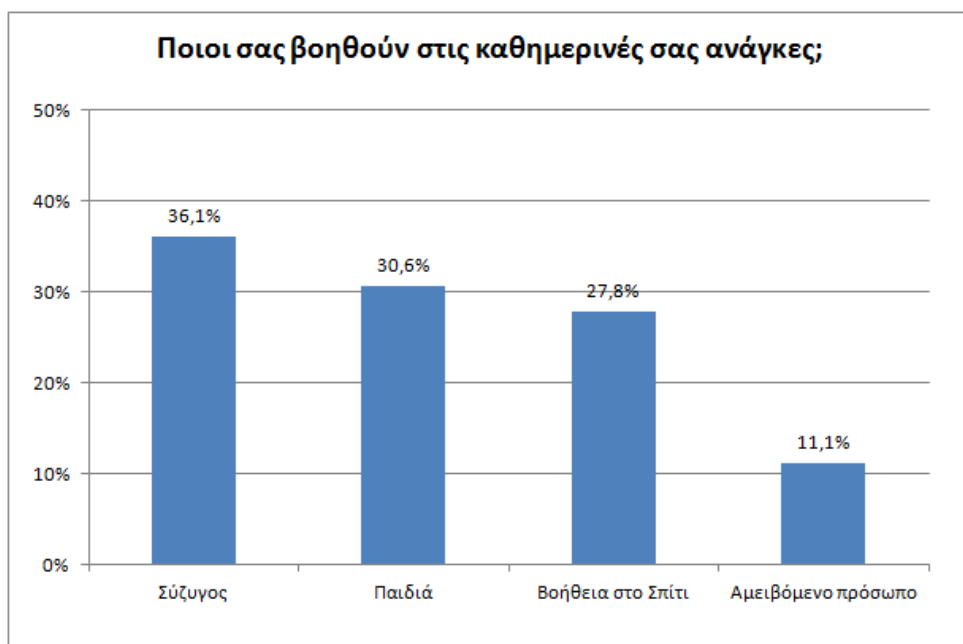


Διάγραμμα 5: Συχνότητα συναντήσεων/επικοινωνίας με συγγενείς και φίλους (N=156)

Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων (53.8%) ανέφεραν ότι δε χρειάζονταν βοήθεια στις καθημερινές τους ανάγκες (Διάγραμμα 6). Από αυτούς που χρειάζονταν βοήθεια (46.2%), αυτή προερχόταν από τον/την σύζυγο (36.1%), από τα παιδιά (30.6%), από το πρόγραμμα «Βοήθεια στο Σπίτι» (27.8%) και από κάποιο αμειβόμενο πρόσωπο (οικιακή βοηθό) (11.1%) (Διάγραμμα 7).

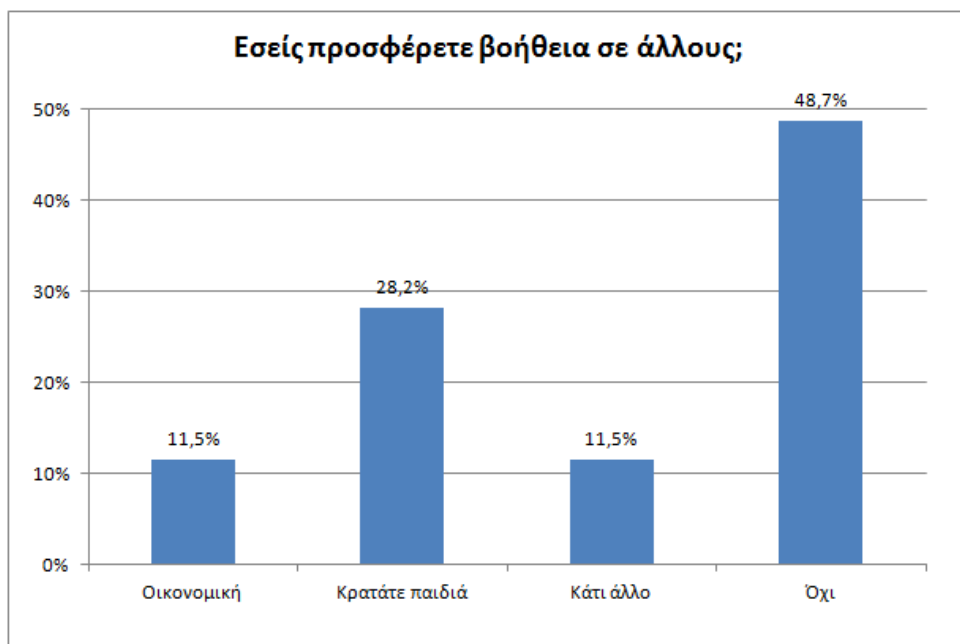


Διάγραμμα 6: Ανάγκη για βοήθεια (N=156)



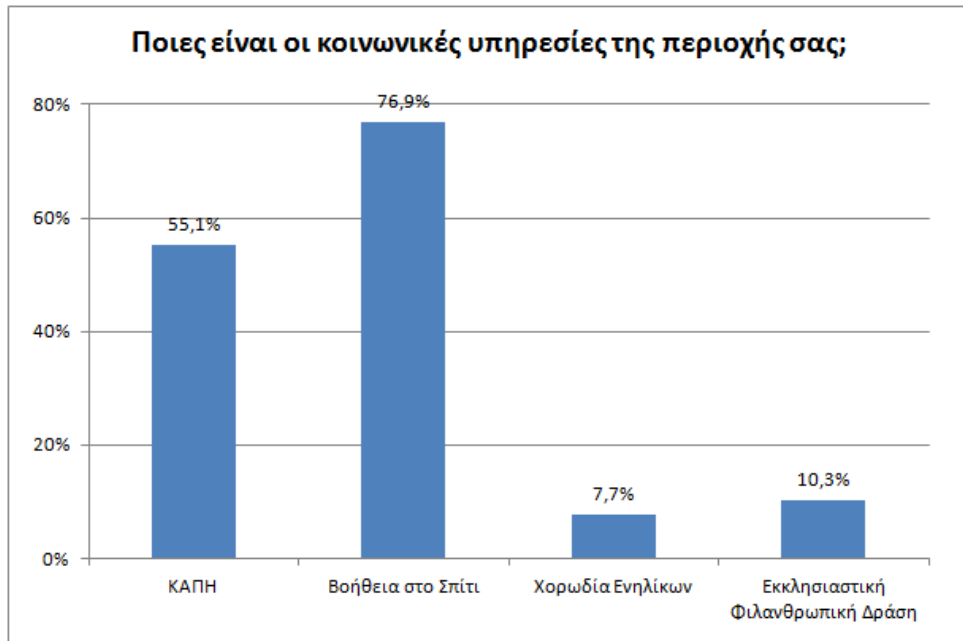
Διάγραμμα 7: Παροχή βοήθειας (N=72)

Το 51.3% των ηλικιωμένων ανέφεραν ότι προσέφεραν βοήθεια σε άλλους. Στο σύνολο του δείγματος, το 28.2% των περιπτώσεων αφορούσε το κράτημα παιδιών, το 11.5% απάντησαν ότι η βοήθεια αυτή ήταν οικονομική, ενώ το υπόλοιπο 11.5% ανέφεραν κάτι άλλο (εργασία στα κτήματα, βοήθεια στις αγροτικές δουλειές, μαγείρεμα για τα παιδιά) (Διάγραμμα 8).



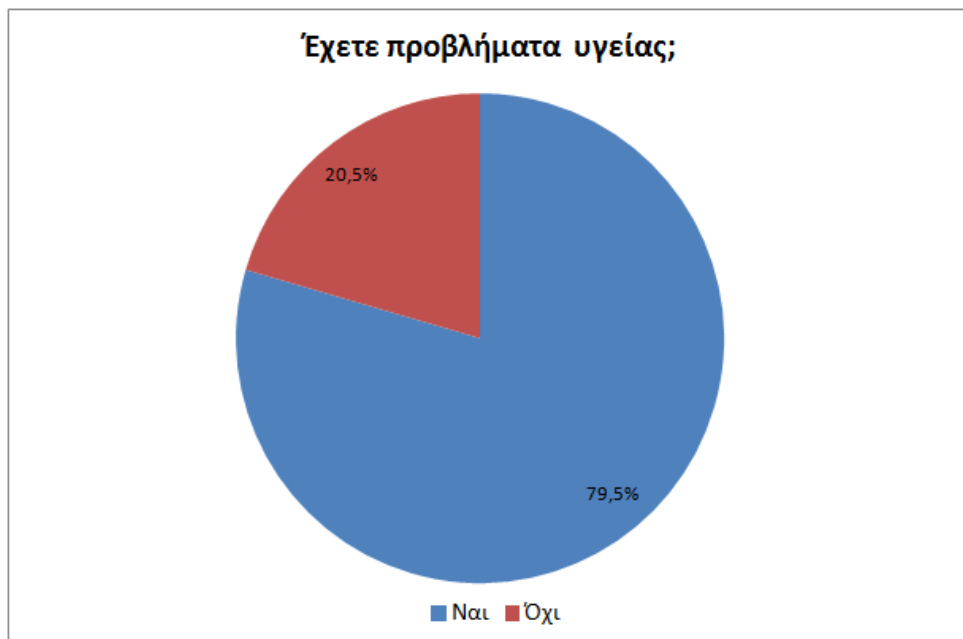
Διάγραμμα 8: Προσφορά βοήθειας σε άλλους (N=156)

Οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι δήλωσαν ότι ήταν ικανοποιημένοι από τη γειτονιά όπου έμεναν (98.7%), καθώς και από τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής τους (100%). Στην ερώτηση σχετικά με το ποιες είναι αυτές οι υπηρεσίες, το 76.9% απάντησε το Βοήθεια στο Σπίτι, το 55.1% απάντησε το ΚΑΠΗ, το 10.3% την Εκκλησιαστική Φιλανθρωπική Δράση, ενώ το 7.7% ανέφερε την Χορωδία Ενηλίκων (Διάγραμμα 9).

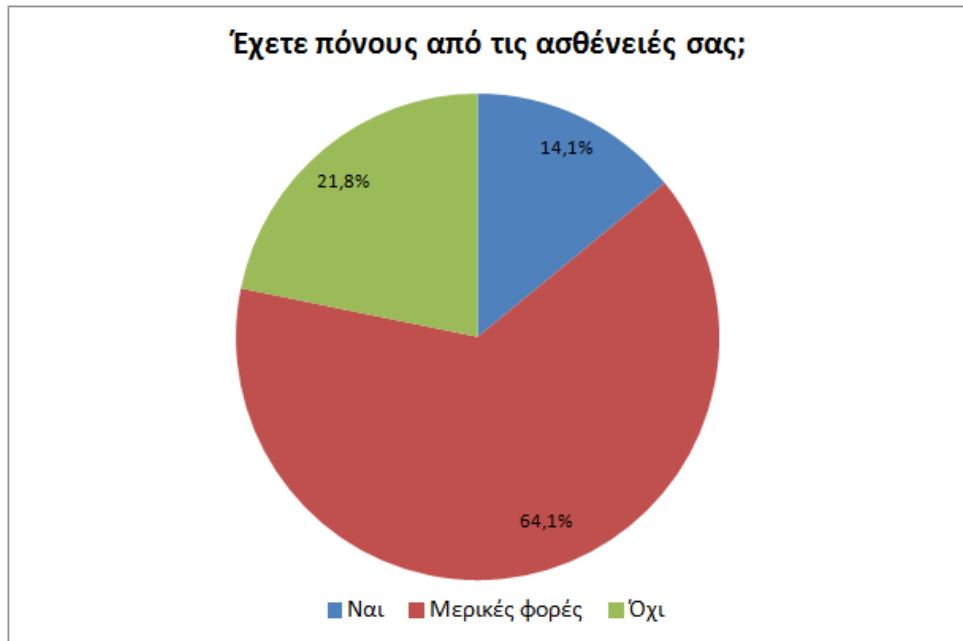


Διάγραμμα 9: Κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής (N=156)

Το 79.5% των ηλικιωμένων ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα υγείας (Διάγραμμα 10). Αντίστοιχα, το 64.1% ανέφερε ότι μερικές φορές έχει πόνους από ασθένειες, το 21.8% απάντησε αρνητικά, ενώ το 14.1% απάντησε θετικά (Διάγραμμα 11). Επίσης, το 69.2% ακολουθούσε κάποια φαρμακευτική αγωγή, το 20.5% απάντησε αρνητικά, ενώ το 10.3% ότι κάποιες φορές μόνο ακολουθούσε κάποια φαρμακευτική αγωγή (Διάγραμμα 12).



Διάγραμμα 10: Προβλήματα υγείας (N=156)



Διάγραμμα 11: Πόνοι από ασθένειες (N=156)

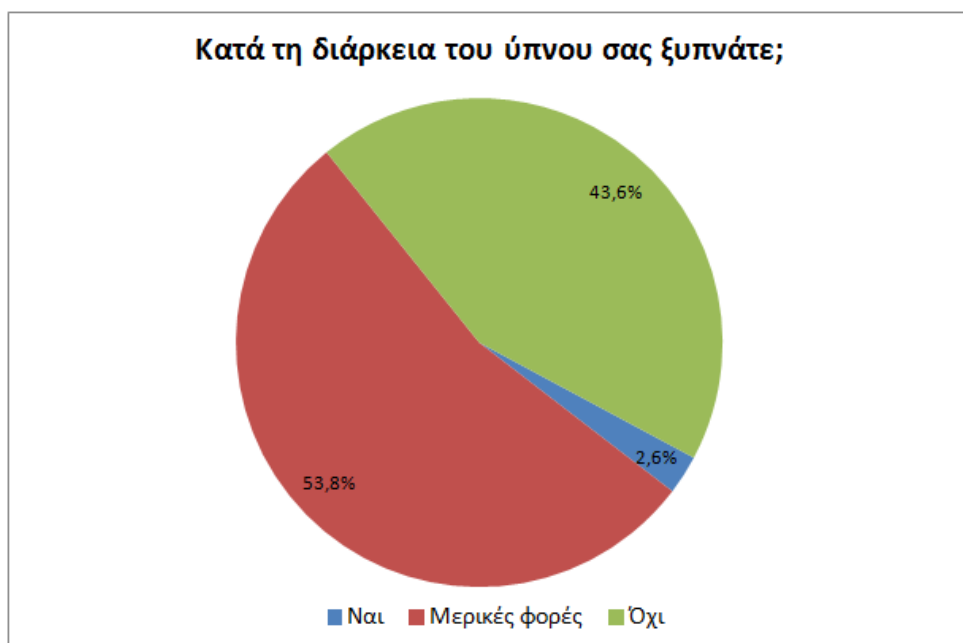


Διάγραμμα 12: Κατάσταση υγείας και λήψης φαρμάκων (N=156)

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι (74.4%) ανέφεραν ότι δεν κάθονται πολλές ώρες στο κρεβάτι (Διάγραμμα 13) και δήλωσαν ότι κοιμόντουσαν κατά μέσο όρο 7.36 ώρες την ημέρα (TA=1.20). Το 53.8% ανέφερε ότι ξυπνά μερικές φορές κατά τη διάρκεια του ύπνου, το 43.6% δεν ανέφερε προβλήματα ύπνου, ενώ μόλις το 2.6% ανέφερε ότι ξυπνά πάντα κατά τη διάρκεια του ύπνου (Διάγραμμα 14).



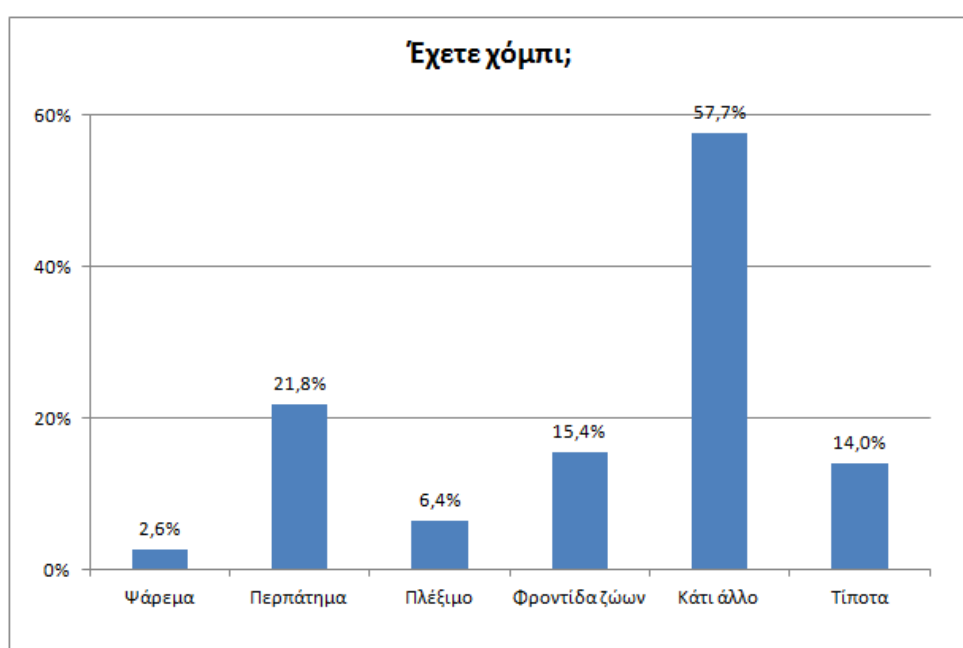
Διάγραμμα 13: Κατάσταση υγείας και ύπνου (N=156)



Διάγραμμα 14: Προβλήματα ύπνου (N=156)

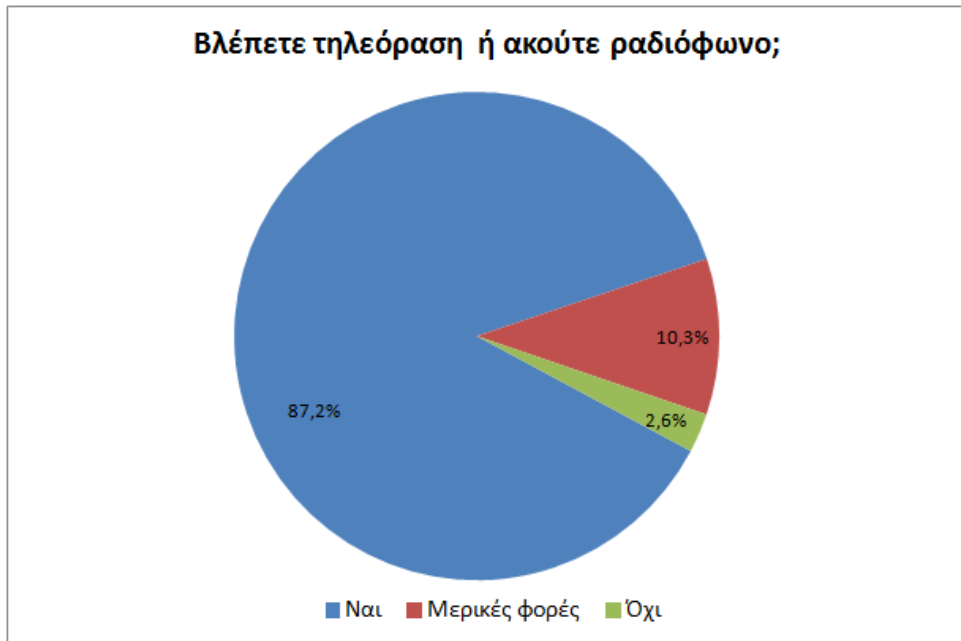
Από το σύνολο των συμμετεχόντων που εργάζονταν (66 άτομα), άπαντες ανέφεραν ότι η εργασία τους δίνει χαρά (100%).

Όσον αφορά τον ελεύθερο χρόνο τους, το 91% του δείγματος ανέφερε ότι έχει κάποιο χόμπι, με το περπάτημα (21.8%) και τη φροντίδα ζώων (15.4%) να συγκεντρώνουν τα μεγαλύτερα ποσοστά. Από τα υπόλοιπα προτεινόμενα χόμπι, χαμηλά ποσοστά προτίμησης συγκέντρωσαν το πλέξιμο (6.4%) και το ψάρεμα (2.6%). Επίσης, στο σύνολο του δείγματος το 57.7% ανέφερε ότι έχει κάποιο άλλο χόμπι, διευκρινίζοντας ότι αυτό αφορά τα παιχνίδια (χαρτιά και τάβλι), το διάβασμα, τον κήπο, το μαγείρεμα και το καφενείο (Διάγραμμα 15).

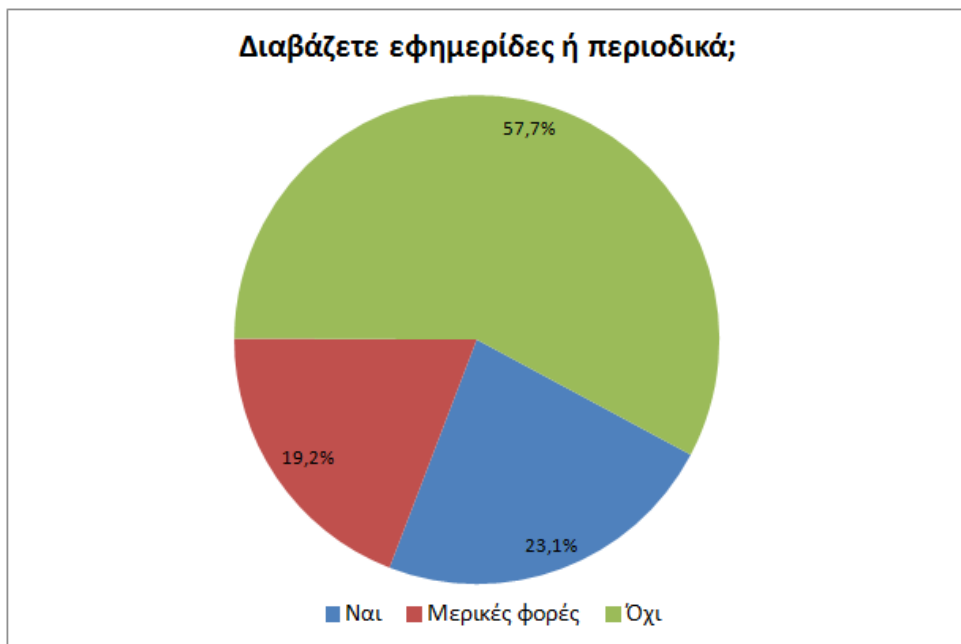


Διάγραμμα 15: Ελεύθερος χρόνος - Χόμπι (N=156)

Η συντριπτική πλειοψηφία των ηλικιωμένων (87.2%) παρακολουθούσαν τηλεόραση ή άκουγαν ραδιόφωνο (ΜΟ=3.87 ώρες, ΤΑ=1.36) (Διάγραμμα 16), ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (57.7%) ανέφεραν ότι δεν διαβάζει εφημερίδες ή περιοδικά (Διάγραμμα 17).



Διάγραμμα 16: Ελεύθερος χρόνος – Τηλεόραση και ραδιόφωνο (N=156)



Διάγραμμα 17: Ελεύθερος χρόνος – Εφημερίδες και περιοδικά (N=156)

Το 87.2% των συμμετεχόντων ανέφεραν ότι οι παραπάνω δραστηριότητες του βοηθούν να περνούν ευχάριστα το χρόνο τους (Διάγραμμα 18).

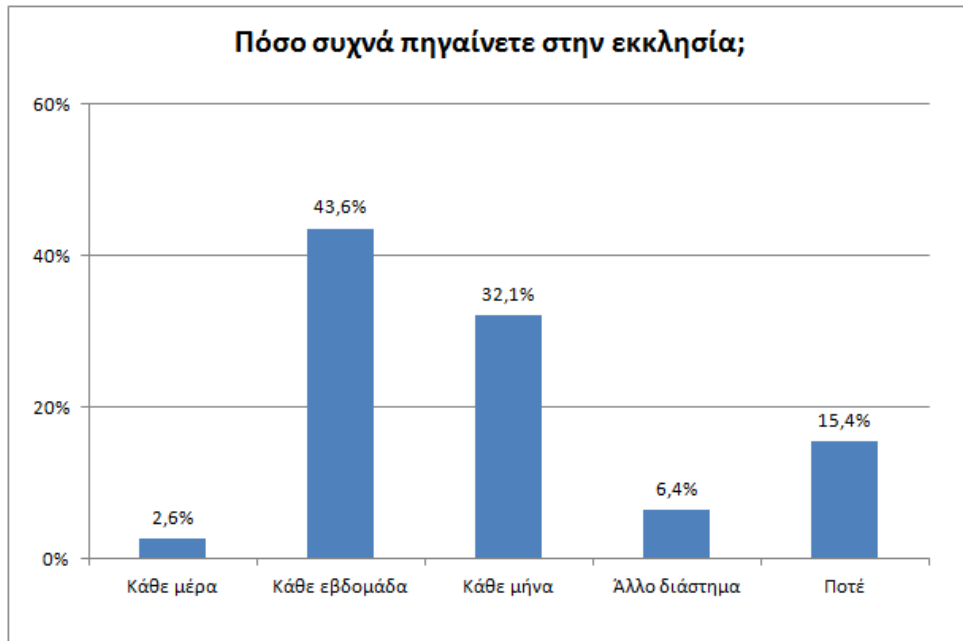


Διάγραμμα 18: Βοήθεια από δραστηριότητες στον ελεύθερο χρόνο (N=156)

Η μεγάλη πλειοψηφία των ηλικιωμένων (84.6%) πηγαίνει στην εκκλησία, ενώ το 10.3% ανέφεραν ότι θα ήθελαν να πηγαίνουν αλλά δεν είχαν τη δυνατότητα (Διάγραμμα 19). Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (43.6%) πηγαίνει στην εκκλησία κατά κύριο λόγο κάθε εβδομάδα (Διάγραμμα 20).

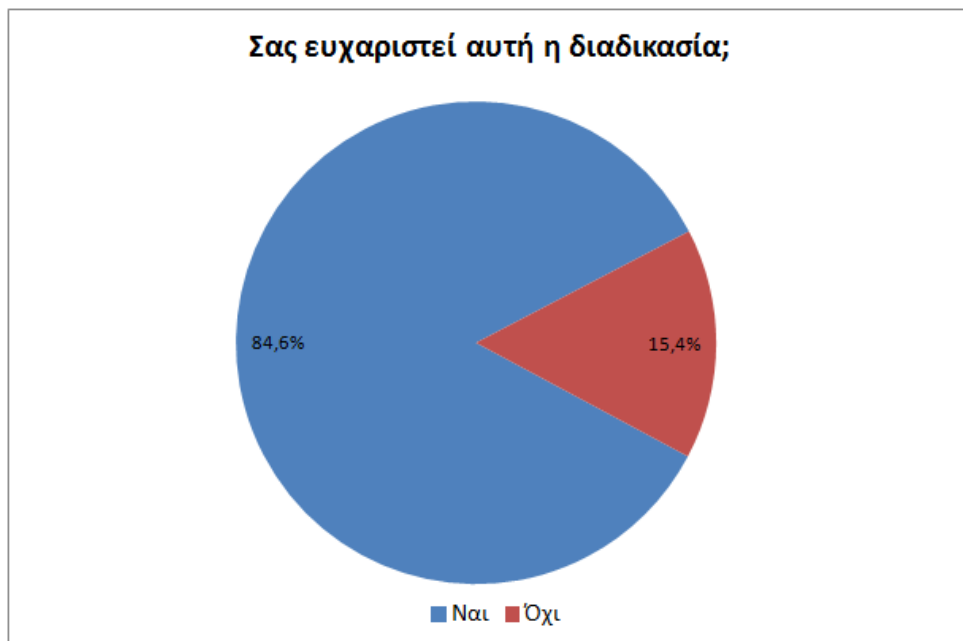


Διάγραμμα 19: Συμμετοχή στη θρησκεία (N=156)

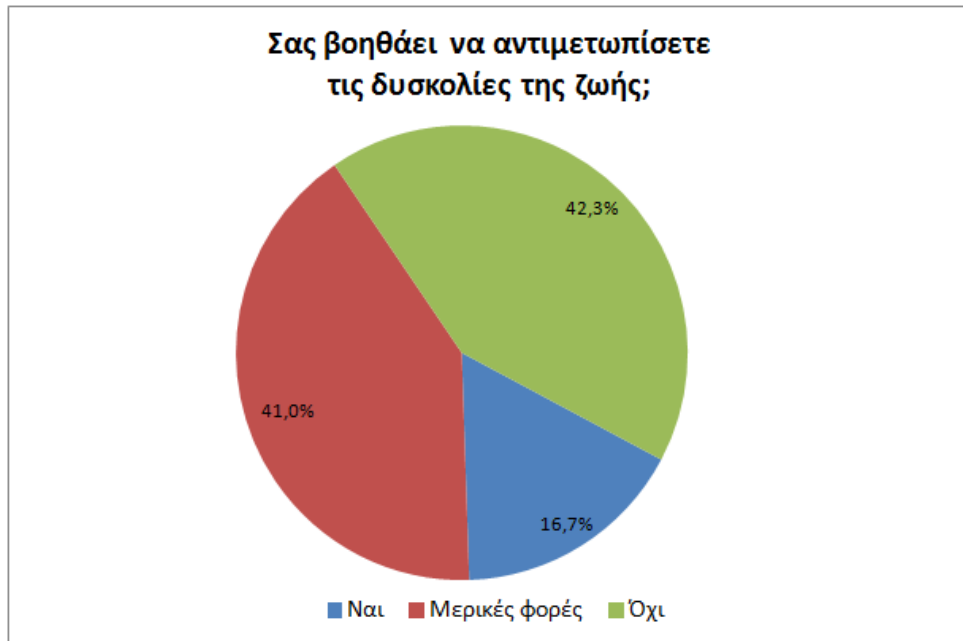


Διάγραμμα 20: Συχνότητα συμμετοχής στη θρησκεία (N=156)

Οι περισσότεροι ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι η συμμετοχή στη θρησκεία τους ευχαριστεί (84.6%) (Διάγραμμα 21) και τους βοηθά να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες της ζωής (57.7%) (Διάγραμμα 22).



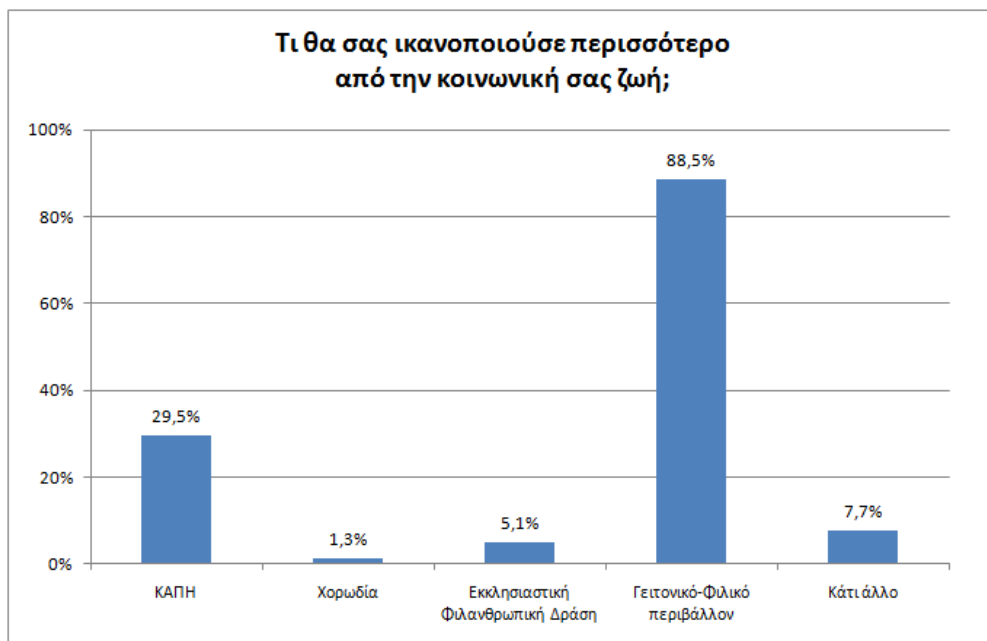
Διάγραμμα 21: Ικανοποίηση από συμμετοχή στη θρησκεία (N=156)



Διάγραμμα 22: Βοήθεια από συμμετοχή στη θρησκεία (N=156)

Σχετικά με τον τρόπο διαβίωσής τους, όλοι οι ηλικιωμένοι (100%) δήλωσαν ευχαριστημένοι από το χώρο που ζουν.

Στην ερώτηση σχετικά με το τι θα τους ικανοποιούσε περισσότερο από την κοινωνική τους ζωή, το 88.5% απάντησε πως αυτό είναι το γειτονικό-φιλικό περιβάλλον, το 29.5% απάντησε το ΚΑΠΗ, το 5.1% την εκκλησιαστική φιλανθρωπική δράση, το 1.3% τη χορωδία, ενώ το 7.7% επέλεξε κάτι άλλο από τις προτεινόμενες επιλογές (έξοδος για φαγητό, εκκλησία, συζήτηση, πιο συχνή επαφή με τα παιδιά).



Διάγραμμα 23: Ικανοποίηση από κοινωνική ζωή (N=156)

Στον Πίνακα 2 παρουσιάζεται η συνολική βαθμολογία του τρόπου-ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων.

Πίνακας 2: Συνολική βαθμολογία τρόπου-ποιότητας ζωής

Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη Τιμή	Μέγιστη Τιμή
23.92	4.58	9	10	32

Η συνολική βαθμολογία του τρόπου-ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων κυμάνθηκε από 10-32, με διάμεσο 24 και μέση τιμή δείγματος 23.92 (TA= 4.58).



Διάγραμμα 24: Συνολική βαθμολογία τρόπου-ποιότητας ζωής

5.3 Μονοπαραγοντικές αναλύσεις

T-tests για ανεξάρτητα δείγματα

Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι των μέσων όρων με τη χρήση των t-tests, καθώς υπήρχαν μεταβλητές με δύο επίπεδα (φύλο, οικογενειακή κατάσταση), για την ύπαρξη στατιστικά σημαντικών διαφορών. Στο στατιστικό αυτό έλεγχο υπολογίστηκε η τιμή t . Η μηδενική υπόθεση που ελέγχθηκε είναι ότι οι μέσες τιμές της συνεχόμενης μεταβλητής στους δύο πληθυσμούς από τους οποίους προήλθαν τα μελετώμενα δείγματα ήταν ίσες. Έτσι υπολογίστηκαν η τιμή p , η διαφορά μεταξύ των μέσων τιμών και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά αυτή.

Ελέγχθηκε αν τα δύο φύλα διαφοροποιήθηκαν ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής (Πίνακας 3).

Πίνακας 3: T-test για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με το φύλο

Φύλο	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή t	Τιμή p
Άνδρας	70	24.60	5.034	1.641	0.103
Γυναίκα	86	23.37	4.128		

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον τρόπο και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με βάση το φύλο [$t(133)=1.641, p>0.05$]. Συνεπώς, τα δύο φύλα δεν διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς την ποιότητα ζωής. Ο έλεγχος του Levene ($F=7.137, p=0.008$) κατέδειξε ανισότητα των διακυμάνσεων, ως εκ τούτου οι βαθμοί ελευθερίας προσαρμόστηκαν από 154 σε 133.

Στη συνέχεια ελέγχθηκε αν οι έγγαμοι ηλικιωμένοι διαφοροποιήθηκαν ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής σε σχέση με αυτούς που βρίσκονται σε κατάσταση χηρείας (Πίνακας 4).

Πίνακας 4: T-test για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση

Οικογενειακή κατάσταση	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή t	Τιμή p
Έγγαμος/η	78	25.67	4.874	5.125	0.000
Χήρος/α	78	22.18	3.515		

Παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στον τρόπο και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση [$t(140)=5.125, p<0.001$]. Οι έγγαμοι ηλικιωμένοι (ΜΤ=25.67, ΤΑ=4.87) σημείωσαν στατιστικά σημαντικό υψηλότερο σκορ σε σύγκριση με εκείνους που βρίσκονταν σε κατάσταση χηρείας (ΜΤ=22.18, ΤΑ=3.52). Ο έλεγχος του Levene ($F=12.192, p=0.001$) κατέδειξε ανισότητα των διακυμάνσεων, ως εκ τούτου οι βαθμοί ελευθερίας προσαρμόστηκαν από 154 σε 140.

One-Way Anova

Για την σύγκριση μέσων τιμών περισσότερων από δύο πληθυσμών χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA με ένα παράγοντα (One-way-ANOVA), καθώς υπήρξαν πολυεπίπεδες μεταβλητές (ηλικία, αριθμός παιδιών και εγγονιών, μορφωτικό επίπεδο, εργασία). Η ανάλυση διασποράς αποτελεί τη φυσική εξέλιξη της διαδικασίας ελέγχου του μέσου όρου σε ένα ή δύο πληθυσμούς. Στο στατιστικό αυτό έλεγχο υπολογίστηκε η τιμή F . Η διαφορά στη χρήση με τον έλεγχο t έγκειται στις επιπλέον δυνατότητες που προσφέρει η ανάλυση διασποράς. Ενώ στα t -tests εξετάζονται διαφορές μεταξύ δύο μέσων όρων, στην ανάλυση διασποράς παρέχεται η δυνατότητα συνεξέτασης μέσων όρων που προέρχονται από περισσότερα των δύο επίπεδα τιμών. Η μηδενική υπόθεση που ελέγχθηκε είναι ότι οι μέσες τιμές της συνεχόμενης μεταβλητής των τριών ή περισσότερων πληθυσμών από τους οποίους προήλθαν τα μελετώμενα δείγματα ήταν ίσες.

Ελέγχθηκε αν οι τέσσερις ομάδες ηλικιών διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής (Πίνακας 5).

Πίνακας 5: ANOVA για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με την ηλικία

Ηλικία (έτη)	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή F	Τιμή p
65-70	18	27.33	3.757		
71-75	44	26.55	3.238		
76-80	32	24.44	4.295	26.673	0.000
>80	62	20.81	3.776		

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τέσσερις ομάδες ηλικιών διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής [$F(3, 152)=26.673, p<0.001$]. Ο εκ των υστέρων έλεγχος του Bonferroni έδειξε ότι ο μέσος όρος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων άνω των 80 ετών ($M_T=20.81, T_A=3.78$) διέφερε στατιστικά σημαντικά από τον μέσο όρο των άλλων τριών ομάδων. Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν μία στατιστικά σημαντική μείωση της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη μεγαλύτερη ηλικία.

Ελέγχθηκε αν οι πέντε ομάδες ηλικιωμένων διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής (Πίνακας 6).

Πίνακας 6: ANOVA για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με τον αριθμό παιδιών

Ηλικία (έτη)	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή F	Τιμή p
Κανένα	8	20.00	6.414		
Ένα	16	22.25	3.416		
Δύο	68	24.38	5.235	2.532	0.043
Τρία	48	24.58	3.274		
Περισσότερα	16	23.63	4.064		

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι πέντε ομάδες ηλικιωμένων διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής [$F(4, 151)=2.4326.673, p<0.05$]. Ο εκ των υστέρων έλεγχος του Bonferroni δεν έδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επιμέρους ομάδων.

Ελέγχθηκε αν οι έξι ομάδες ηλικιωμένων διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής (Πίνακας 7).

Πίνακας 7: ANOVA για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με τον αριθμό εγγονιών

Αριθμός εγγονιών	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή F	Τιμή p
Κανένα	8	20.00	6.414		
Ένα	12	19.83	4.064		
Δύο	22	23.36	3.303		
Τρία	24	26.67	4.779	5.724	0.000
Τέσσερα	40	24.05	4.841		
Περισσότερα	50	24.36	3.486		

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι έξι ομάδες ηλικιωμένων διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής [$F(5, 150)=5.724, p<0.001$]. Ο εκ των υστέρων έλεγχος του Bonferroni έδειξε ότι ο μέσος όρος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που ανέφεραν ότι είχαν τρία εγγόνια (MT=26.67, TA=4.78) διέφερε στατιστικά σημαντικά από τον μέσο όρο των ηλικιωμένων που δεν είχαν κανένα εγγόνι (MT=20.00, TA=6.41) και αυτών που είχαν ένα εγγόνι (MT=19.83, TA=4.06). Επίσης, ο μέσος όρος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που είχαν ένα εγγόνι διαφοροποιήθηκε στατιστικά σημαντικά από αυτούς που είχαν περισσότερα από τέσσερα εγγόνια (MT=24.36, TA=3.49). Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν ένα μικρότερο σκορ της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με ένα ή κανένα εγγόνι, έναντι εκείνων με δύο ή περισσότερα εγγόνια.

Ελέγχθηκε αν οι τρεις ομάδες μορφωτικού επιπέδου διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής (Πίνακας 8).

Πίνακας 8: ANOVA για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο

Μορφωτικό επίπεδο	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή F	Τιμή p
Κάποιες τάξεις δημοτικού	14	20.43	2.065		
Δημοτικό	132	24.23	4.626	4.765	0.010
Γυμνάσιο	10	24.80	4.780		

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τρεις ομάδες μορφωτικού επιπέδου διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής [$F(2, 153)=4.765, p<0.05$]. Ο εκ των υστέρων έλεγχος του Bonferroni έδειξε ότι ο μέσος όρος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που είχαν παρακολουθήσει μόνο κάποιες τάξεις του δημοτικού (MT=20.43, TA=2.07) διέφερε στατιστικά σημαντικά από τον μέσο όρο των ηλικιωμένων που είχαν τελειώσει το δημοτικό σχολείο (MT=24.23, TA=4.63), ενώ οι ηλικιωμένοι που είχαν αποφοιτήσει από το γυμνάσιο (MT=24.80, TA=4.78) δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά από τις άλλες δύο ομάδες.

Ελέγχθηκε αν οι τρεις ομάδες εργασίας διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής (Πίνακας 9).

Πίνακας 9: ANOVA για τον τρόπο-ποιότητα ζωής σε σχέση με την εργασία

Εργασία	N	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση	Τιμή F	Τιμή p
Ναι	8	25.75	3.808		
Μερικές φορές	58	26.93	3.708	31.467	0.000
Όχι	90	21.82	3.996		

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι τρεις ομάδες εργασίας διαφοροποιήθηκαν μεταξύ τους ως προς τον τρόπο και ποιότητα ζωής [$F(2, 153)=31.467, p<0.001$]. Ο εκ των υστέρων έλεγχος του Bonferroni έδειξε ότι ο μέσος όρος της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων που δεν εργαζόταν την παρούσα χρονική στιγμή (MT=21.82, TA=4.00) διέφερε στατιστικά σημαντικά από τον μέσο όρο των ηλικιωμένων που ανέφεραν ότι εργάζονται μερικές φορές (MT=26.93, TA=3.71) και αυτών που δήλωσαν ότι εργάζονται (MT=25.75, TA=3.81). Συνολικά, τα αποτελέσματα δείχνουν μία στατιστικά σημαντική αύξηση της ποιότητας ζωής με την εργασία.

Παλινδρόμηση

Εφαρμόστηκε Πολλαπλή Γραμμική Παλινδρόμηση προκειμένου να ελεγχθεί αν ο τρόπος και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων συσχετίζεται με τα δημογραφικά και κοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Ως εξαρτημένη μεταβλητή (dependent variable) χρησιμοποιήθηκε ο τρόπος-ποιότητα ζωής, ενώ ως ανεξάρτητες μετρούμενες μεταβλητές (independent variables) χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών και εγγονιών, το μορφωτικό επίπεδο και η εργασία των ηλικιωμένων (Πίνακας 10).

Πίνακας 10: Γραμμική παλινδρόμηση (τρόπος-ποιότητα ζωής)

	Μη τυποποιημένοι συντελεστές		Τυποποιημένοι συντελεστές		
	Τιμή <i>B</i>	Τιμή <i>Std. error</i>	Τιμή <i>Beta</i>	Τιμή <i>t</i>	Τιμή <i>p</i>
(Constant)	30.158	2.423		12.446	0.000
Φύλο	0.047	0.704	0.005	0.067	0.947
Ηλικία	-1.647	0.310	-0.383	-5.307	0.000
Οικογενειακή κατάσταση	-1.527	0.360	-0.334	-4.239	0.000
Αριθμός παιδιών	-0.544	0.380	-0.115	-1.434	0.154
Αριθμός εγγονιών	0.969	0.255	0.318	3.800	0.000
Μορφωτικό επίπεδο	1.196	0.703	0.103	1.701	0.091
Εργασία	-1.337	0.537	-0.174	-2.491	0.014

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το μοντέλο είναι στατιστικά σημαντικό [$F(7, 148)=21.724, p<0.01$] με $R^2=0.51$ και προσαρμοσμένο $R^2=0.48$. Από το μοντέλο φαίνεται ότι η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός εγγονιών και η εργασία συσχετίζονται με τον τρόπο και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ($p<0.05$). Εξαιρέση αποτελούν το φύλο, ο αριθμός παιδιών και το μορφωτικό επίπεδο, που δεν σχετίζονται σημαντικά με τον τρόπο και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ($p>0.05$).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

6.1 Συζήτηση

Η συζήτηση που ακολουθεί αναλύει και συσχετίζει τα ευρήματα της μελέτης σε δύο επίπεδα. Το πρώτο επίπεδο αφορά στην αιτιολόγηση των ευρημάτων σε σχέση με τη θεωρία, όπως αυτή παρουσιάστηκε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το δεύτερο επίπεδο αναφέρεται στη σύγκριση και αναζήτηση συμβατότητας των παραμέτρων και ευρημάτων της παρούσας έρευνας με αντίστοιχες παραμέτρους άλλων ερευνών. Οι στόχοι της έρευνας αφορούσαν τη μελέτη του κοινωνικού προσανατολισμού σε ηλικιωμένους που διαβιούν σε μια μικρή κωμόπολη της Περιφέρειας (αγροτική περιοχή) και τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην κοινωνική δικτύωση (τυπική ή άτυπη) και στον τρόπο και ποιότητα ζωής τους. Για τη συσχέτιση των μεταβλητών ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε ο τρόπος-ποιότητα ζωής των ατόμων τρίτης ηλικίας, ενώ ως ανεξάρτητες χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, ο αριθμός παιδιών και εγγονιών, το μορφωτικό επίπεδο και η εργασία του κάθε ερωτώμενου.

6.1.1 Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά

Το δείγμα της μελέτης μας ήταν 156 ηλικιωμένοι. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες (55.1%), όπως και στη μελέτη των Chen et al. (2014) και Unsar et al. (2016). Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να υπάρχει περίπου ίσος αριθμός ανδρών και γυναικών, κάτι το οποίο περίπου επιτεύχθηκε παρά το γεγονός ότι στα άτομα που εξυπηρετούνται μέσα από το δομή «Βοήθεια στο Σπίτι», καθώς και στο ΚΑΠΗ του Δήμου Νεμέας οι γυναίκες ήταν περισσότερες, αλλά και πλέον πρόθυμες να συμμετάσχουν στη μελέτη. Στο παρελθόν έχει αναφερθεί ότι οι άνδρες παρακολουθούν συχνότερα το ΚΑΠΗ (Ευτυχίδου και συν., 2007), όμως η κατάσταση αυτή δεν διαπιστώθηκε στο ΚΑΠΗ που συμπεριλήφθηκε στη μελέτη. Η μέση ηλικία των ηλικιωμένων ήταν 78.74 έτη, ενώ οι μισοί ήταν παντρεμένοι (50%) και οι άλλοι βρίσκονταν σε κατάσταση χηρείας. Στο δείγμα των Naylor et al. (2016) οι ηλικιωμένοι ήταν μέσης ηλικίας 81 ετών, με τις γυναίκες να υπερτερούν όπως και στην παρούσα μελέτη, στην οποία όμως οι χήροι/ες ήταν περισσότεροι από τους

έγγαμους, ενώ στη μελέτη των Unsar et al. (2016) το 63% ήταν παντρεμένοι και το 37% χήροι/ες, όπως και στις μελέτες των Chan et al. (2009) και Chen et al. (2014). Το εύρημα της παρούσας μελέτης μπορεί να δικαιολογείται από το μεγαλύτερο προσδόκιμο ζωής στην Ελλάδα, ιδιαίτερα των γυναικών. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος είχε αποκτήσει παιδιά (94.9%), στοιχείο που εμφανίζει υψηλά ποσοστά και σε αντίστοιχες έρευνες του εξωτερικού (Wenger, 1993), με συχνότερο πλήθος τα 2 με 3 παιδιά (74.5%) και τα 2 με 4 εγγόνια (55.1%).

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, η πλειοψηφία των ηλικιωμένων, ανεξαρτήτως φύλου, ήταν χαμηλού μορφωτικού επιπέδου, εύρημα αναμενόμενο για το συγκεκριμένο δείγμα. Παρόμοια εικόνα είχαν αναφέρει και οι Chen et al. (2014) και Unsar et al. (2016), των οποίων οι μελέτες είχαν γίνει στην Κίνα και Τουρκία αντίστοιχα, ενώ στη μελέτη των Naylor et al. (2016) που έγινε στις ΗΠΑ περίπου τα 2/3 του δείγματος είχαν 12 έτη εκπαίδευσης ή υψηλότερη. Επίσης, στην παρούσα μελέτη το ποσοστό των ηλικιωμένων που δεν εργαζόταν την παρούσα χρονική στιγμή (57.7%) ξεπερνά εκείνους που δήλωσαν ότι εργάζονται (ακόμα και μερικές φορές). Το συγκεκριμένο εύρημα μπορεί να δικαιολογείται από τον σχετικά υψηλό μέσο όρο ηλικίας του δείγματος (σύνταξη), αλλά και το μεγαλύτερο αριθμό των γυναικών που συμμετείχαν στη μελέτη.

6.1.2 Τρόπος ζωής – Ποιότητα ζωής

Ο τρόπος και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων που αναφέρθηκε στην παρούσα μελέτη, βρέθηκε να είναι σε ικανοποιητικά επίπεδα. Η κοινωνική υποστήριξη εμφανίστηκε υψηλή από την οικογένεια και τους σημαντικούς άλλους, ενώ υψηλή αναφέρεται σε σχέση και με τους φίλους. Το εύρημα εξηγείται από τον τρόπο ζωής των ηλικιωμένων του δείγματος στην υπό μελέτη κοινότητα που περιλαμβάνει κυρίως διαβίωση με τον/την σύζυγο και την ευρύτερη οικογένεια. Το οικογενειακό δίκτυο όπως και το φιλικό σχετίζονται θετικά με τον τρόπο-ποιότητα ζωής, όταν όμως και τα δύο είναι παρόντα, οι φίλοι φαίνεται να προσφέρουν περισσότερο όφελος από την οικογένεια (Liao & Brunner, 2016).

Η κοινωνική υποστήριξη αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι διαμέσου του οποίου τα χαρακτηριστικά του κοινωνικού δικτύου επηρεάζουν την υγεία και την ευημερία των ηλικιωμένων, επειδή η κοινωνική υποστήριξη μπορεί να παρέχει υποστήριξη σε διάφορες υποχρεώσεις και προβλήματα. Η παρουσία της μπορεί να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να έχουν καλύτερο έλεγχο της ζωής τους, ενισχύοντας με τον τρόπο αυτό την ικανοποίηση για τις υπάρχουσες συνθήκες και περιστάσεις (Higgs et al., 2003). Οι ηλικιωμένοι που είχαν υποστήριξη από συγγενείς δεν παρουσίασαν διαφορετικό επίπεδο υγείας συγκριτικά με εκείνους που είχαν υποστήριξη από συγγενείς και μη. Το στοιχείο αυτό υπογραμμίζει τη σημασία του εύρους του δικτύου με έναν τουλάχιστον στενό φίλο πέρα από την οικογένεια, διότι η απομόνωση, η μοναξιά και η απουσία φίλων, αποτελούν παράγοντες κινδύνου για χειρότερη υγεία (White et al., 2009). Σε περίπτωση ύπαρξης ανάγκης για βοήθεια, ανταποκρίνεται η οικογένεια (ο/η σύζυγος ή και τα παιδιά) (Fernández-Ballesteros, 2002).

Ένα από τα χαρακτηριστικά της παραδοσιακής κοινότητας ήταν η ύπαρξη υποστηρικτικού συστήματος, με έντονες συναισθηματικές σχέσεις, κοινές αξίες, παραδόσεις, μέσα σε ατμόσφαιρα που χαρακτηριζόταν από εμπιστοσύνη, ασφάλεια, ειλικρίνεια και ανθρωπιά. Το ηλικιωμένο άτομο ολοκλήρωνε τη ζωή του μέσα σε ένα περιβάλλον οικογενειακό και κοινωνικό που του παρείχε τη δυνατότητα προσωπικής συμμετοχής, τη δυνατότητα επιλογών και επιπλέον παρείχε υποστήριξη και ασφάλεια προκειμένου να αντιμετωπίσει τις εκάστοτε δυσκολίες (Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, 2000). Με την εμφάνιση του φαινομένου της αστικοποίησης, ο κοινωνικός και συγγενικός ιστός υπέστη αποδιάρθρωση και οι ηλικιωμένοι βίωναν αισθήματα μοναξιάς και απομόνωσης. Με τις υπάρχουσες συνθήκες η οικογένεια φαίνεται να επανέρχεται στην αρχική της μορφή (πατριαρχική), μέσα στην οποία το ηλικιωμένο άτομο παύει να λειτουργεί σαν μονάδα και αναλαμβάνει έναν πιο ενεργό ρόλο. Αρχικά βιώνει αισθήματα προσφοράς (υλική, οικονομική, συναισθηματική). Ασκεί ενεργά το ρόλο παππού-γιαγιάς, ρόλος που του δημιουργεί αισθήματα χαράς, κάνοντάς τον να νοιώθει χρήσιμος και μέτοχος στην ανατροφή των εγγονιών του.

Σύμφωνα με την Μπαμπούρη (2015), οι χρήστες του ΚΑΠΗ απευθύνονταν πρωταρχικά στην οικογένεια και το ιδιαίτερο πρόσωπο (συνήθως τον/την σύντροφο), αυτό συμφωνεί και με την παρούσα έρευνα. Στο κοινωνικό δίκτυο στήριξης περιλαμβάνονται και οι φίλοι, το πλήθος των οποίων αυξάνει την ικανοποίηση, δηλαδή όσο μεγαλύτερος είναι ο αριθμός των φίλων τόσο μεγαλύτερη είναι και η ικανοποίησή

τους από τη ζωή. Στην παρούσα μελέτη, όλοι οι συμμετέχοντες ηλικιωμένοι ανέφεραν ότι έχουν συγγενείς και φίλους, με τους οποίους συναντώνται και επικοινωνούν πολύ συχνά. Οι Rafnsson et al. (2015) κατέληξαν ότι τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης σχετίζονται θετικά και στατιστικά σημαντικά με την ευεξία και παρατήρησαν ότι ιδιαίτερα το μέγεθος του δικτύου και η συχνότητα των επαφών των ηλικιωμένων σχετίστηκαν με μεγαλύτερη ικανοποίηση των ηλικιωμένων για τη ζωή τους και επηρέαζαν την ποιότητά της. Περαιτέρω, στην παρούσα μελέτη φαίνεται πως ο τρόπος-ποιότητα ζωής έχει σημαντική σχέση με παράγοντες όπως το μέγεθος του κοινωνικού δικτύου και την συχνότητα των επαφών των ηλικιωμένων, δηλαδή οι επισκέψεις που δέχονται, η συμμετοχή σε οργανώσεις και συλλόγους, η βοήθεια στην ανατροφή μελών της οικογένειας και η κοινωνική υποστήριξη από σημαντικούς άλλους, αυξάνουν το άθροισμα της ποιότητας ζωής. Αυτό το συμπέρασμα συμφωνεί με τους Rafnsson et al. (2015) που συσχέτισαν θετικά και στατιστικά σημαντικά τα δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης με την ευεξία, αναφερόμενοι συγκεκριμένα στο μέγεθος του δικτύου και τη συχνότητα των επαφών των ηλικιωμένων που οδηγούσαν σε μεγαλύτερη ικανοποίηση για τη ζωή και αύξηση της ποιότητάς της.

Όσον αφορά στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής, τα κυριότερα προβλήματα εντοπίστηκαν στην αίσθηση του πόνου και στον ύπνο. Στη μελέτη των Hellström & Hallberg (2001) οι ηλικιωμένοι είχαν χαμηλότερη ποιότητα ζωής με ηλικιωμένους που ανέφεραν καταθλιπτική διάθεση, μοναξιά, κούραση, προβλήματα ύπνου και αριθμό αναφερόμενων νόσων που σχετίστηκαν σημαντικά με χαμηλή ποιότητα ζωής. Οι Jakobsson et al. (2004) επίσης έδειξαν ότι μεταξύ ηλικιωμένων, η κούραση, ο πόνος, οι περιορισμοί στη λειτουργικότητα, τα προβλήματα ύπνου και η καταθλιπτική διάθεση, σχετίστηκαν με χαμηλή ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με την παρούσα μελέτη, το 79.5% των ηλικιωμένων ανέφεραν ότι είχαν προβλήματα υγείας, εύρημα που συμβαδίζει με πολλές άλλες πρόσφατες μελέτες (Deshmukh et al., 2015; Unsar et al., 2016), αλλά και είναι αναμενόμενο εξαιτίας της φθοράς του οργανισμού που προκαλείται από την ίδια τη διαδικασία της γήρανσης. Έπειτα, η πολυφαρμακία φαίνεται ως ένας παράγοντας που επηρεάζει αρνητικά τον τρόπο και ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους, όπως καταδεικνύεται και σε άλλες μελέτες (Lin et al., 2011; Sazlina et al., 2012).

Στη μελέτη των Naylor et al. (2016) η ποιότητα ζωής ήταν υψηλότερη σε αυτούς που είχαν καλύτερη λειτουργικότητα πράγμα που προκύπτει και από την παρούσα μελέτη στην οποία φαίνεται επίσης ότι η σχέση ισχύει και αντίστροφα, δηλαδή η αύξηση της αυτοαναφερόμενης υγείας και σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζουν θετικά το επίπεδο της αυτοφροντίδας, αυξάνοντάς την. Σε αντίθεση με άλλες μελέτες (Sloane et al., 2005; Shippee et al., 2015), οι Naylor et al. (2016) κάνουν λόγο και για μέσο όρο ποιότητας ζωής υψηλότερο σε εκείνους με μεγαλύτερη εξάρτηση σε δραστηριότητες της καθημερινής ζωής. Αυτό αποδεικνύει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν τη δυνατότητα να ελίσσονται στο χρόνο παρά τα λειτουργικά ελλείμματα, κυρίως δίνοντας έμφαση στην απόκτηση νοήματος και σκοπού στη ζωή και με γνώμονα την ποιότητα της ζωής τους. Επίσης τα ευρήματά τους ενισχύονται από τις μελέτες που σημειώνουν ότι τα ελλείμματα των ηλικιωμένων έχουν μεγάλη επίδραση στην ποιότητα της ζωής τους (Abrahamson et al., 2012; Shippee et al., 2015).

Σύμφωνα με τους Berg et al. (2009) η αντιλαμβανόμενη κοινωνική υποστήριξη θα μπορούσε να εξουδετερώσει την αρνητική επίδραση που μπορεί να έχει η υγεία και η λειτουργικότητα στην ευεξία των ηλικιωμένων. Η φτωχότερη κοινωνική υποστήριξη συσχετίστηκε με εμπόδια στην αυτοφροντίδα (Bayliss et al., 2003). Παρόλα αυτά η προαγωγή και συντήρηση της κοινωνικής υποστήριξης στους ηλικιωμένους βελτιώνει τη λειτουργικότητά τους (Sazlina et al., 2012), γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται από την παρούσα μελέτη όπου δεν εξετάζεται η σχέση μεταξύ της κοινωνικής υποστήριξης και της αυτοφροντίδας. Σκεπτόμενος κανείς τους περιορισμούς που προκύπτουν στη λειτουργικότητα καθώς ο άνθρωπος γερνά (Settersten & Richard, 2002) και τις επιδράσεις στην ποιότητα ζωής (Netuveli et al, 2005), τα ευρήματα των Liao & Brunner (2016) σε σχέση με τη σημασία των κοινωνικών σχέσεων στην ποιότητα ζωής παρουσία μιας χρόνιας νόσου παρέχουν μια καινοτόμα λύση στην καλύτερη προσαρμογή στο γήρας (Ouwehand et al., 2007). Η παροχή βοήθειας και θετικής συναισθηματικής αλληλεπίδρασης, η υποστήριξη από σημαντικούς άλλους (Settersten & Richard, 2002) μπορεί να ελευθερώσει τους ηλικιωμένους από αναπόφευκτο περιορισμό της λειτουργικότητας, να οδηγήσει σε αποτελεσματική διαχείριση (Bowling et al., 2007) και υψηλότερη ευελιξία και διατήρηση της ισορροπίας σε σχέση με τη φυσική φθορά που σχετίζεται με την ηλικία (Silver, 2003; Netuveli et al., 2012).

6.1.3 Επίδραση των δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών στο επίπεδο του τρόπου και ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων

Από την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων δεν προέκυψε συσχέτιση του τρόπου και ποιότητας ζωής με το φύλο, με τους άνδρες ωστόσο να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής συγκριτικά με τις γυναίκες. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης συμφωνούν με τη μελέτη των Unsar et al. (2016), στην οποία οι άνδρες βρέθηκε να έχουν καλύτερο σκορ από τις γυναίκες όσον αφορά την ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με την κουλτούρα και την αντίληψη του ρόλου των φύλων στην οικογένεια που στην Ελλάδα και στην Τουρκία τουλάχιστον στις παλαιότερες γενιές ήταν παρόμοια. Δηλαδή, οι άνδρες έχουν καλύτερη κοινωνική ζωή, λιγότερες ευθύνες και περισσότερη οικονομική ελευθερία. Στην παρούσα μελέτη, το φύλο δεν συσχετίστηκε σημαντικά με τον τρόπο- ποιότητα ζωής σε επίπεδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης, με τις γυναίκες να έχουν γενικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής κυρίως λόγω πολιτισμικών παραγόντων και του τρόπου ζωής στην Ελλάδα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν μία στατιστικά σημαντική μείωση του τρόπου και ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων στη μεγαλύτερη ηλικία. Το εύρημα συμβαδίζει με μια προηγούμενη διαχρονική μελέτη των Hewitt et al. (2012) με βάση τον πληθυσμό της Αυστραλίας, καθώς και με την πρόσφατη μελέτη των Hajek et al. (2016) στην οποία η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής επηρεάζεται αρνητικά από την αύξηση της ηλικίας και την εμφάνιση υποκειμενικών προβλημάτων. Στη μελέτη των Szalina et al. (2012), η ηλικία εμφανίζεται να είναι προδιαθεσικός παράγοντας χαμηλότερης ποιότητας ζωής. Αυτό οφείλεται σε αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία και την παρουσία νοσημάτων στους ηλικιωμένους (Walker, 2007). Στην παρούσα μελέτη η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά και αρνητικά με τον τρόπο-ποιότητα ζωής όπως μετρήθηκε σε επίπεδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης.

Παράλληλα, ομοιότητες έχει η παρούσα μελέτη με την αντίστοιχη των Unsar et al. (2016) και ως προς άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν τον τρόπο και ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, οι έγγαμοι, οι έχοντες παιδιά και εγγόνια, οι υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου και εκείνοι που εργάζονται έστω και περιστασιακά, είχαν υψηλότερο άθροισμα και στις δύο μελέτες. Ο γάμος και η ποιότητα ζωής σχετίστηκαν θετικά στη μελέτη των Hajek et al. (2016), στοιχείο που αιτιολογείται από το γεγονός ότι τα άτομα με υψηλότερη ποιότητα ζωής συνήθως

επιλέγουν να παντρευτούν. Στην παρούσα μελέτη, η οικογενειακή κατάσταση συσχετίστηκε σημαντικά με τον τρόπο και ποιότητα ζωής, με τους έγγαμους ηλικιωμένους να σημειώνουν υψηλότερο σκορ σε σχέση με εκείνους που βρίσκονταν σε κατάσταση χηρείας. Τα αποτελέσματα της μονοπαραγοντικής ανάλυσης έδειξαν ότι ο τρόπος και ποιότητα ζωής επηρεάζεται επίσης από τον αριθμό παιδιών και εγγονιών, καταδεικνύοντας ένα μικρότερο σκορ του τρόπου-ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων με ένα ή κανένα παιδί ή εγγόνι, έναντι εκείνων με δύο ή περισσότερα παιδιά ή εγγόνια. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τις ωφέλιμες επιδράσεις της κοινωνικής υποστήριξης από την οικογένεια στον τρόπο και ποιότητα της ζωής (Walen & Lachman, 2000; Liao & Brunner, 2016). Επίσης συμβαδίζουν με τη μελέτη των Sok & Yun (2011) που έδειξαν ότι η επίδραση της συναισθηματικής υποστήριξης από την οικογένεια επηρεάζει θετικά τη φυσική και την ψυχολογική υγεία των ηλικιωμένων στην Κορέα, καθώς επίσης και με τη μελέτη των Phillips et al. (2005) στο Χονγκ Κονγκ που επιβεβαιώνει ότι οι συνθήκες διαβίωσης επηρεάζουν την ευημερία των ατόμων και κατ' επέκταση και τις ευκαιρίες τους για υγιή γήρανση.

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται σε πολλές μελέτες να επηρεάζει την υποκειμενική αντίληψη της υγείας. Συγκεκριμένα, τα άτομα με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο έχουν θετικότερη υποκειμενική αντίληψη για την υγεία τους σε σχέση με άλλα άτομα (Fernández-Ballesteros, 2002). Σύμφωνα με τις μελέτες των De Belvis et al. (2008) και της Μπαμπούρη (2015), τα άτομα υψηλότερου εκπαιδευτικού επιπέδου αντιλαμβάνονταν θετικότερα την υγεία έναντι εκείνων κατώτερης εκπαίδευσης. Η υποκειμενική αντίληψη της υγείας μπορεί να θεωρηθεί και ως ένας δείκτης ποιότητας ζωής, καθώς τα άτομα της τρίτης ηλικίας που αισθάνονται καλά στην υγεία τους τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένα από τη ζωή τους γενικότερα (Efklides et al., 2003). Καλή υγεία σημαίνει καλή λειτουργικότητα και συνδέεται θετικά με την ικανοποίηση από τη ζωή (Cole & Dendukuri, 2004). Όσο αυξάνεται η ικανοποίηση από τη ζωή, μειώνεται παράλληλα η κατάθλιψη και η κακή υγεία (Depp & Jeste, 2006).

Οι Sok & Yun (2011) αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι που ζούσαν με την οικογένειά τους είχαν καλύτερη ποιότητα ζωής από αυτούς που ζούσαν μόνοι, γιατί είχαν υψηλότερη κοινωνική υποστήριξη από την οικογένεια. Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει αυτό το στοιχείο διαφορετικά και πιο συγκεκριμένα, ο τρόπος και ποιότητα ζωής στους ηλικιωμένους δεν επηρεάζεται από τον αριθμό των παιδιών

(σε επίπεδο πολυπαραγοντικής ανάλυσης γραμμικής παλινδρόμησης), αντίθετα επηρεάζεται από την οικογενειακή κατάσταση, τον αριθμό των εγγονιών και την εργασία. Πολλές μελέτες καταλήγουν σε αλληλοσυγκρουόμενα συμπεράσματα σχετικά με τη σύνθετη σχέση μεταξύ της εργασίας και της ποιότητας ζωής (Holmén & Furukawa 2002; Heikkinen & Kauppinen 2004). Στην παρούσα μελέτη, τα αποτελέσματα δείχνουν μια στατιστικά σημαντική αύξηση του τρόπου και ποιότητας ζωής με την εργασία, με τους ηλικιωμένους που δεν εργάζονται την παρούσα χρονική στιγμή να αναφέρουν χειρότερη ποιότητα ζωής έναντι εκείνων που εργάζονται. Τα ευρήματα αυτά ενισχύονται και από τις μελέτες των Bayliss et al. (2003) και Banegas et al. (2007), καθώς και από τη μελέτη των Szalima et al. (2012) στην οποία διαπιστώθηκε ότι η εργασία επηρεάζει την ποιότητα ζωής θετικά.

Σε κάθε περίπτωση, τα αποτελέσματα της έρευνας εξηγούνται με αρκετά απλό τρόπο στο σύνολό τους. Καταρχήν, πρόκειται για έναν πληθυσμό, ο οποίος εμφανίζει ικανοποιητικά επίπεδα υγείας και λειτουργικής ικανότητας, σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων. Είναι απολύτως αναμενόμενο οι ηλικιωμένοι άνθρωποι μιας αγροτικής περιοχής να έχουν ανάγκη τη φροντίδα της οικογένειάς τους είτε αυτή εκφράζεται μέσω του συντρόφου τους είτε μέσω των παιδιών τους. Επιπλέον, δεδομένης της μορφής της κοινωνίας μας τις τελευταίες δεκαετίες και τις τάσεις εγκατάλειψης των αγροτικών περιοχών από το σύνολο σχεδόν των νεότερων ανθρώπων, είναι απόλυτα αναμενόμενο το γεγονός ότι κατά κύριο λόγο οι ηλικιωμένοι δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη γειτονιά τους, από τις κοινωνικές υπηρεσίες της περιοχής τους, από τη συμμετοχή τους στη θρησκεία και από το χώρο που ζουν, σε σχέση με τη φροντίδα που λαμβάνουν από τα παιδιά τους.

6.2 Περιορισμοί της μελέτης

Παρόλο που καταβλήθηκε κάθε δυνατή προσπάθεια σε κάθε στάδιο της μελέτης για την επιτυχή και ολοκληρωμένη διεξαγωγή της, παρουσιάζονται μερικοί περιορισμοί που σχετίζονται με το σχεδιασμό της μελέτης, η επιλογή του οποίου στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας επιλέχθηκε ως ο πλέον εφικτός από πλευράς χρόνου και κόστους.

Ο συγχρονικός της χαρακτήρας επιλέχθηκε λόγω του περιορισμένου χρόνου και της αντικειμενικής δυσκολίας των επισκέψεων στις οικίες των ηλικιωμένων και στο ΚΑΠΗ για τις προσωπικές συνεντεύξεις, εφόσον αποτελούσε μια χρονοβόρα διαδικασία που ήταν δύσκολο χρονικά να επαναληφθεί σε διαφορετικούς χρόνους. Λόγω λοιπόν του συγχρονικού της χαρακτήρα, τα αποτελέσματα παρουσιάζουν την κατάσταση στη δεδομένη συγκυρία και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα με διαχρονική εφαρμογή, μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό τόσο κατάλληλων παρεμβάσεων για την επίτευξη υγιούς γήρανσης, όσο για μελλοντική έρευνα.

Το δείγμα της μελέτης, αν και ικανοποιητικό για τη συγκεκριμένη περιοχή, ήταν δείγμα ευκολίας, γεγονός που επηρεάζει την αντιπροσωπευτικότητα και επομένως και τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Παρά την προσπάθεια που έγινε για την όσο το δυνατό μεγαλύτερη εκπροσώπηση των φύλων και των ηλικιών, κυρίως από τα μέλη των ΚΑΠΗ και κατ' επέκταση του ερωτώμενου πληθυσμού, σίγουρα δεν επετεύχθη αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος με βάση δημογραφικά και κοινωνικο-οικονομικά κριτήρια. Περαιτέρω, εάν στην ίδια μελέτη μπορούσε να συμπεριληφθεί δείγμα από την επαρχία, άλλες πόλεις ή αστικά κέντρα, πιθανόν τα ευρήματα να ήταν αντιπροσωπευτικότερα.

Επιπλέον, ο τρόπος συμπλήρωσης με συνέντευξη, παρόλο που επελέγη για να διευκολύνει τους ηλικιωμένους και έγινε στο σύνολο του δείγματος από την ερευνήτρια, αποτελεί αδυναμία διότι δεν υπήρχε η δυνατότητα επιβεβαίωσης των αποτελεσμάτων και από δεύτερο ερευνητή.

6.3 Συμπεράσματα - Προτάσεις

Καθώς ο πληθυσμός των ηλικιωμένων αυξάνεται συνεχώς, το ζήτημα της τρίτης ηλικίας και η αξιολόγηση του τρόπου και ποιότητας ζωής του για την επίτευξη της υγιούς γήρανσης αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Σημαντικό ρόλο σε αυτό το μεγάλο θέμα της τρίτης ηλικίας δεν έχει μόνο το κράτος αλλά και η οικογένεια και εν γένει το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον, η κοινότητα, με ιδιαίτερη αναφορά στην εμπλοκή της τοπικής αυτοδιοίκησης και της τοπικής κοινωνίας, καθώς και οι εθελοντικές, μη-κυβερνητικές οργανώσεις. Ρόλο και ενεργό συμμετοχή στην διαμόρφωση πολιτικών οφείλουμε να προσδώσουμε και στα ίδια τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Εξάλλου, δεν πρέπει να ξεχνά κανείς ποιοι αποτελούν τους σημερινούς ηλικιωμένους της κοινωνίας μας. Πρόκειται για τους ανθρώπους που έδωσαν το δικό τους αγώνα για τη στήριξη και την επιβίωση της Ελλάδας, είναι εκείνοι που με το μόχθο και τον ιδρώτα τους, με τη δουλειά και τους αγώνες τους προσέφεραν στις επόμενες γενιές. Αυτοί λοιπόν που στήριξαν τη χώρα, την κοινωνία και την οικονομία της, θα πρέπει να στηριχθούν από αυτή. Όχι μόνο γιατί το έχουν ανάγκη ως ηλικιωμένοι, αλλά επειδή το ανθρώπινο πρόσωπο της κοινωνίας μας καθρεφτίζεται μέσα από τη συμπεριφορά μας απέναντι στους ηλικιωμένους.

Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας, λόγω της οικονομικής και κοινωνικής κρίσης η σημασία της τρίτης ηλικίας έγινε πιο διακριτή, με τον παππού και τη γιαγιά να γίνονται οι σημαντικότεροι υποστηρικτές της καθημερινότητας της μεγάλης πλειοψηφίας των ελληνικών οικογενειών. Στο πλαίσιο λοιπόν της κοινωνικής πολιτικής η τρίτη ηλικία δεν θα μπορούσε να μη καταλαμβάνει το χώρο που δικαιούται και της αναλογεί, με ισότιμη αντιμετώπιση, με σεβασμό και αναγνώριση, σε κάθε ηλικιωμένο άτομο, καθιστώντας αναγκαία τη χάραξη ολοκληρωμένης δημογραφικής πολιτικής που να ανταποκρίνεται στις σύγχρονες ανάγκες των πρεσβύτερων πολιτών. Οι νομοθεσίες, τα προγράμματα, τα σχέδια και οι υπηρεσίες που παρέχει το κράτος στα άτομα της τρίτης ηλικίας, είναι από τους βασικούς πυλώνες της κοινωνικής πολιτικής του, αποσκοπώντας στη διασφάλιση συνθηκών κοινωνικής συνοχής και κοινωνικής αλληλεγγύης, στην παροχή κοινωνικής προστασίας, στην επίτευξη κοινωνικής ενσωμάτωσης, στην προώθηση της ισότητας των ευκαιριών για όλους τους πολίτες, στην καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού, καθώς και στην προώθηση των συμφερόντων ατόμων, οικογενειών και κοινοτήτων.

Η κοινωνική αλληλεγγύη θα πρέπει να χαρακτηρίζει τις δικές μας δεσμεύσεις και για την τήρηση τους χρειάζεται σκληρή δουλειά, πολύ περισσότερο σήμερα όπου η παγκόσμια οικονομική κατάσταση διέρχεται κρίση. Τα κοινωνικά προγράμματα του κράτους θα πρέπει να προχωρήσουν σε ιεράρχηση στόχων για την τρίτη ηλικία, παρά τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στα δημόσια οικονομικά. Να κατοχυρώνουν ένα αξιοπρεπές επίπεδο διαβίωσης σε κάθε συνταξιούχο, να βελτιώνουν το βιοτικό επίπεδο των χαμηλά εισοδηματικών στρωμάτων με την καταπολέμηση της φτώχειας και του κοινωνικού αποκλεισμού. Ειδικά για τους ηλικιωμένους, στο πρόγραμμα διακυβέρνησης θα πρέπει να περιλαμβάνονται μεταξύ άλλων μέτρα που θα μειώσουν δραστικά τον κίνδυνο φτώχειας μέσω εισοδηματικής στήριξης, χρηματικές παροχές που να στοχεύουν τα άτομα που ζουν κάτω από το όριο της φτώχειας, προκειμένου να απολαμβάνουν σήμερα ένα ικανοποιητικό βιοτικό επίπεδο.

Τα άτομα της τρίτης ηλικίας θα πρέπει να ενισχυθούν οικονομικά με δημόσια βοηθήματα, ειδικά σχέδια και προγράμματα, με στόχο τη διασφάλιση ενός αξιοπρεπούς επιπέδου διαβίωσης. Έτσι θα καλυφθούν οι πλείστες ανάγκες αυτών των ατόμων για καλύτερη ποιότητα ζωής, αλλά και παράλληλα στηρίζεται και ενισχύεται τόσο το ίδιο το άτομο να παραμείνει στο οικείο του περιβάλλον όσο και η οικογένεια να κρατήσει το ηλικιωμένο μέλος της κοντά της. Επίσης καθίσταται αναγκαία η προώθηση των προγραμμάτων εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ενηλίκων αλλά και εθελοντισμού για την τρίτη ηλικία, ούτως ώστε να βοηθηθεί στην κοινωνική της δραστηριοποίηση αλλά και να αποτελέσει μέρος της παραγωγικής προσπάθειας ειδικότερα ενόψει της αύξησης του μέσου όρου ζωής.

Συμπερασματικά, γίνεται αντιληπτό ότι, καθώς ο αριθμός των ηλικιωμένων ατόμων, αλλά και η αναλογία τους ως προς το γενικό πληθυσμό αυξάνει, είναι σημαντικό να κατανοηθούν οι αλλαγές που πρέπει να επέλθουν, προκειμένου να στηριχθεί η προσπάθεια ένταξής τους στο κοινωνικό σύνολο το οποίο ανήκουν. Επίσης, οι περισσότεροι επιθυμούν την αυτόνομη διευθέτηση των καθημερινών τους προβλημάτων, έχοντας όμως την απαραίτητη στήριξη των εμπλεκόμενων φορέων. Οι υπεύθυνοι χάραξης πολιτικής πρέπει να παρέχουν στους ηλικιωμένους ευκαιρίες κατάρτισης και ενδυνάμωσης μέσω μιας συμμετοχικής προσέγγισης στην αξιολόγηση των άμεσων αναγκών τους, και αυτό να καταστεί βασικό στοιχείο σχεδιασμού πολιτικής σε όλα τα επίπεδα. Η άμεση ανάμειξη των ηλικιωμένων στη χάραξη πολιτικής θα πρέπει σταδιακά να εξασφαλίζει ότι οι πραγματικότητες που

αντιμετωπίζουν οι ίδιοι, πραγματικά αντικατοπτρίζονται στην ανάπτυξη και την υλοποίηση της κοινωνικής ένταξης.

Σημαντικό βήμα αποτελεί η δημιουργία επιπλέον κοινωνικών δομών στήριξης και παρακολούθησης των ηλικιωμένων ατόμων με σκοπό την ανίχνευση, την πρόληψη και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν καθημερινά οι ηλικιωμένοι. Σημαντικό όμως είναι και το γεγονός ότι δίνεται η δυνατότητα στα άτομα αυτά να αισθανθούν την παρουσία κάποιου, ο οποίος διαθέτει τη γνώση, αλλά κυρίως τη διάθεση να ακούσει τις εμπειρίες, τα προβλήματα και τις αντιξοότητες της καθημερινότητάς τους. Επιτακτική θεωρείται η επάνδρωση των ειδικών αυτών κοινωνικών δομών στήριξης με επαρκές προσωπικό, το οποίο θα έχει τις κατάλληλες γνώσεις για τον σχεδιασμό, τον προγραμματισμό και την εφαρμογή στρατηγικών προσέγγισης των ατόμων τρίτης ηλικίας, με σκοπό τη συναισθηματική αποκατάσταση και την κοινωνική επανένταξή τους.

Από τότε που η ηλικία σχετίζεται άμεσα με τη φυσική και νοητική ασθένεια, αλλά και με την απώλεια της αυτοφροντίδας, το γήρας αποτελεί έναν σημαντικό τομέα μελέτης του συστήματος υγείας. Οι συνθήκες διαβίωσης, η κοινωνικοοικονομική και συναισθηματική κατάσταση στην οποία βρίσκονται οι ηλικιωμένοι, καθώς και η συμμετοχή τους στο κοινωνικό γίνεσθαι, αποτελούν ζητήματα τα οποία χρήζουν περαιτέρω μελέτης. Για το λόγο αυτό, μελλοντικές έρευνες θεωρούνται επιτακτικές, καθώς κύριος σκοπός δεν είναι μόνο να προσθέτουμε επιπλέον χρόνια στη ζωή των ηλικιωμένων, αλλά ποιότητα ζωής στα χρόνια που τους απομένουν.

Συνοψίζοντας την μελέτη για την τρίτη ηλικία, ας θυμηθούμε τη συζήτηση Κέφαλου-Σωκράτη από το βιβλίο της «Πολιτείας» του Πλάτωνα:

«[...] τα γηρατειά είναι μέστωμα της ζωής, η αποθησαυρισμένη πείρα, καταλάγιασμα και ειρήνευση ψυχής. Όχι λοιπόν μόνο αδυναμία, αλλά και δύναμη. Έπειτα από την επίμονη δράση των πρώτων ηλικιών τα γεράματα, απόληξη και στεφάνωμα του βίου, είναι η αναπαυτική θεώρηση των σκληρών αγώνων της ζωής. Αναπαυτική και ήρεμη και γλυκιά σαν το γαλήνιο δειλινό μιας μεγάλης τρικυμισμένης μέρας [...].»

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενόγλωσση

- Abrahamson, K., Clark, D., Perkins, A., & Arling, G. (2012). Does cognitive impairment influence quality of life among nursing home residents? *Gerontologist*, 52: 632- 640.
- Arnold, S.B. (1991). Measurement of quality of life in the frail elderly. In R.P. Aleles (Ed.), *The concept and management of quality of life in the frail elderly*.
- Arvaniti, A., Livaditis, M., Kanioti, E., Davis, E., Samakouri, M., & Xenitidis, K. (2005). Mental health problems in the elderly in residential care in Greece-A pilot study. *Journal of Aging & Mental Health*, 9(2): 142-145.
- Babbie, E., Halley, F, Wagner, William, E., & Zaino, Jeanne. (2003). *Adventures in Social Research: Data Analysis Using IBM SPSS Statistics*. Bookshelf: Brockport.
- Banegas, J.R., Lopez-Garcva, E., Graciani, A., Guallar-Castilon, P., Gutierrez-Fisac, J.L., Alonso J., et al. (2007). Relationship between obesity, hypertension and diabetes, and health-related quality of life among the elderly. *J Cardiovasc Risk* 14(3):456 -462.
- Bassett, C., & Bassett, J. (2003). Reading and critiquing research. *British Journal of Perioperative Nursing*, 13: 162-164.
- Bayliss, E.A., Steiner, J.F., Fernald, D.H., Crane, L.A., & Main, D.S. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 1(1):15-21.
- Bayliss, E.A., Steiner, J.F., Fernald, D.H., Crane, L.A., & Main, D.S. (2003). Descriptions of barriers to self-care by persons with comorbid chronic diseases. *Ann Fam Med* 1(1):15-21.
- Bell, A. (2007). Designing and testing questionnaires for children'. *Journal for Research in Social Sciences* 12(5): 461–469.
- Berg, A., Hassing, L., Nilsson, S., & Johansson, B. (2009). “As long as I’ m in good health”. The relationship between medical diagnoses and life satisfaction in the oldest-old. *Aging Clinical and Experimental Research*, 21: 307- 313.
- Berg, A.I., Hassing, L.B., McClearn, G.E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldestold? *Aging & Mental Health*, 10(3): 257-264.

- Borg, C., Hallberg, I., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing, 15*: 607-618.
- Borg, C., Hallberg, I., & Blomqvist, K. (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing, 15*: 607-618.
- Bowling, A., Seetai, S., Morris, R., & Ebrahim, S. (2007). Quality of life among older people with poor functioning. The influence of perceived control over life. *Age and Ageing, 36*(3): 310–315.
- Bowling, A., Banister, D., Sutton, S., Evans, O., & Windsor, J. (2002). A multidimensional model of the quality of life in older age. *Aging & Mental Health, 6*(4): 355-371.
- Broese Van Groenou, M., & Van Tilburg, T. (1997). Changes in the support networks of older adults in the Netherlands. *Journal of Cross-Cultural Gerontology 12*:23-44.
- Bryman, A. (1992). Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In (ed.) *J. Brannen Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*. Aldershot: Ashgate.
- Burns, N., & Grove, S.K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. 5th edition, St. Louis: Elsevier.
- Bury, M., & Holme, A. (1990). Quality of life and social support. *Journal of aging studies 4*(4): 345-357.
- Carstensen, L.L., Isaacowitz, D.M., & Charles, S.T. (1999). Taking time seriously, A theory of socioemotional selectivity. *American psychologist, 54*: 165-181.
- Chan, S., Jia, S., Chiu, H., Chien, W.T., Thompson, D.R., Hu, Y., & Lam, L. (2009). Subjective health-related quality of life of Chinese older persons with depression in Shanghai and Hong Kong: relationship to clinical factors, level of functioning and social support. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*: 355–362.
- Chen, Y., Hicks A., & While A.E. (2014). Quality of life and related factors: a questionnaire survey of older people living alone in Mainland China. *Qual Life Res 23*: 1593–1602.

- Cohler, B.J., & Nakamura, J.E. (1996). Self and experience across the second half of life. In: Sadavory, J., Lazarus, L.W., Jarvik L.F., Grossberg, G.T. (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (Vol.II, pp. 15-196. 2nd Ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Cole, M.G., & Dendukuri, N. (2004). The feasibility and effectiveness of brief interventions to prevent depression in older subjects: A systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry, 19*:1019–1025.
- Conkin Dale J. (2005). Critiquing research for use in practice. *J Pediatric Health Care 19*: 183-186.
- Coolikan, H., (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology*. 4th edition, London: Hodders & Stoughton.
- Cowgill, D.O., & Holmes, L.D. (1972). *Aging and Modernization*. New York: Appleton-Century Crofts.
- De Belvis, A.G., Avolio, M., Sicuro, L., Rosano, A., Latini, E., Damiani, G., & Ricciardi, W. (2008). Social relationships and HRQL: A cross-sectional survey among older Italian adults. *BMC Public Health, 8*: 348.
- Delice, A. (2010). The Sampling Issues in Quantitative Research. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri/Educational Sciences: Theory & Practice, 10*(4), 2001-2018.
- Depaola, S.J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R.A. (2003). Death anxiety and Attitudes toward the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity, *Death Studies, 27*(4): 335-354.
- Depp, C., & Jeste, D.V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A comprehensive review of larger quantitative studies. *Am J Geriatr Psychiatry, 14*: 6–20.
- Depp, C.A., & Jeste, D.V. (2006). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative Studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 14*(1): 6-20.
- Deshmukh, P.R., Dangre, A.R., Rajendran, K.P., Kumar, S. (2015). Role of social, cultural and economic capitals in perceived quality of life among old age people in Kerala, India. *Indian J Palliat Care Jan-Apr, 21*(1):39-44.

- Dowd, J. (1981). Industrialization and the decline of the aged. *Social Focus*, 14(4): 256-267.
- Efklides, A., Kalaitzidou, M., & Chankin, G., (2003). Subjective Quality of Life in Old Age in Greece: The Effect of Demographic Factors, Emotional State, and Adaptation to Aging. *European Psychologist* 8(3): 178-191.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). Social support and Quality of life Among Older People in Spain. *Journal of Social Issues*, 58(4): 645-659.
- Freyne, A., Faby, S., McAleer, A., Keogh, F., & Wrigley, M. (2005). A longitudinal study of depression in old age I: outcome and relationship to social networks. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 22(3), 87-93.
- Geest, S.V.D., Mul, A., & Vermeulen, H. (2004). Linkages between Migration and the care of frail older people: Observations from Greece, Ghana and the Netherlands. *Ageing and society*, 24: 341-450.
- Grewal, I., Nazroo, J., Bajekal, M., Blane, D., & Lewis, J. (2004). Influences on quality of life: A qualitative investigation of ethnic differences among older people in England. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 30(4): 737-761.
- Hajek, A., Brettschneider, C., Lange, C., Posselt, T., Wiese, B., Steinmann, S., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bicke, H., Mösch, E., Wolfsgruber, S., Hesel, K., Maier, W., Scherer, M., Riedel-Heller, S.G., & König, H.H. (2016). Gender differences in the effect of social support on health-related quality of life: results of a population-based prospective cohort study in old age in Germany. *Qual Life Res*, 25:1159-1168.
- Harris, P.B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *International Journal of Aging & Human Development*, 67(1): 43-61.
- Havighurst, R.J., Neugarten, B.L., & Tobin, S.S. (1968). Disengagement and Patterns of Aging. Pp. 161-72. In Neugarten, B.L., (Ed.) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*, Chicago: University of Chicago Press.
- Heikkinen, R.L., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Arch Gerontol Geriatr* 2004; 38: 239-250.

- Hellström, Y., & Hallberg, I. (2001). Perspective of elderly people receiving home help, care and quality of life. *Health Soc Care Community* 9: 61–71.
- Hellstrom, Y., Andersson, M., & Hallberg, I. (2004). Quality of life among older people in Sweden receiving help from informal and/ of formal helpers at home or in special accommodation. *Health and Social Care in the Community*, 12(6): 504-516.
- Hewitt, B., Turrell, G., & Giskes, K. (2012). Marital loss, mental health and the role of perceived social support: Findings from six waves of an Australian population based panel study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4): 308–314.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, D. (2003). Researching quality of life in early old age: The importance of the sociological dimension. *Social Policy & Administration*, 37: 239-252.
- Ho, S.C., Woo, J., Lau, J., Chan, S.G., Yuen, Y.K., Chan, Y.K., & Chi, I. (1995). Life satisfaction and associated factors in older Hong Kong Chinese. *Journal of the American Geriatrics Society*, 43: 252–255.
- Holmén, K., & Furukawa, H. (2002). Loneliness, health and social network among elderly people: A follow-up study. *Arch Gerontol Geriatr*, 35: 261-274.
- Ierodiakonou, C.S., Iakovides, A., & Ierodiakonou-Benou, I. (1998). Changing Patterns of Attempted Suicide in Greece: Clinicoepidemiological and psychodynamic Data. *Psychopathology*, 31(6): 281-292.
- Jakobsson, U., Hallberg, I., & Westgreen, A. (2004). Exploring determinants for quality of life among older people in pain and in need of help for daily living. *Qual Life Res* 13: 126-136.
- Kahn, R.L., & Antonucci, T.C. (1980). Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. In Baltes P. B., Brim O, editors. (Eds.), *Life-span development and behavior*, 3: 254–283. New York: Academic Press.
- Karagiannaki, E. (2005). *Changes in the living arrangements of elderly people in Greece 1974-1999*. Centre for Analysis of Social Exclusion, London, November 2005, 1-28.
- Kendig, H., Hashimoto, A., & Coppard, L.C. (1992). Family support for the elderly: The international experience. *Ageing international*, 19(2): 32-37.

- Khalifeh, A. (1997). *Psychology of the Elderly*. Cairo: Library Charib.
- Kohli, M., Kunemund, H., & Ludicke, J. (2005). *Family Structure, proximity and contact*. Chapter 4.1, Share First Results Book.
- Kudo, H., Izumo, Y., Kodama, H., Watanabe, M., Hatakeyama, R., Fukuoka, Y., Yaegashi, Y., & Sasaki, H. (2007). Life satisfaction in older people. *Japan Geriatrics Society, 7*: 15-20.
- Kyriakidou, E., Kotzabassaki, S., & Christopoulou, I. (2001). Care the Elderly in Greece, A Family Centered Approach. *ICUs and Nursing Web Journal, 8*: 1-17.
- Lawton, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In R.P. Abeles (Ed.), *The concept and management of quality of life in the frail elderly*, pp. 3-27.
- Levkoff, S.E., Macarthur, I.W., & Bucknall, J. (1995). Elderly mental health in the developing world. *Social Science and Medicine, 41*(7): 983-1003.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., & Kasl, S.V. (2002). Longevity Increased by Positive Self-Perceptions of Aging. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(2): 261–270.
- Lewis, J. (1997). Housing and social support needs of elderly persons: a needs assessment in an independent living facility. *Evaluation and Program Planning 20*(3): 269-277.
- Liao, J., & Brunner, E.J. (2016). Structural and functional measures of social relationships and quality of life among older adults: does chronic disease status matter. *Qual Life Res, 25*: 153–164.
- Lin, C.F., Wang, C.Y., & Bai, C.H. (2011). Polypharmacy, aging and potential drugdrug interactions in outpatients in Taiwan. *Drugs Aging 28*(3):219-225.
- Mannel, R.C., & Dupuis, S. (1996). Life satisfaction. In Birren, J.E. (Ed.), *Encyclopedia of Gerontology Age, Aging, and the Aged*, pp. 59-64.
- McCamish-Svensson, C., Samuelsson, G., Hagberg, B., Svensson, T., & Dehlin, O. (1999). Social relationships and health as predictors of life satisfaction in advanced old age: Results from a Swedish longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development, 48*: 301– 324.

Menoudakou-Beldekou, M. (2002). Second World Assembly on Ageing. Madrid, Spain 8th-12th April 2002.

Naylor, M.D., Hirschman, K.B., Hanlon, A.L., Katherine, M., Abbott, K.M., Bowles, K.H., Foust, J., Shah, S., & Zubritsky, C. (2016). Factors associated with changes in perceived quality of life among elderly recipients of long-term services and supports. *JAMDA, 17*: 44-52.

Netuveli, G., Pikhart, H., Bobak, M., & Blane, D. (2012). Generic quality of life predicts all-cause mortality in the short term: Evidence from British household panel survey. *Journal of Epidemiology and Community Health, 66*(10): 962–966.

Netuveli, G., Wiggins, R.D., Hildon, Z., Montgomery, S.M., & Blane, D. (2005). Functional limitation in long standing illness and quality of life: Evidence from a national survey. *BMJ, 331*(7529): 1382–1383.

Nocon, A., & Pearson, M. (2000). The roles of friends and neighbours in providing support for elder people. *Ageing and Society, 20*: 341-367.

Olsen, O., Iversen, L., & Sabroe, S. (1991). Age and the operationalization of social support. *Social Science and Medicine 32*(7): 767-771.

Ouwehand, C., de Ridder, D.T., & Bensing, J.M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review, 27*(8): 873–884.

Phillips, D.R., Siu, O.L., Yeh, A.G.O., & Cheng, K.H.C. (2005). The impacts of dwelling conditions on older persons' psychological well-being in Hong Kong: the mediating role of residential satisfaction. *Social Science & Medicine 60*: 2785–2797.

Polit, D., & Beck, C. (2006). *Essentials of Nursing Care: Methods, Appraisal and Utilization*. 6th Edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Rafnsson, S.B., Shankar, A., & Steptoe, A. (2015). Longitudinal influences of social network characteristics on subjective wellbeing of older adults: findings from the ELSA study. *Journal of Aging and Health, 27*(5): 919–934.

Ranzijn, R., & Luszcz, M. (2000). The measurement of subjective quality of life of elders. *International Journal of Aging and Human Development, 50*(4): 19-34.

- Rennemark, M., & Hagberg, B. (1999). Gender specific associations between social networks and health behaviour in old age. *Aging and Mental Health* 3(4): 320-327.
- Rose, A.M. (1965). The subculture of the aging: a framework for research in social gerontology. In: Arnold M. Rose and Warren A. Peterson, (eds.), *Older People and Their Social World*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Rosenmayr, L. (1987). Sociological Dimensions of Gerontology. In: M.Bergener *Psychogeriatrics, An International Handbook*, Springer Publishing Co, New York, pp.43-74.
- Sazlina, S.G., Zaiton, A., NorAfiah, M.Z., & Hayati, K.S. (2012). Predictors of health related quality of life in older people with non-communicable diseases attending three primary care clinics in Malaysia. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 16(5): 498-502.
- Seeman, T., & Berkman, L. (1988). Structural characteristics of social networks and their relationship with social support in the elderly: who provides support. *Social Science and Medicine* 26(7): 737-749.
- Settersten, J., & Richard, A. (2002). Social sources of meaning in later life. In R. A. Weiss & S. A. Bass (Eds.), *Challenges of the third age: Meaning and purpose in later life* (pp. 55–79). New York: Oxford University Press.
- Shippee, T.P., Henning-Smith, C., Kane, R., & Lewis, T. (2015). Resident and facility level predictors of quality of life in long-term care. *Gerontologist*, 55: 643-655.
- Silver, C.B. (2003). Gendered identities in old age: Toward (de) gendering? *Journal of aging studies*, 17(4): 379–397.
- Sloane, P.D., Zimmerman, S., Williams, C.S., et al. (2005). Evaluating the quality of life of long-term care residents with dementia. *Gerontologist*, 45: 37- 49.
- Smith, A., Sim, J., Scharf, T., & Phillipson, C. (2004). Determinants of quality of life amongst older people in deprived neighbourhoods. *Aging and Society*, 24: 793-814.
- Sok, S.R., & Yun, E.K. (2011). A comparison of physical health status, self-esteem, family support and health-promoting behaviors between aged living alone and living with family in Korea. *Journal of Clinical Nursing*.

- Sproull, N.L. (1998). *Handbook of Research Methods*. Metuchen, NJ, London: Scarecrow Press.
- Takemasa, S. (1998). Factors affecting QOL of the home-bound elderly disabled. *Journal of Medical Science*, 44(3): 99-114.
- Teddlie, C., & Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research. Integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral sciences*. Sage, Thousand Oaks, CA.
- Triantos, D. (2005). Intra-oral findings and general health conditions among institutionalized and non-institutionalized elderly in Greece. *Journal of Oral Pathology and Medicine*, 34: 577-585.
- Tucker, P., & Krug, R.S. (1996). *Behavioural Science*. New York: Lippincott-Roven.
- Unsar, S., Erol, O., & Sut, N. (2016). Social support and quality of life among older adults. *International Journal of Caring Sciences*, Jan-Apr, 9(1): 249.
- Walen, H.R., & Lachman, M.E. (2000). Social support and strain from partner, family, and friends: Costs and benefits for men and women in adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17(1): 5–30.
- Walker, A.E. (2007). Multiple chronic diseases and quality of life: patterns emerging from a large national sample, Australia. *Chronic Illness* 3(3): 202 -218.
- Wellington, J. (2000). *Educational Research. Contemporary issues and Practical Approaches*. London: Continuum.
- Wenger, C. (1993). The formation of social networks: Self Help, Mutual Aid, and Old people in Contemporary Britain. *Journal of aging studies* 7(1): 25-40.
- White, A.M., Philogene, S., Fine, L., & Sinha, S. (2009). Social support and self - reported health status of older adults in the United States. *American Journal of Public Health*, 99(10).
- Wood, M.J., Ross-Kerr, J.C., & Brink, P.J. (2006). *Basic Steps in Planning Nursing Research: From Question to Proposal*. 6th Edition. Sudbury: Jones & Bartlett.
- Zoua, P., Sunindijob, R., & Daintyc, A. (2014). A mixed methods research design for bridging the gap between research and practice in construction safety. *Safety Science*, 70: 316–326.

Ελληνική

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Μτφρ. Μ. Φιλοπούλου, Μ. Μαυράκη, Π. Μπιθάρα, Σ. Κυρανάκης, Χ. Μητσοπούλου. (Νέα συμπληρωμένη και αναθεωρημένη έκδοση). Αθήνα: Μεταίχμιο.

Creswell, J.W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.

Javeau, C. (2000). *Η έρευνα με ερωτηματολόγιο*. Αθήνα: Εκδόσεις Τυπωθήτω.

Kastenbaum, R. (1988). *Ο κύκλος της ζωής: Η Τρίτη Ηλικία, τα χρόνια της ολοκλήρωσης*. (Ε. Τζελέπογλου, Μετάφ.), Αθήνα: Ψυχογίος.

Robson, C. (2010). *Η έρευνα του πραγματικού κόσμου*. (Μτφρ: Νταλάκου Β. & Βασιλικού Κ.). Αθήνα: Gutenberg.

Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α. (2000). *Ψυχολογία της υγείας*. Αθήνα: χ.ε.

Βακαλιός, Θ. (1984). *Ποιότητα ζωής: Προβληματισμοί-Κατευθύνσεις*. Αθήνα: ΚΕΠΕ.

Βαλάσση- Αδάμ, Ε. (2001). Κλινική εκτίμηση της ποιότητας ζωής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18 (3): 216-217.

Βάντσος, Χ. (1988). *Η μέριμνα της Εκκλησίας για τον άνθρωπο της τρίτης ηλικίας*. Θεσσαλονίκη.

Γεωργούλη, Ι., Κονδύλη, Δ., Χανδάνος, Γ., & Χατζηβαρνάβα, Ε. (1996). Αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενεές: σχέσεις μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων μελών της οικογένειας. Στο Β. Κοτζαμάνης, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου, Μ. Τζωρτζοπούλου (επιμ.), *Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου, ΕΚΚΕ*, Αθήνα: ΕΚΚΕ, σελ. 401-430.

Γναρδέλλης, Χ. (2003). *Εφαρμοσμένη Στατιστική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Δαρδαβέσης, Θ. (1999). Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας. Στο *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Ευτυχίδου, Ε., Γκοβίνα, Ο., Νεραντζάκη, Ε., Κιοντούζη, Α., Βαρδάκη, Ζ. (2007). Ηλικιωμένοι και δίκτυο κοινωνικής υποστήριξης στα αστικά κέντρα και την περιφέρεια. *Επιθεώρηση Κλινικής Φαρμακολογίας και Φαρμακοκινητικής*, 25: 189-199.

- Ζαφειρόπουλος, Κ. (2005). *Πώς γίνεται μία επιστημονική εργασία*. Αθήνα: Κριτική.
- Καλαϊτζή, Β. (2004). *Οδηγός Φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών*. Αθήνα: Mendor.
- Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α. (1999α). Γήρας και υγεία. Στο *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α. (1999β). Η ανάπτυξη στην ενήλικη ζωή και το γήρας. Στο *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Μακράκης, Β. (2005). *Ανάλυση Δεδομένων στην Επιστημονική Έρευνα με τη χρήση του SPSS – Από τη θεωρία στην πράξη*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (1996). Διαγενεακές Σχέσεις: Πραγματικότητες και Αρχές Επικοινωνίας και Αλληλεγγύης. Στο Β. Κοτζαμάνης, Λ. Μαράτου-Αλιπράντη, Α. Τεπέρογλου, Μ. Τζωρτζοπούλου, *Γήρανση και Κοινωνία, Πρακτικά Πανελληνίου Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, σελ. 387-401. Αθήνα.
- Μέλλου, Κ. (2008). *Σχεδιασμός ερωτηματολογίου στη διερεύνηση επιδημιών*. Επιδημιολογική επιτήρηση και διερεύνηση επιδημιών ΚΚΕΛΠΝΟ-ΕΣΔΥ.
- Μπαμπούρη, Θ. (2015). Ποιότητα ζωής ηλικιωμένων χρηστών σε ΚΑΙΠΗ της Αττικής. *Νοσηλευτική*, 54(1): 38-46.
- Μωυσίδης, Α. (1998). Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων. Στο Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕΚΜΟΚΟΠ), *Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία*, Κασσιμάτη Κούλα (επιμ.), Αθήνα: Gutenberg.
- Μωυσίδης, Α., Ανθοπούλου, Θ., Ντύκεν, Μ.Ν, & Κέντρο Κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής (ΚΕΚΜΟΚΟΠ) (2002). *Οι ηλικιωμένοι στον αγροτικό χώρο, συνθήκες διαβίωσης και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού*. Αθήνα: Gutenberg.
- Οικονόμου, Μ., Κοκκώση, Μ., Τριανταφύλλου, Ε., & Χριστοδούλου, Γ. (2001). Ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, Εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 18 (3): 239-253.
- Πανέρα, Ε. (1999). Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων. Στο *Θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Παπάνης, Ε. (2007). *Ελληνική Κοινωνική Έρευνα*. Τμήμα Κοινωνιολογίας, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.

- Παρασκευόπουλος, Ι. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας*. Τόμοι Α και Β, Αθήνα: Ιδιωτική Έκδοση.
- Πουλοπούλου- Έμκε, Ή. (1999). *Έλληνες Ηλικιωμένοι Πολίτες, Παρελθόν Παρόν & Μέλλον*. Αθήνα: Έλλην.
- Σπυροπούλου, Ε. (2004). *Η εμπειρία της Γήρανσης: Αναζητώντας τα «Καλά Γεράματα*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Θεσσαλονίκη: ΑΠΘ.
- Συμεωνίδου, Χ. (1996). Δημογραφική γήρανση και φροντίδα για τους ηλικιωμένους. Στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), *Γήρανση και Κοινωνία: Πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Τεπέρογλου, Α., Κίνια, Ε., Παπακώστα, Μ., & Τζωρτζοπούλου, Μ. (1990). *Αξιολόγηση της Προσφοράς των Κέντρων Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων.
- Τσιώλη, Ζ. (1996). Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη. Στο Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), *Γήρανση και Κοινωνία: Πρακτικά Πανελληνίου συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Χηνάς, Π. (1996). Πρόνοια για τους Ηλικιωμένους Νοητικά Καθυστερημένους. *Πρακτικά Συνεδρίου ΕΚΚΕ*, Αθήνα: ΕΚΚΕ.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΚΑΙ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ

Ηλικία

Φύλο

- | | | |
|---|---------------------------------------|-----|
| 1. Είστε παντρεμένος/η; | ΝΑΙ
ΟΧΙ
ΧΗΡΟΣ/Α
ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ | |
| 2. Περνάτε καλά με τον/την σύζυγό σας; | ΝΑΙ ΟΥΤΕ ΝΑΙ ΟΥΤΕ ΟΧΙ
ΟΧΙ | |
| 3. Έχετε παιδιά; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 4. Πόσα παιδιά έχετε; | | |
| 5. Έχετε εγγόνια; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 6. Πόσα εγγόνια έχετε; | | |
| 7. Ασχολείστε με την ανατροφή τους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 8. Σας ικανοποιεί αυτή η δραστηριότητα; | ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ | ΟΧΙ |
| 9. Έχετε συγγενείς και φίλους; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |

10. Κάθε πότε συναντιέστε και
Επικοινωνείτε μαζί τους;
- ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ
- ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
- ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ
- ΑΛΛΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ
11. Υπάρχουν κάποιοι που σας βοηθούν
Στις καθημερινές σας ανάγκες;
- ΝΑΙ ΟΧΙ
12. Ποιοι είναι ;
13. Εσείς προσφέρετε βοήθεια σε άλλους;
- ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ
- ΚΡΑΤΑΤΕ ΠΑΙΔΙΑ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ
- ΟΧΙ
14. Είστε ικανοποιημένοι από τη γειτονιά σας;
- ΝΑΙ ΟΧΙ
15. Είστε ικανοποιημένοι από τις κοινωνικές
Υπηρεσίες της περιοχής σας;
- ΝΑΙ ΟΧΙ
16. Ποιες είναι αυτές οι υπηρεσίες;
- ΚΑΠΗ
- ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ
- ΧΟΡΩΔΙΑ ΕΝΝΗΛΙΚΩΝ
- ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΔΡΑΣΗ
- ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ

17. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο; ΚΑΠΟΙΕΣ ΤΑΞΕΙΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ
ΓΥΜΝΑΣΙΟ
ΛΥΚΕΙΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
18. Έχετε προβλήματα υγείας; ΝΑΙ ΟΧΙ
19. Έχετε πόνους από τις ασθένειές σας; ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
20. Η κατάσταση της υγείας σας αναγκάζει
Να παίρνετε φάρμακα; ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
21. Η κατάσταση της υγείας σας αναγκάζει
Να κάθεστε πολλή ώρα στο κρεβάτι; ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
22. Πόσες ώρες κοιμάστε την ημέρα;
23. Κατά την διάρκεια του ύπνου σας ξυπνάτε; ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
24. Εργάζεστε; ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
25. Σας δίνει χαρά αυτό; ΝΑΙ ΟΧΙ

26. Έχετε χόμπι;
- ΨΑΡΕΜΑ
ΠΕΡΠΑΤΗΜΑ
ΠΛΕΞΙΜΟ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΖΩΩΝ
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ
ΤΙΠΟΤΑ
27. Βλέπετε τηλεόραση ή ακούτε ραδιόφωνο;
- ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
28. Πόσες ώρες την ημέρα;
29. Διαβάζετε εφημερίδες ή περιοδικά;
- ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
30. Σας βοηθούν οι παραπάνω δραστηριότητες
Να περάσετε ευχάριστα την ώρα σας;
- ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ
31. Πηγαίνετε στην εκκλησία;
- ΝΑΙ ΟΧΙ ΔΕΝ ΜΠΟΡΩ
32. Πόσο συχνά;
- ΚΑΘΕ ΜΕΡΑ
ΚΑΘΕ ΕΒΔΟΜΑΔΑ
ΚΑΘΕ ΜΗΝΑ
ΑΛΛΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ

- | | | |
|---|---|-----|
| 33. Σας ευχαριστεί αυτή η διαδικασία; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 34. Σας βοηθάει να αντιμετωπίσετε τις δυσκολίες τη ζωής; | ΝΑΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ ΟΧΙ | |
| 35. Είστε ευχαριστημένοι στο χώρο που ζείτε; | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
| 36. Τι θα σας ικανοποιούσε περισσότερο από την κοινωνική σας ζωή; | ΚΑΠΗ
ΧΟΡΩΔΙΑ
ΕΚΚΛΗΣΙΑΣΤΙΚΗ ΦΙΛΑΝΘΡΩΠΙΚΗ ΔΡΑΣΗ
ΓΕΙΤΟΝΙΚΟ - ΦΙΛΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ
ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ | |