

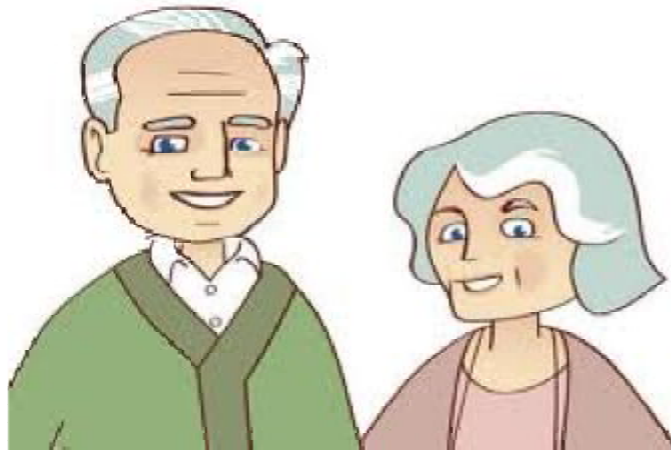
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΣΕ Κ.Α.Π.Η.



ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ:
ΤΣΙΧΛΑ ΣΟΦΙΑ

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:
ΗΓΟΥΜΕΝΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

Πάτρα, 2018

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	4
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
ABSTRACT.....	6
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	7

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1: Τρίτη Ηλικία

1.1 Ορισμός της Τρίτης ηλικίας.....	9-10
1.2 Θεωρίες του γήρατος.....	10-11
1.3 Χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού.....	11-12
1.4 Ανάγκες των ηλικιωμένων.....	12-14
1.5 Προβλήματα των ηλικιωμένων.....	14-15
1.6 Κατάθλιψη των ηλικιωμένων.....	15-16
1.7 Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων.....	16-18

Κεφάλαιο 2: Ικανοποίηση και Ποιότητα φροντίδας στην Τρίτη ηλικία

2.1 Ορισμοί ικανοποίησης και ποιότητας φροντίδας των ηλικιωμένων.....	19-24
2.2 Γνωστική και Συμπεριφορική προσέγγιση.....	24-25
2.3 Μέτρηση της ικανοποίησης στην Τρίτη ηλικία.....	25-27
2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν στην αύξηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων.....	27-29
2.5 Η χρησιμότητα της ικανοποίησης των ηλικιωμένων.....	29

Κεφάλαιο 3: Τρόπος ζωής-Ποιότητα ζωής

3.1 Τρόπος και ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία.....	30-31
3.2 Ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα στην Τρίτη ηλικία.....	31
3.3 Γηροκομείο: ορισμός, σκοπός, κατηγορίες, αιτίες εισόδου.....	32-33
3.4Κέντρα Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.): ορισμός, σκοπός, στόχοι, πρόληψη, υπηρεσίες, προσωπικό.....	33-35
3.5 Η συνταξιοδότηση και η Τρίτη ηλικία.....	35-36
3.6 Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής για τους ηλικιωμένους.....	36

Κεφάλαιο 4: Ρόλοι

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη Τρίτη ηλικία.....	37-38
4.2 Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην οικογένεια.....	38
4.3 Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην κοινωνία.....	39-40

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία - Αποτελέσματα Έρευνας

5.1 Σκοπός της έρευνας.....	42
5.2 Μεθοδολογία.....	42
5.2.1 Εισαγωγή.....	42
5.2.2 Πληθυσμός έρευνας.....	42
5.2.3 Επιλογή σχεδίου έρευνας.....	43
5.2.4 Επιλογή μεθόδου συλλογής στοιχείων.....	43
5.2.5 Εργαλεία έρευνας.....	43-44
5.2.6 Αξιοπιστία και εγκυρότητα.....	44
5.2.7 Ανάλυση.....	44
5.3 Αποτελέσματα.....	44-45
5.3.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων.....	45
Ενότητα Α΄: Περιγραφή δείγματος – Δημογραφικά χαρακτηριστικά.....	46-81
Ενότητα Β΄: Ικανοποίηση και ποιότητα ζωής για τους ηλικιωμένους	82-83
5.4 Ανάλυση συσχετίσεων.....	83
5.5 Crosstabs ανάλυση.....	83

Κεφάλαιο 6: Συμπεράσματα – Προτάσεις

6.1 Συμπεράσματα της έρευνας.....	84
6.2 Προτάσεις/Συζήτηση.....	85-86
Επίλογος.....	87
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	88-93
ΑΔΕΙΕΣ.....	95-98
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	100-101
Ερωτηματολόγιο.....	103

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία εκπονήθηκε υπό την επίβλεψη του καθηγητή Κ. Ηγουμενίδη Μιχαήλ. Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Κ. Ηγουμενίδη Μιχαήλ, για την δυνατότητα που μου έδωσε να εκπονήσω υπό την επίβλεψη του την εργασία μου. Επίσης, τον ευχαριστώ για την κατανόηση που έδειξε σε όλες τις δυσκολίες μου και την προτροπή και ενθάρρυνση του για την μελλοντική μου πορεία.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους καθηγητές κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο και κ. Μπρέντα Γεωργία, που αποτέλεσαν τα μέλη τις τριμελούς εξεταστικής επιτροπής και ήταν πρόθυμοι να με ακούσουν και να με συμβουλέψουν όποτε χρειάστηκε.

Προτού όμως προχωρήσω στην ανάλυση του θέματος της πτυχιακής εργασίας, θεωρώ σκόπιμο να ευχαριστήσω θερμά την καθηγήτρια Κ. Βάτσιου Παναγιώτα για την επιστημονική και ψυχολογική υποστήριξη που μου παρείχε σε όλη τη διάρκεια της συνεργασίας μας.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω στους γονείς και την οικογένεια μου, των οποίων η πίστη στις δυνατότητες μου αποτέλεσε αρωγός σε όλους τους στόχους και τα όνειρα μου.

Σας ευχαριστώ !!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) είναι προγράμματα ανοιχτής φροντίδας των ηλικιωμένων, που τους προσφέρουν κάποιας μορφής ιατρική φροντίδα καθώς και την δυνατότητα να συμμετέχουν σε ποικίλες δραστηριότητες. Πρόκειται για προγράμματα που υλοποιούνται από τους Δήμους και αποτελούν έναν κοινωνικοπρονοιακό θεσμό για την παραμονή του ηλικιωμένου σε οργανωμένου τύπου δραστηριότητες και στοχεύει και στην παραμονή τους στο οικείο περιβάλλον.

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων που επισκέπτονται τα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 100 ηλικιωμένοι από τα Κ.Α.Π.Η. της Πάτρας και 100 ηλικιωμένοι από το Κ.Α.Π.Η. του Αγρινίου. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με την επιλογή ενός έτοιμου ερευνητικού εργαλείου του ερωτηματολογίου το οποίο ανταποκρίθηκε στις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 24.0.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής διαπιστώθηκε ότι οι ηλικιωμένοι και από τα Κ.Α.Π.Η. της Πάτρας αλλά και του Αγρινίου δεν έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς την διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων. Πιο συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον τρόπο που εκτελούν τις καθημερινές δραστηριότητες τους, καθώς νιώθουν πως είναι ικανοί να παίρνουν αποφάσεις για την ζωή τους και να διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Τέλος βρέθηκε πως χαίρονται τις δραστηριότητες τους στο Κ.Α.Π.Η. περισσότερο από ότι συνήθως.

Λέξεις κλειδιά:

Ηλικιωμένοι, Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, Ικανοποίηση

ABSTRACT

K.A.P.I. (Centres for open protection of the elderly), are open care programs for the elderly, that offer them medical care, and an opportunity to participate in various activities with other people. K.A.P.I. are implemented by municipalities are a socioprofessional institution for the elderly in organized type activities and also aims at their stay in the environment.

The purpose of this research was to investigate the satisfaction of the elderly people they are visiting the K.A.P.I. of the Achaia and Aitolokarnania law. Sample of the study consisted of 100 elderly people from the K.A.P.I. Patras and 100 elderly people from Agrinio. Data collection was done by selecting a ready-made questionnaire that responded to the needs of this research. The statistical processing of the data was done using a statistical packet SPSS 24.0.

The results of this research have shown that elderly people from the K.A.P.I. of Patras and Agriniou there are no statistically significant differences in the investigation of the satisfaction of the elderly. More specifically it was found that the elderly are more satisfied with the way they perform their daily activities, as they feel able to make decisions about their lives and play a major role in their family environment. Finally, they were found at the K.A.P.I. enjoy their activities more than usual elderly.

Key words:

Elderly, K.A.P.I. (Centres for Open Protection of the elderly), Satisfaction.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα Πτυχιακή Εργασία πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του προγράμματος προπτυχιακών σπουδών του τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Πάτρας, και θίγει ορισμένα ζητήματα που αφορούν την Τρίτη ηλικία στα Κ.Α.Π.Η., για τον Νομό Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας. Ειδικότερα, θα πραγματευτούμε το θέμα «Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η.».

Αναμφίβολα οι ηλικιωμένοι πάντα αποτελούσαν ιδιαίτερο μέρος κάθε κοινωνίας, διότι βρίσκονται σε μια μεταβατική περίοδο της ζωής τους. Η έξοδος από την παραγωγική διαδικασία – εργασία, η συνταξιοδότηση, οι ασθένειες και οι πιθανές αλλαγές στο οικογενειακό περιβάλλον αποτελούν μερικές σημαντικές αλλαγές που μπορούν να επέλθουν στη ζωή κάποιου ατόμου που περνάει στην Τρίτη ηλικία. Επιπλέον, μια σημαντική αλλαγή για την Τρίτη ηλικία είναι ο τρόπος που τους παρέχεται φροντίδα καθώς και από ποιους παρέχεται αυτή η φροντίδα. Επομένως, είναι κατανοητό ότι τα ηλικιωμένα άτομα πρέπει να τύχουν ιδιαίτερης προσοχής και φροντίδας από την κοινωνία, ώστε να καταφέρουν να ανταπεξέλθουν στις προκλήσεις που έχουν να αντιμετωπίσουν.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το θεωρητικό, με ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας και τον προσδιορισμό βασικών επιστημονικών όρων και το ειδικό ερευνητικό μέρος.

Το θεωρητικό μέρος περιέχει 4 κεφάλαια τα οποία έχουν τα εξής:

Στο κεφάλαιο 1 δίνονται γενικά στοιχεία για την Τρίτη ηλικία, δηλαδή τον ορισμό της τρίτης ηλικίας, τις θεωρίες του γήρατος, τα χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού, τις ανάγκες του ηλικιωμένου, τα προβλήματα καθώς και τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις του ηλικιωμένου.

Στο κεφάλαιο 2 γίνεται προσδιορισμός της ικανοποίησης και της ποιότητας φροντίδας στην Τρίτη ηλικία, διερευνώντας την γνωστική και συμπεριφορική προσέγγιση, την μέτρηση της ικανοποίησης, τους παράγοντες που την επηρεάζουν καθώς επίσης και την χρησιμότητα της.

Στο κεφάλαιο 3 καταγράφεται ο τρόπος και η ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων, τα ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα που παρουσιάζονται, χαρακτηριστικά σχετικά με τα Γηροκομεία και τα Κ.Α.Π.Η., την συνταξιοδότηση καθώς και τους αντικειμενικούς σκοπούς της νοσηλευτικής.

Στο κεφάλαιο 4 αναλύουμε τους ρόλους του ηλικιωμένου μέσα στην οικογένεια και την κοινωνία και συζητάμε τον ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού στην Τρίτη ηλικία.

Το ερευνητικό μέρος περιλαμβάνει την παρουσίαση της έρευνας γύρω από την ικανοποίηση των ηλικιωμένων στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας.

ΜΕΡΟΣ ΠΡΩΤΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 1

Τρίτη ηλικία

1.1 Ορισμός της Τρίτης ηλικίας

Οι διάφοροι ορισμοί για την Τρίτη ηλικία διαφέρουν από πολιτισμό σε πολιτισμό. Η γήρανση είναι μία φυσική διαδικασία που αφορά όλους τους ζώντες οργανισμούς. Στην αρχαιότητα, ο Πυθαγόρας χώρισε τη ζωή σε τέσσερις περιόδους, διάρκειας 20 χρόνων η κάθε μία, και αντιστοιχεί: στην παιδική ηλικία (ηλικίας 0 έως 20 ετών), την εφηβεία (ηλικίας 20 έως 40 ετών), την νεότερη ηλικία (ηλικίας 40 έως 60 ετών) και τα γηρατειά (ηλικίας 60 έως 80 ετών) (Πουλοπούλου – Έμκε, 1999). Για τα γηρατειά αναφέρονται όμως τέσσερις ακόμα υποομάδες οι οποίες είναι: οι νέοι-ηλικιωμένοι (ηλικίας 65 έως 74 ετών), οι μέσοι-ηλικιωμένοι (ηλικίας 75 έως 84ετών), οι γέροι-ηλικιωμένοι (ηλικίας 85 έως 99ετών) και οι υπερήλικες (ηλικίας 100 ετών και πάνω) (Ebersole et al., 2008). Η λειτουργική ηλικία, αναφέρεται στη λειτουργικότητα και στην ικανότητα εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων, όπως η προσωπική υγιεινή και η περιποίηση αλλά και οργανικών δραστηριοτήτων της καθημερινότητας, όπως είναι το μαγείρεμα και τα ψώνια. Αυτός αποτελεί έναν ορισμό της γήρανσης και είναι πιο αποδεκτός από την χρονολογική ηλικία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1983), δίνει τον εξής ορισμό «Δεχόμαστε συνήθως ότι με τον όρο γήρας του ανθρώπου εννοούμε μια φυσιολογική διαδικασία, που αρχίζει τη στιγμή της σύλληψης και που επιφέρει χαρακτηριστικές μεταβολές του είδους σε όλη τη διάρκεια της ζωής τους. Στα τελευταία χρόνια της ζωής, αυτές οι μεταβολές προκαλούν μια μείωση της ικανότητας προσαρμογής του ατόμου με το περιβάλλον. Οι διάφορες λειτουργίες δεν μεταβάλλονται ομοιόμορφα στο ίδιο άτομο και μια λειτουργία μπορεί να εξασθενήσει με άνιση ταχύτητα σε διαφορετικά άτομα».

Το λεξικό Shorter Oxford Dictionary, ορίζει την Τρίτη ηλικία ως «μια φυσιολογικά διακριτή περίοδο ή στάδιο της ζωής». Ένας άλλος ορισμός είναι «η διαδικασία ανάπτυξης ή ωρίμανσης». Όμως, η αξία του συγκεκριμένου ορισμού αμφισβητείται, καθώς δεν αναφέρονται τα χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν την Τρίτη ηλικία, ούτε τα κριτήρια που διακρίνουν την Τρίτη ηλικία από τα άλλα στάδια της ζωής. Επομένως, η διατύπωση των κριτηρίων που προσδιορίζουν και περιγράφουν λεπτομερώς την Τρίτη ηλικία είναι πιο δύσκολη από ότι αναμενόταν (Redfern & Ross, 2011).

Η Butler (1975), ορίζει την γήρανση σαν την «συστηματική στερεότυπη και μεροληπτική αντιμετώπιση κάποιων ανθρώπων εξαιτίας και μόνο της ηλικίας τους». Δηλαδή, είναι αποτέλεσμα κάποιων πολιτικών, οικονομικών και κοινωνικών στάσεων (Redfern & Ross, 2011).

Σύμφωνα, με την Charlotte (1979), σημαντικό ρόλο στη γήρανση του ανθρώπινου οργανισμού, παίζουν διάφοροι παράγοντες. Σε αυτούς ανήκουν οι βιολογικοί λόγοι, η γενετική προδιάθεση, η διατροφή, η ύπαρξη άγχους, οι διάφορες ασθένειες, η υπεριώδεις ακτινοβολία, το περιβάλλον που ζει το άτομο, η πιθανή απομάκρυνση του από την παραγωγική διαδικασία και την κοινωνία, ο βαθμός στον οποίο είναι δραστήριος, καθώς και πιθανές φθορές και καταπονήσεις του σώματος (Μωυσιάδης, 2004).

Οι ηλικιωμένοι βιώνουν μια σειρά από βιολογικές, νοητικές, συναισθηματικές και κοινωνικές αλλαγές, η αντιμετώπιση των οποίων εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά και το

υποστηρικτικό περιβάλλον του ηλικιωμένου (Tucker, 1997). Συγκεκριμένα υπάρχει μείωση στην απόδοση της λειτουργίας των αισθήσεων καθώς και όλων των σωματικών και ψυχικών λειτουργιών (Χουσιάδας, 2000 & Χατζηαντωνίου, 2000). Επιπλέον, παρατηρούνται φαινόμενα όπως έκπτωση στη γνωστική και μνημονική ικανότητα, αλλαγές στον ρυθμό του ύπνου και μειωμένη ικανότητα μάθησης και προσαρμογής στις συνθήκες του περιβάλλοντος. Από την άλλη πλευρά στα ηλικιωμένα άτομα παρατηρείται βελτίωση σε ορισμένους τομείς πνευματικής και ψυχολογικής ικανότητας, όπως η αποδοχή των ορίων, η σοφία και η νοηματοδότηση των γεγονότων της ζωής (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999).

Το γήρας ως φυσική και βιολογική ακολουθία συνδύαζε πάντα ένα μείγμα αντιλήψεων, στάσεων και αισθημάτων (Λοΐζου, 1993 στο Μωυσιδής και συν, 2002). Η γήρανση αποτελεί μια σύνθετη διαδικασία μη αναστρέψιμων μεταβολών που τελούνται σε επίπεδο κυττάρων και επέρχονται προοδευτικά με την πάροδο του χρόνου (Cauley et al., 1996 στο Δαρδαβέσης, 1999).

Συνολικά, οι τομείς στους οποίους συμβαίνουν αλλαγές στον άνθρωπο με την πάροδο της ηλικίας είναι: η εξωτερική εμφάνιση, η κινητικότητα, το καρδιαγγειακό και το αναπνευστικό σύστημα, οι πνευμονικές λειτουργίες, τα νεφρά και το εκκριτικό σύστημα, το αυτόνομο και το κεντρικό νευρικό σύστημα, το αναπαραγωγικό σύστημα και οι αισθήσεις. Επηρεάζονται επίσης το ενδοκρινολογικό, το ανοσοποιητικό και το γαστρεντερικό (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999 & Aalami et al, 2003). Σε σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες των ηλικιωμένων, αλλαγές παρατηρούνται επίσης στην ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, στην μνήμη και πιο συγκεκριμένα στην ανάκληση των πληροφοριών, στην οπτική επεξεργασία και την επιλεκτική προσοχή, καθώς και στην νοημοσύνη. Οι αλλαγές αυτές είναι δυνατόν να προκαλέσουν δυσκολίες στη διατήρηση μιας καλής υγιεινής, στην ασφάλεια του ατόμου, στη διαχείριση των φαρμάκων που ενδέχεται να λάβει, σε καθημερινές δραστηριότητες όπως το μαγείρεμα και η διαχείριση των χρημάτων, καθώς και σε μειωμένη συμμετοχή σε κοινωνικές δραστηριότητες (Bieliauskas, 2004).

Η «Παγκόσμια Συνέλευση του Γήρατος» (1982), στη Βιέννη, ύστερα από απόφαση της Γενικής Συνέλευσης του Ο.Η.Ε., υιοθέτησε την ηλικία των 60 ετών και άνω, ως όριο για την καταγραφή των ατόμων που ανήκουν στην Τρίτη ηλικία (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 (Γρηγοριάδου και συν, 1991 στο Δαρδαβέσης, 1999).

Οι περισσότεροι επιστήμονες, συμφωνούν πως δεν υφίσταται μία και μόνο θεωρία, που να ερμηνεύει πλήρως το φαινόμενο της γήρανσης (Rubinstein, 1990 στο Δαρδαβέσης, 1999).

1.2 Θεωρίες του γήρατος

Υπάρχουν δύο θεωρίες σχετικά με το γήρας:

- Η βιολογική θεωρία και
- Η ψυχοκοινωνική θεωρία,

όπου εξηγούν τις φυσικές και συναισθηματικές αλλαγές που υπάρχουν με το πέρασμα των ετών.

Οι βιολογικές θεωρίες γήρατος χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: την θεωρία του προγραμματισμού και την θεωρία του λάθους.

Η θεωρία του προγραμματισμού υποστηρίζει την ιδέα ότι κάθε οργανισμός είναι προγραμματισμένος να ζήσει ένα συγκεκριμένο αριθμό ετών. Για παράδειγμα, η ανοσολογική

θεωρία του γήρατος όπου λέει ότι ένα γερασμένο σώμα είναι λιγότερο ικανό να διακρίνει τα δικά του κύτταρα από τα ξένα (Hayflick, 1996). Η διασταυρωμένη θεωρία, όπου βασίζεται στο ότι καθώς το άτομο γερνάει το DNA και άλλα μόρια του σώματος αναπτύσσονται ακατάλληλες συνδέσεις μεταξύ τους (Hayflick, 1996). Ενώ, η θεωρία του ρυθμού της ζωής του γήρατος, βασίζεται στην ιδέα ότι οι ανθρώπινοι οργανισμοί κατέχουν μια πεπερασμένη ποσότητα ζωτικής ουσίας, και όταν αυτή εξαντληθεί το άτομο πεθαίνει (Miller, 2009).

Οι θεωρίες λάθους του γήρατος δέχονται ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες επιδρούν αρνητικά στο ανθρώπινο σώμα (Orgel, 1963). Περιλαμβάνει τη θεωρία των ελεύθερων ριζών, όπου λέει ότι συγκεκριμένες χημικές ενώσεις προκαλούν στο σώμα βλάβες που συσσωρεύονται και προοδευτικά οδηγούν στο γήρας (Hayflick, 1996 Novosel'tev Novosel'teva & Yashin, 2009). Και τη θεωρία της φθοράς του γήρατος, όπου αντικατοπτρίζεται σαν μια μηχανή που απλά φθείρεται, ως αποτέλεσμα της συνεχούς χρήσης (Hayflick, 1996 Tabloski, 2006).

Στη βιολογική θεωρία του γήρατος συνυπάρχει και η γενετική θεωρία της γήρανσης, η οποία υποστηρίζει ότι η διάρκεια ζωής καθορίζεται σε μεγάλο ποσοστό από τα κληρονομικά γονίδια (Stibich, 2007).

Οι ψυχοκοινωνικές θεωρίες γήρανσης περιγράφουν τις αλλαγές που συμβαίνουν στο συναισθηματικό και κοινωνικό πεδίο. Οι αλλαγές αυτές περιλαμβάνουν ρόλους και κοινωνικές σχέσεις. Η θεωρία της δραστηριότητας, πιστεύει ότι όσο πιο ενεργητικοί είναι οι ηλικιωμένοι τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση λαμβάνουν από τη ζωή τους, δηλαδή αντανάκλασε η θετική σχέση της γήρανσης ανάμεσα στην δραστηριότητα και την ποιότητα ζωής (Redfern & Ross, 2011). Έρχεται όμως σε σύγκρουση, με τη θεωρία της αποδέσμευσης όπου διατυπώνονται ότι οι αλλαγές που σχετίζονται με την ηλικία οδηγούν σε απόσυρση του ατόμου (Tabloski, 2006). Οι Cumming και Henry (1961), υποστηρίζουν ότι η δραστηριότητα, η απασχόληση και η συμμετοχή είναι τα κλειδιά για την επιτυχή γήρανση, όπου επιταχύνεται με την σταδιακή αύξηση κοινωνικών ρόλων και κοινωνικών σχέσεων και με την επαφή με άλλα ηλικιωμένα άτομα. Αμφότερες, και οι δύο προσεγγίσεις έχουν ως κοινό σημείο ένα τρόπο επιτυχούς γήρανσης, που στην πραγματικότητα όμως δεν μπορεί να εφαρμοστεί. Ενώ, η θεωρία της συνοχής υποστηρίζει ότι θα πρέπει να πραγματοποιούνται οι παραπάνω ρόλοι έτσι ώστε, να συνεχίσει να προσφέρει το άτομο στο περιβάλλον του (Lundell & Morris, 2004).

Σημαντικό είναι να αναφερθούν και άλλες αξιοσημείωτες θεωρίες όπως η θεωρία των ρόλων που σχετίζεται με την απώλεια των ρόλων, του αυτοσεβασμού και της ταυτότητας. Η θεωρία της διαστρωμάτωσης του γήρατος που εξετάζει την κίνηση των διαδοχικών γονέων, δηλαδή η ταξινόμηση των ηλικιών σε κοινωνικό επίπεδο. (Schaffer, 2006). Η θεωρία του εκσυγχρονισμού που αναφέρει ότι ο ρόλος και η κοινωνική θέση του ηλικιωμένου είναι αντίστροφος ανάλογη του επιπέδου κοινωνικής βιομηχανοποίησης (Aboderin, 2004). Η θεωρία των συγκρούσεων που περιγράφει τους τρόπους που οι κοινωνικές ομάδες και οι κοινωνικές αλλαγές επηρεάζουν την διεργασία της γήρανσης, σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο (Redfern & Ross, 2011). Από τη θεωρία της σύγκρουσης έχει προκύψει η θεωρία της ανισότητας, που υποστηρίζει τα χαρακτηριστικά που αποκομίζει το άτομο σε κάθε στάδιο της ζωής του. Και τέλος η θεωρία της ανταλλαγής που υποστηρίζει ότι οι ηλικιωμένοι έχουν λιγότερη δύναμη σε σχέση με νέα άτομα επειδή διαθέτουν λιγότερους πόρους (Roy & Russel, 2005).

(Kathleen S. Obsorn, Cheryl E. Wraa, Annita B. Watson, 2012)

1.3 Χαρακτηριστικά του ηλικιωμένου πληθυσμού

Χαρακτηριστικό του γήρατος είναι οι βιολογικές μεταβολές, που έχει ως γενετική βάση το μέγιστο όριο ζωής, που είναι χαρακτηριστικό για το κάθε είδος. Άλλο χαρακτηριστικό του γήρατος μπορεί να θεωρηθεί η υποκειμενικότητα του εφόσον οι βιολογικές διαδικασίες βιώνονται από άτομα διαφορετικών ομάδων (Filipp, 1987 στο Τσιώλη, 1996).

Οι αλλαγές των κοινωνικών δομών είχε σαν αποτέλεσμα την μείωση των αξιών και τη δημιουργία ηθικής κρίσεως.

Οι δημογραφικοί παράγοντες απεικονίζουν την μείωση γεννητικότητας και την αύξηση της μακροβιότητας.

Οι κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες προσδιορίζουν την ανεξαρτησία των ηλικιωμένων εφόσον η οικονομική κατάσταση και η υγεία το επιτρέπουν. Οι ψυχολογικοί παράγοντες αναδύονται κυρίως στα μεγάλα γεγονότα της ζωής όπως η απώλεια ενός συζύγου με αποτέλεσμα το άτομο να αισθάνεται μοναξιά.

Μερικά χαρακτηριστικά του γήρατος είναι (Lemme, 1995 στο Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999):

- ∅ Η πολύπλοκη διαδικασία δομικών και λειτουργικών αλλαγών που συνδέονται με την ηλικία και εμφανίζονται με την πρόοδο του χρόνου.
- ∅ Τα αθροιστικά αποτελέσματα, δηλαδή η κάθε μεταβολή που συμβαίνει προστίθεται σε αυτές που έχουν ήδη συμβεί.
- ∅ Ότι συνιστάται σε αλλαγές που μειώνουν την λειτουργικότητα του ατόμου.
- ∅ Η προοδευτική διαμόρφωσή του, που δεν εμφανίζεται ξαφνικά.
- ∅ Οι εσωτερικές αιτίες.
- ∅ Το γεγονός ότι είναι αναπόδραστο, δηλαδή δεν μπορεί να το αποφύγει κανείς.
- ∅ Το γεγονός ότι είναι καθολικό, δηλαδή εμφανίζεται σε όλα τα μέλη του είδους.
- ∅ Το γεγονός ότι είναι μη αναστρέψιμο, δηλαδή δε μπορεί να ανασταλεί η πορεία του.
- ∅ Ότι αρχίζει μετά την σωματική και αναπαραγωγική ωριμότητα.
- ∅ Ότι καταλήγει στο θάνατο.

Τα προβλήματα για τους ηλικιωμένους πρέπει να εντοπίζονται και να αξιολογούνται προσεκτικά ώστε να υπάρχει αποτελεσματική αντιμετώπιση. Η γεροντολογική νοσηλευτική διδάσκει σε προπτυχιακά και μεταπτυχιακά εκπαιδευτικά νοσηλευτικά προγράμματα, με σκοπό την πλησιέστερη προετοιμασία των νοσηλευτών για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση (Redfern & Ross, 2011).

1.4 Ανάγκες των ηλικιωμένων

Οι ανάγκες των ηλικιωμένων δεν είναι διαφορετικές από τις ανάγκες των άλλων ανθρώπων. Η βασική ανάγκη όλων των ηλικιωμένων, ανεξάρτητα αν ζουν σε αναπτυσσόμενες ή αναπτυγμένες χώρες, στην οικογένεια ή κάποιο ίδρυμα, είναι η ίση μεταχείριση με τα άτομα των άλλων ηλικιών. Όμως η γεροντική ηλικία συνοδεύεται από συγκεκριμένες ανάγκες που χρήζουν ικανοποίηση, για να γίνει αυτή η περίοδος της ζωής περισσότερο χρήσιμη και ευχάριστη στους ίδιους. Οι ηλικιωμένοι όπως και οι άλλοι άνθρωποι έχουν ανάγκη από (Μωυσίδης, 1998 Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999):

- ✓ Εισόδημα, το οποίο θα καλύπτει τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου για αρκετή και θρεπτική τροφή, σωστό ρουχισμό και υπόδηση, καθαριότητα και αξιοπρεπή κατοικία με επαρκή θέρμανση, μεταφορά - μετακίνηση και οικιακή βοήθεια.
- ✓ Δυνατότητα παραμονής στην κοινότητα, όπου αποτελεί την ανάγκη των ηλικιωμένων να παραμείνουν στο σπίτι με συντροφιά, ανθρώπινες σχέσεις, ζεστασιά, αγάπη, στοργή,

ενσωμάτωση στην οικογένεια χωρίς το αίσθημα ότι είναι βάρος στους άλλους. Σεβασμό της ελευθερίας τους, δυνατότητα να ζουν με τον δικό τους τρόπο και ρυθμό. Αυτοσεβασμό και αυτονομία. Αίσθημα ότι ανήκουν κάπου, ότι είναι απαραίτητοι, ότι συμμετέχουν δημιουργικά και ότι λαμβάνουν μέρος στις εξελίξεις ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν και με αυτόν τον τρόπο επηρεάζουν τη ζωή τους και τη ζωή των άλλων.

- ✓ Ικανοποιητική ιατροφαρμακευτική κάλυψη και νοσοκομειακή περίθαλψη με σεβασμό της προσωπικότητας τους χωρίς ταλαιπωρία και καταρρακώσει της υπερηφάνειας τους.
- ✓ Δραστηριότητα, απασχόληση, εκπαίδευση, επικοινωνία, προσφορά και αναγνώριση της προσφοράς, κοινωνικές επαφές, διασκέδαση, νέα ενδιαφέροντα, πνευματικά ερεθίσματα και προσδοκίες.
- ✓ Δυνατότητα να κινηθούν ανεξάρτητα στο χώρο τους. Ιδιαίτερα για τους ηλικιωμένους που έχουν κάποια μορφή αναπηρίας ή είναι ευάλωτοι και χρειάζονται κάποιον φροντιστή για βοήθεια στην κίνηση τους.
- ✓ Έγκαιρη και ορθή ενημέρωση σε θέματα που τους αφορούν. Το αίσθημα ότι λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις και στις εξελίξεις που τους αφορούν ακόμα και όταν δεν τις εγκρίνουν και ότι έχουν τη δυνατότητα επιλογής και ελέγχου πάνω στη ζωή και στη μοίρα τους.
- ✓ Πρόσβαση σε υπηρεσίες μέσα στη κοινότητα ή κατ' οίκον βοήθεια και νοσηλεία. Η κατ' οίκον φροντίδα από ειδικές υπηρεσίες, αποτρέπει την εισαγωγή των ηλικιωμένων σε ιδρύματα ή ελαχιστοποιεί το χρόνο της νοσοκομειακής τους περίθαλψης, ενώ παράλληλα τους προσφέρει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτή η παρεχόμενη φροντίδα δεν πρέπει να ακολουθεί σταθερό πρόγραμμα αλλά να προσαρμόζεται με τις ανάγκες που παρουσιάζει κάθε περίπτωση ο ηλικιωμένος.
- ✓ Δυνατότητα να πεθαίνουν με αξιοπρέπεια. Απολαμβάνοντας, όσα απέκτησαν τόσα χρόνια, στον οικείο χώρο τους ανάμεσα σε αγαπημένα τους πρόσωπα και αναγνωρίζοντας την μακρόχρονη και συνεχή προσφορά τους.

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

Μερικά παραδείγματα: οι περισσότεροι υγιείς ηλικιωμένοι είναι λιγότερο ικανοί για ορισμένες εργασίες στην κατοικία τους, όπως το βάψιμο και μερικές μικροεπισκευές τις οποίες οι νεότεροι κάνουν μόνοι τους. Πρέπει να πληρώσουν άλλους για να κάνουν αυτές τις δουλειές. Αρκετοί αγρότες δεν μπορούν να ασχοληθούν με τον κήπο τους, να καλλιεργήσουν φρούτα και λαχανικά για την αυτοκατανάλωση τους (Κωσταρίδου - Ευκλείδη, 1999). Η περιορισμένη κινητικότητα μερικών καθιστά τη ζωή τους πιο ακριβή: για να μην ζήσουν κλεισμένοι στο σπίτι τους πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να δαπανήσουν για ταξί, τηλέφωνα και συγκεντρώσεις φίλων που οργανώνουν στο δικό τους χώρο. Λίγα χρόνια μετά την 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 πιο φθηνά επομένως χειρότερης ποιότητας. Το ίδιο συμβαίνει και με τα είδη ένδυσης και υπόδησης. Με τις χαμηλότερες συντάξεις που λαμβάνουν, είναι δύσκολο να αποταμιεύσουν ώστε να αγοράσουν νέα διαρκή καταναλωτικά αγαθά, ρούχα και παπούτσια. Οι υπερήλικες ζουν πιο συχνά μόνοι σε σύγκριση με τους νέους ηλικιωμένους. Το κόστος ζωής ενός ατόμου είναι υψηλότερο. Πολλές δαπάνες είναι ίδιες για ένα ζευγάρι π.χ. το ενοίκιο, η θέρμανση, οι δαπάνες για μετακίνηση με ιδιωτικό

αυτοκίνητο ή ταξί. Τα ψώνια επίσης στοιχίζουν περισσότερο για ένα άτομο που ζει μόνο. Αγοράζει αγαθά σε μικρή ποσότητα, που κοστίζουν πιο ακριβά γιατί δύσκολα βρίσκει (Πουλόπουλος & Έμκε, 1999 Donabedian, 1997).

Για τους περισσότερους ηλικιωμένους, μπορούμε να πούμε ότι ικανοποιούνται με κάποιο τρόπο οι ανάγκες διατροφής και στέγασης. Ωστόσο όμως πολλές άλλες ανάγκες τους δεν καλύπτονται. Όπως είναι οι βασικές οικονομικές ανάγκες, που δεν καλύπτονται για ένα μεγάλο μέρος ατόμων μεγάλης ηλικίας, αφού μοναδική πηγή εισοδήματος των ηλικιωμένων είναι η σύνταξη τους και γνωρίζουμε ότι οι περισσότερες συντάξεις είναι χαμηλές. Αρκετοί ηλικιωμένοι δεν έχουν τα οικονομικά μέσα να ζήσουν ανεξάρτητοι και στηρίζονται για την επιβίωση τους είτε στα παιδιά τους είτε στην κρατική βοήθεια, η οποία προσφέρεται με την μορφή της ιδρυματικής περίθαλψης. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν σε ακατάλληλα για τις ανάγκες τους σπίτια (Κωσταρίδου – Ευκλείδη, 1999 Jenson & Jacobzone, 2000).

Οι κοινωνικές ανάγκες, δηλαδή οι ανάγκες για συμμετοχή στην κοινωνική ζωή συχνά δεν καλύπτονται. Οι ανάγκες για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικές υπηρεσίες, δεν ικανοποιούνται για τους περισσότερους ασθενείς με βαριές χρόνιες ασθένειες που ζουν στο σπίτι τους, ιδιαίτερα όταν ανήκουν στις κατώτερες κοινωνικό-οικονομικές τάξεις. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων για τα θέματα που τους αφορούν είναι ελλιπής έως ανεπαρκή. Οι ενδιαφερόμενοι συχνά δεν γνωρίζουν τα μέτρα που λαμβάνονται, τις υπηρεσίες υγείας – πρόνοιας και τις διάφορες παροχές που προσφέρει το Κράτος, η Τοπική Αυτοδιοίκηση και οι μη κυβερνητικές οργανώσεις προς τους ηλικιωμένους – άρρωστους και τις οικογένειες τους (Κοτζαμάνης, Μαρούτσου, Τεπέρογλου & Τζωρτζινόπουλου, 1998).

1.5 Προβλήματα των ηλικιωμένων

Τα προβλήματα που εμφανίζονται στην Τρίτη ηλικία είναι συνήθως αποτέλεσμα των χαρακτηριστικών που απέκτησαν οι ηλικιωμένοι στην προηγούμενη ζωή τους, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση και η οικονομική κατάσταση, η οποία συνδέεται με τον τρόπο ζωής.

Η συνειδητοποίηση των προβλημάτων είναι πλέον εμφανής και συνήθως ζητήματα διαφορετικής φύσεως συνυπάρχουν και αλληλοεξαρτώνται το ένα με το άλλο. Για παράδειγμα, ένα οικονομικό πρόβλημα θα επηρεάσει και την υγεία του ηλικιωμένου, ο οποίος θα δυσκολευτεί να λάβει την απαραίτητη περίθαλψη, αυτό θα έχει συνέπειες και στον ψυχολογικό και στον κοινωνικό τομέα (Deraola et al., 2003). Για αυτό το λόγο, η φροντίδα που πρέπει να παρέχεται στους ηλικιωμένους δεν πρέπει να είναι μονομερής αλλά ολοκληρωμένη, λαμβάνοντας υπόψη όλες τις παραμέτρους. Με τα προβλήματα αυτά έρχονται κυρίως αντιμέτωποι οι ηλικιωμένοι που ζουν μόνοι τους (Κίνια, Παπακώστα & Τζωρτζοπούλου, 1990).

Τα πιο σημαντικά προβλήματα των ηλικιωμένων είναι (Πουλοπούλου – Έμκε, 1999):

1. Τα κοινωνικά προβλήματα, δηλαδή η μοναξιά και η απώλεια των στενών συγγενών και κυρίως του ή της συζύγου, δημιουργεί συναισθηματικά κενά. Ενώ, παράλληλα στενεύει ο κύκλος των φίλων και γνωστών και παρατηρείται ότι συμβαίνει κυρίως με την συνταξιοδότηση (Shadili, 2001),
2. Τα οικονομικά προβλήματα, όπου εμφανίζεται η οικονομική ανισότητα και οι ηλικιωμένοι που παίρνουν χαμηλότερη σύνταξη δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν ούτε με κάποια εργασία ώστε να αυξήσουν τα εισοδήματά τους είτε επειδή δεν μπορούν είτε επειδή δεν τους δέχονται ως εργαζόμενους (Alsdiki, 1991),
3. Τα προβλήματα που προκαλούν οι διάφορες ασθένειες,

4. Τα ψυχολογικά προβλήματα, αφού αρκετοί ηλικιωμένοι υποφέρουν από κάποια ψυχιατρική ασθένεια (Καλαϊτζή, 2004),
5. Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης που περιορίζει τα ενδιαφέροντα των ηλικιωμένων,
6. Οι δυσχερείς συνθήκες μεταφοράς και επικοινωνίας,
7. Τα προβλήματα κατοικίας και περιβάλλοντος, δηλαδή η διαμόρφωση των κατοικιών αναγκάζουν τους υπερήλικες να διαβιούν σε χώρους που εμποδίζουν την άνετη διαμονή τους (Arling, 1987 στο Δαρδαβέσης, 1999),
8. Οι ανεπαρκείς υπηρεσίες υγείας και η περιορισμένη πρόσβαση των ατόμων που ανήκουν στα κατώτερα εισοδηματικά κλιμάκια,
9. Η έλλειψη κοινωνικό-ιατρικών υπηρεσιών κυρίως στο σπίτι του ηλικιωμένου και η άνιση κατανομή τους στο χώρο,
10. Η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά απέναντι στους ηλικιωμένους, αφού η κοινωνία συχνά βλέπει τον ηλικιωμένο με συγκατάβαση ή τον θεωρεί βάρος,
11. Η έλλειψη σεβασμού στα ανθρώπινα δικαιώματα των ηλικιωμένων,
12. Η απώλεια αυτονομίας και η ανάγκη βοήθειας τρίτου προσώπου.

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

1.6 Κατάθλιψη των ηλικιωμένων

Οι επιπτώσεις του μειωμένου ηθικού στην Τρίτη ηλικία άλλα και γενικότερα ανθρώπων όλων των ηλικιών είναι η διαπίστωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, χωρίς όμως απαραίτητα να υπάρχει διάγνωση. Η θλίψη διαπιστώνεται ως συχνό φαινόμενο σε περιπτώσεις απώλειας συντρόφου, και αποτελεί ιδιαίτερο χαρακτηριστικό καθώς η διάρκεια και η έντασή της διαφέρουν από άτομο σε άτομο, από τη σχέση του ηλικιωμένου με τον αποθανόντα καθώς και τα χαρακτηριστικά του ίδιου του ατόμου σε καταστάσεις κρίσεως (Sullivan, 1997). Η δυσθυμία, με επικρατέστερη την μελαγχολική διάθεση, επηρεάζει τις γνωστικές και τις συναισθηματικές εμπειρίες του καταθλιπτικού ατόμου, μερικές φορές μπορεί να συνδεθεί με κινητική επιβράδυνση και έλλειψη ενδιαφέροντος για τους άλλους. Ενώ, μπορεί να συνδεθεί και με αϋπνία, ανησυχία και σωματικά ενοχλήματα (Jorn, 1995).

Η ενίσχυση και διατήρηση του υποστηρικτικού δικτύου θα μπορούσε να λειτουργήσει ανασταλτικά ως προς την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ηλικιωμένους στη Ισπανία υποστηρίζει ότι η κατάθλιψη είναι πιο συχνή:

- στις γυναίκες,
- σε όσους ζουν μόνοι τους,
- σε ηλικιωμένους χωρίς σπουδές,
- σε εργαζόμενους στον αγροτικό τομέα,
- σε άτομα με σωματική ή ψυχιατρική συννοσηρότητα,
- σε ηλικιωμένους με αυξημένες γνωστικές βλάβες και,
- με χαμηλό επίπεδο ζωής (Fernandez et al., 2006).

Έρευνα των Shinichi και Susumu (2003), όπου συγκρίνει δύο ομάδες ηλικιωμένων, μία άνω των 75 ετών και μια κάτω των 75, φανερώνει ότι η κατάθλιψη είναι υψηλότερη στα άτομα άνω των 75 ετών και ειδικότερα στις γυναίκες. Παράγοντες που συνδέθηκαν με την

κατάθλιψη ήταν το φύλο και το μειωμένο ηθικό. Με αυτόν τον τρόπο επιβεβαιώνεται η σημαντικότητα του κοινωνικού δικτύου (Shinichi & Susumu, 2003).

Άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι η κοινωνική ενσωμάτωση των ηλικιωμένων και η καλλιέργεια και διατήρηση ενός υποστηρικτικού δικτύου συνδέεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης (Freyne et al., 2005). Η έλλειψη ψυχολογικής ευεξίας έχει μια κοινωνική διάσταση και δεν αποτυπώνει αποκλειστικά μια κλινική κατάσταση.

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε ήπια μορφή (απώλεια διάθεσης) ή ακόμα σε πιο έντονες μορφές (πλήρης απώλεια συναισθήματος).

Παράγοντες κινδύνου για την κατάθλιψη είναι:

1. το φύλο,
2. η σωματική υγεία και αναπηρία,
3. η ιδρυματική περίθαλψη,
4. τα δυσάρεστα γεγονότα της ζωής,
5. η κοινωνική υποστήριξη,
6. το ιστορικό κατάθλιψης,
7. η προσωπικότητα του ατόμου και
8. η παροχή φροντίδας.

Η κριτική ανάγνωση των ερευνητικών αποτελεσμάτων οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η κατάθλιψη, το ηθικό και το κοινωνικό δίκτυο των ηλικιωμένων αλληλοεπηρεάζονται σε μια σχέση.

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης παραμελείται επειδή τα συμπτώματα της συνοδεύονται με το γήρας ή συγχέονται με εκδηλώσεις σωματικών νόσων ή ακόμα είναι αποτέλεσμα της χρήσης φαρμάκων που καταναλώνουν οι ηλικιωμένοι. Επομένως, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να είναι ιάσιμη αν οι θεραπευτικές παρεμβάσεις αρχίσουν νωρίς. Αντίθετα, αν η κατάθλιψη παραμεληθεί, τότε μεταπίπτει σε χρόνια.

Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος φαίνεται να έχει χάσει το νόημα της ζωής. Για αυτό και η κατάθλιψη ορίστηκε ως «θάνατος μέσα στη ζωή», δηλαδή πλήρης απώλεια ζωτικότητας, κινητικότητας και σκοπού για τη συνέχιση της ζωής.

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φροντίδα του ηλικιωμένου καταθλιπτικού είναι σημαντικός επειδή στοχεύει στην ανασυγκρότηση και στο ξαναζωντάνεμα της ζωής του. Άρα ο σχεδιασμός αυτός, επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση των αναγκών ανώτερου επιπέδου. Όταν οι νοσηλευτές αναπτύξουν διαπροσωπικές δεξιότητες, τότε μπορούν να ενθαρρύνουν τον ηλικιωμένο να αποκτήσει μεγαλύτερη αυτονομία, εμπιστοσύνη και αμοιβαιότητα στη σχέση του ώστε να μπορέσουν να καταπολεμήσουν την κατάθλιψη (Hogan, 2012).

1.7 Δικαιώματα και υποχρεώσεις των ηλικιωμένων

Οι ηλικιωμένοι όπως και όλοι οι πολίτες έχουν δικαιώματα και υποχρεώσεις σύμφωνα με τα κείμενα του ΟΗΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέσα σε αυτά διαπιστώνεται ότι οι ηλικιωμένοι δεν διαφέρουν από τους άλλους πολίτες και ότι ακόμα και οι εξαρτημένοι ηλικιωμένοι μπορούν να εξακολουθήσουν να ασκούν τα δικαιώματα και τις ελευθερίες τους ως πολίτες.

Όλοι οι άνθρωποι ανεξάρτητα από ηλικία, φύλλο ή ανάγκη υποστήριξης έχουν το δικαίωμα να απολαμβάνουν και να προστατεύονται από αυτά τα ανθρώπινα δικαιώματα και τις ελευθερίες που στόχο έχουν να υπερασπίζονται και να προστατεύουν τα ανθρώπινα και πολιτικά δικαιώματα. Οποιοσδήποτε, περιορισμός αυτών των δικαιωμάτων, με αφορμή την ηλικία και την ανάγκη υποστήριξης, πρέπει να γνωστοποιείται στα αρμόδια νομικά όργανα

και να αντιμετωπίζεται με νομικές διαφανείς διαδικασίες. Η αδιαφορία και η περιφρόνηση αυτών των δικαιωμάτων θεωρούνται παραβάτικές.

Η Παγκόσμια Διακήρυξη των Ανθρώπινων Δικαιωμάτων (άρθρο 25 παρ.1) διακηρύσσει μεταξύ άλλων ότι ο καθένας έχει το δικαίωμα ασφαλούς γήρατος. Στις παραγράφους 24 και 25 της Συνθήκης της ΕΟΚ αναφέρει ότι κάθε άτομο που φτάνει στη συνταξιοδότηση θα πρέπει να διαθέτει εισόδημα που θα του/της επιτρέπει ένα βιοτικό επίπεδο και ότι κάθε συνταξιούχος που δεν έχει δικαίωμα σύνταξης και δεν διαθέτει άλλα μέσα πρέπει να λαμβάνει επαρκές εισόδημα από την Κοινωνική Πρόνοια ανάλογα με τις ανάγκες του. Το Συμβούλιο της ΕΕ αναφέρει “επαρκείς πόρους και παροχές ώστε να εξασφαλίζεται η αξιοπρεπείς ανθρώπινη διαβίωση”.

Η Διεθνής Ομοσπονδία Γήρατος (International Federation of Ageing, 1992), αναφέρει ότι τα δικαιώματα προσδιορίζονται με τις έννοιες της ανεξαρτησίας, συμμετοχής, περίθαλψης, ολοκλήρωσης της προσωπικότητας και της αξιοπρέπειας. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στο εισόδημα, την απασχόληση, την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ειδίκευσης, στη διαβίωση σε ασφαλές περιβάλλον, στην παραμονή στο σπίτι τους, στην ενεργό συμμετοχή τους στην κοινωνία και τη διαδικασία ανάπτυξης της χώρας τους κλπ.

Ο Ευρωπαϊκός χάρτης δικαιωμάτων (2010), σκοπό έχει να διευκολύνει και να προωθήσει την πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων ανθρώπων σε αυτά τα θεμελιώδη δικαιώματα τους. Συγκεκριμένα:

- § Άρθρο 1
Δικαίωμα στην αξιοπρέπεια, τη σωματική και πνευματική ακεραιότητα, την ελευθερία και την ασφάλεια.
- § Άρθρο 2
Δικαίωμα αυτοπροσδιορισμού.
- § Άρθρο 3
Δικαίωμα στην ιδιωτικότητα.
- § Άρθρο 4
Δικαίωμα σε εξατομικευμένη φροντίδα υψηλής ποιότητας.
- § Άρθρο 5
Δικαίωμα σε εξατομικευμένες πληροφορίες, συμβουλές και συγκατάθεση κατόπιν ενημέρωσης.
- § Άρθρο 6
Δικαίωμα στη συνεχιζόμενη επικοινωνία, στη συμμετοχή, στην κοινωνία και τις πολιτιστικές δραστηριότητες.
- § Άρθρο 7
Δικαίωμα στην ελευθερία της έκφρασης και την ελευθερία της σκέψης/συνείδησης: πεπαιθήσεις, δοξασίες και θρησκεία.
- § Άρθρο 8
Δικαίωμα στην παρηγορητική αγωγή και υποστήριξη, στον σεβασμό και στην αξιοπρέπεια κατά τα τελευταία στάδια της ζωής και τον θάνατο.
- § Άρθρο 9
Δικαίωμα πρόσβασης σε ένδικα μέσα.
- § Άρθρο 10
Τα καθήκοντα σας.

Ενώ, οι υποχρεώσεις-ευθύνες των ηλικιωμένων είναι (Πουλοπούλου – Έμκε, 1999):

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

Κεφάλαιο 2

Ικανοποίηση και Ποιότητα φροντίδας στη Τρίτη ηλικία

2.1 Ορισμοί ικανοποίησης και ποιότητας φροντίδας των ηλικιωμένων

Η έννοια της ικανοποίησης και της ποιότητας φροντίδας των ηλικιωμένων από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντικό θέμα στο τομέα της υγείας και έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα.

Η ικανοποίηση του καταναλωτή από ένα συγκεκριμένο προϊόν ή μια υπηρεσία έχει λάβει διάφορες ερμηνείες. Σύμφωνα με τον Γούναρη (2012), η ικανοποίηση είναι μια διαδικασία σύγκρισης των αρχικών προσδοκιών του καταναλωτή με τα τελικά αποτελέσματα, η οποία πραγματοποιείται εκ των υστέρων.

Κάποιοι από τους ερευνητές, χρησιμοποιούν ως κριτήριο την ικανοποίηση των ασθενών και την ασφάλειά τους, άλλοι το τρίπτυχο δομή-διαδικασία-έκβαση, άλλοι την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας, άλλοι την ισότητα και την παροχή της φροντίδας κ.α. (Redfern & Ross, 2011).

Η ποιότητα της φροντίδας συνεκτιμάτε με την νοσηλευτική διαδικασία, όπου τα δικαιώματα του ασθενή και η προγραμματισμένη φροντίδα οφείλει να παρέχεται. Αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει (Donabedian, 1966 Crosby, 1979 Donabedian, 1980 Maxwell, 1984 Juran, 1988 Ραφτόπουλος, 2001 Ραφτόπουλος, 2005 Ραφτόπουλος, 2009). Είναι από τα ελάχιστα 'φαινόμενα' των οποίων ο ορισμός διαφοροποιείται ανάλογα με το επίπεδο και το σκοπό της εκτίμησης που ενσωματώνει. Εμπεριέχει μια πλειάδα εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος.

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» (ποιός= τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους (Sally & Fiona, 2011). Έτσι, σύμφωνα με την ετοιμολογία της λέξης ποιότητα, το ειδοποιό χαρακτηριστικό της είναι το κριτήριο διαφοροποίησης από τα άλλα προϊόντα και υπηρεσίες. Το Ινστιτούτο Ιατρικής, ορίζει την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση» (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Μια εν τω βάθει ανάλυση του ορισμού αυτού μας θυμίζει ότι η ποιότητα δεν ταυτίζεται μόνο με τα θετικά αποτελέσματα της φροντίδας στον ασθενή. Αυτό σημαίνει ότι ο ασθενής μπορεί να γίνει καλά αν και του παρείχαμε μια μέτρια φροντίδα, ή μπορεί να μην βελτιωθεί η υγεία του ή η ευεξία του παρόλο που του παρείχαμε την βέλτιστη δυνατή φροντίδα.

Σύμφωνα, με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993), η ποιότητα των υπηρεσιών είναι η παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που είναι ικανές να διασφαλίσουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας (Μπαλάσκα & Μπισώρη, 2015).

Σύμφωνα, με το λεξικό του Kahn (1985): 'η ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ η διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση και η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας'. Ως εκ τούτου, η τελειότητα είναι ένα δίπολο και κατ' επέκταση η ποιότητα της φροντίδας είναι διπολική: ή υπάρχει ή δεν υπάρχει.

Στο λεξικό 'The Dictionary of Psychology' η ποιότητα ορίζεται ως 'το σχετικό επίπεδο αρετής ή τελειότητας', υποσημειώνοντας ότι η ποιότητα μετράται με απόλυτο τρόπο και με την βοήθεια προτύπων και κριτηρίων (Redfern & Ross, 2011).

Για τους Monroe και Krishman (1985), η ποιότητα είναι η «ικανότητα- όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης- μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη

τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές». Ο συνήθης, ορισμός της ποιότητας είναι: «το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και τις αντιλήψεις του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία» (Parasuraman, Zeithanl & Berry, 1985). Ενώ, ο Lang (1981), όρισε την ποιότητα στην νοσηλευτική, σαν μια «διαδικασία» επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας (Lang, 1981).

Για κάποιους, η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ανταγωνιστικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας, καθώς αποτελεί μια ικανή και αναγκαία συνθήκη για την προσαρμογή του στα μεταβαλλόμενα πρότυπα της ποιότητας της φροντίδας (Boss, 1985).

Σε 2 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, στις οποίες σταθμίστηκαν δύο κλίμακες που εκτιμούν τι θεωρούν οι Έλληνες ασθενείς ως «ποιότητα» της φροντίδας διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

- § Στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας: ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει πάνω από όλα να τον σέβεται όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να προστατεύει η νοσηλεύτρια την αξιοπρέπεια του όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να αφιερώνει χρόνο ο γιατρός για να του εξηγήσει την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει και να αισθάνεται ο ασθενής ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του.
- § Στο νοσοκομείο: για τον ηλικιωμένο ασθενή, ποιότητα σημαίνει να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές σέβονται την προσωπικότητα του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές ξέρουν καλά την δουλειά τους, να τον φροντίζει ο γιατρός χωρίς να του ζητά χρήματα και να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρει.

Οι Abby Ghobadian και συν. (1994), ταξινόμησαν τους διάφορους ορισμούς για την ποιότητα σε πέντε κατηγορίες:

1. Ανωτερότητα. Η ποιότητα αποδίδεται σε μια έμφυτη τελειότητα. Πρόκειται για έναν άκαμπτο ορισμό υπό τη μορφή αξιώματος που συνήθως αποδίδετε σε αγαθά ή υπηρεσίες.
2. Προεξάρχοντα χαρακτηριστικά. Η ποιότητα ορίζεται ποσοτικά και συγκριτικά με κάποιο άλλο προϊόν ή υπηρεσία, σε μονάδες εκπληρωμένων προσδοκιών οι οποίες συναρτώνται με τα δεδομένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας.
3. Χαρακτηριστικά διαδικασίας ή παροχής. Η ποιότητα ορίζεται ως η «συμμόρφωση με τις απαιτήσεις». Ο ορισμός αυτός έχει περισσότερο εφαρμογή στους Οργανισμούς οι οποίοι επιδιώκουν τον ανασχεδιασμό τους προκειμένου να προσεγγίσουν την ποιότητα στην παροχή των υπηρεσιών τους.
4. Ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη. Η ποιότητα επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον, δηλαδή σε χώρους εντάσεων εργασίας, όπως ο χώρος της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
5. Προστιθέμενη αξία. Η ποιότητα προϋποθέτει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη, σε όρους κόστους, διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας. Με απλά λόγια, αν ο έμπρακτος σεβασμός του γιατρού και της νοσηλεύτριας προσδίδουν 'αξία' στον ασθενή, τότε δηλώνει ικανοποιημένος και πιθανώς χαρακτηρίζει ποιοτική τη συνολική παρεχόμενη φροντίδα.

Οι Rust και Oliver (1994), πιστεύουν ότι:

- Η ποιότητα είναι μόνο μία έμφαση της ικανοποίησης των χρηστών.
- Η αξιολόγηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας από τον χρήστη της, γίνεται με βάση συγκεκριμένες διαστάσεις της, ενώ η ικανοποίηση μπορεί να αφορά οποιοδήποτε διάσταση της υπηρεσίας ανεξάρτητα αν σχετίζεται ή όχι με την ποιότητα.
- Οι προσδοκίες από μια ποιοτική υπηρεσία βασίζεται σε κάποιο ιδανικό επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας, ή σε απόψεις περί της 'τελειότητας' της. Απεναντίας, η ικανοποίηση από την υπηρεσία μπορεί να σχετίζεται με προσδοκίες που δεν αποτυπώνουν την ποιότητα, αλλά άλλες πτυχές όπως ανάγκες και αντιλήψεις περί δικαιοσύνης και ισότητας στην προσβασιμότητα ή την διαθεσιμότητα της υπηρεσίας.
- Οι αντιλήψεις για την ποιότητα της υπηρεσίας δεν απαιτούν εμπειρία από την χρήση της, ενώ η ικανοποίηση προϋποθέτει την χρήση της υπηρεσίας.
- Η ποιότητα φαίνεται να έχει λιγότερα προαπαιτούμενα σε σχέση με την ικανοποίηση.

Ο όρος ικανοποίηση εμπεριέχει μια δυναμική η οποία ίσως προέρχεται και από την ετυμολογία της λέξης: το «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα «ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός» και το «ποιώ» που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις απαιτήσεις ή τις προσδοκίες.

Ο Pascoe (1983), ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών (Pascoe, 1983).

Ο Steiber και ο Krowinski (1990), υποστηρίζουν ότι "η ικανοποίηση του ασθενή δεν είναι απλά η καλύτερη και αποτελεσματικότερη πολιτική δράσης αλλά είναι η μοναδική επιχειρηματική επιλογή στο σημερινό ανταγωνιστικό περιβάλλον". Εμφανίζεται όμως χάσμα μεταξύ ιδιωτικού τομέα όπου η διασφάλιση της ικανοποίησης των πελατών είναι μονοδρομική επιχειρηματική επιλογή και του δημόσιου τομέα όπου η αξία προστίθεται στο τελικό προϊόν και στον τελικό χρήστη (Αλετράς, Μπασσιούρη, Κοντοδημόπουλος, Ιωαννίδου & Νιάκας, 2009).

Ουσιαστικά η έννοια της ικανοποίησης είναι η γνώμη του κάθε ασθενούς για την ποιότητα φροντίδας που του παρέχεται και συνδέεται με τις προσδοκίες και τις αξίες του. Το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) (1990), έχει συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως το σημαντικότερο στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Με αναφορά των Bond και Thomas, η ικανοποίηση των ασθενών επέρχεται όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές τους ανάγκες, ενώ αντιθέτως είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι καταστάσεις δεν είναι κατάλληλες. Επομένως, οι ικανοποιημένοι ασθενείς συνεργάζονται ευκολότερα και συμμετέχουν ενεργά στη θεραπεία τους ενώ, φαίνεται πως η ανάρρωση γίνεται ταχύτερη και ο χρόνος νοσηλείας τους ελαχιστοποιείται (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Οι Wen και Gustafson, πρότειναν ένα μοντέλο αναγκών υγείας, για την ικανοποίηση και την ποιότητα ζωής από την φροντίδα, όπου δηλώνουν ότι όσοι ασθενείς παρέχουν πληροφορίες αυξάνουν την ποιοτική προσφορά υπηρεσιών (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Μια από τις γνωστότερες θεωρίες του Abraham H. Maslow είναι η θεωρία της ιεράρχησης αναγκών (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες:

1. Φυσιολογικές ανάγκες, είναι οι ανάγκες της επιβίωσης, όπου με αυτές υπάρχουμε στη ζωή.

2. Ανάγκες ασφάλειας, είναι οι ανάγκες αυτοσυντήρησης των συναισθημάτων.
3. Κοινωνικές ανάγκες, είναι οι ανάγκες για αγάπη, σύνδεση με άλλους, ένταξη του ατόμου σε ομάδες και η φιλία.
4. Ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση, είναι οι ανάγκες που ικανοποιούνται μέσω των άλλων και σχετίζονται με την φήμη, το κύρος, την εκτίμηση και τον σεβασμό.
5. Ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη, είναι οι ανάγκες που προέρχονται από την πραγματοποίηση όλων των παραπάνω.



Αρκετές φορές, χρησιμοποιείται αυτή η ιεράρχηση στο χώρο της υγείας για την μέτρηση της ικανοποίησης των αναγκών και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Βέβαια το μοντέλο του Maslow δεν είναι σταθερό αλλά μεταβάλλεται και εξελίσσεται στο πέρασμα του χρόνου αλλά και του τόπου. Επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι ο πολιτισμός, η τεχνολογία, η ανάπτυξη, και οι κοινωνικές δομές (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Ο Donabedian ήταν ο πρώτος που εστίασε σε θέματα βελτίωσης της ποιότητας υγείας. Ισχυρίζεται ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς είναι παράγοντας της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Σύμφωνα, με τον Donabedian υπάρχουν τρεις διαστάσεις υπηρεσιών υγείας.

- Πρώτον, το διαπροσωπικό μέρος όπου αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από τους επαγγελματίες υγείας. Σχετίζεται ακόμα, και με την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς.

- Δεύτερον, το τεχνικό μέρος, το οποίο αναφέρεται στη καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενούς.
- Τρίτον, τις υποδομές από τις οποίες προσφέρεται, η φροντίδα και η άνεση στις υπηρεσίες υγείας (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

Οι υπηρεσίες προστασίας των ηλικιωμένων αποτελούν ένα υπεύθυνο και κοινωνικό έργο που αποβλέπει στη διατήρηση της υγείας, στην πρόληψη της ασθένειας, στην αποκατάσταση και προαγωγή της υγείας των ηλικιωμένων. Από τους σημαντικότερους σκοπούς είναι η επίτευξη του αισθήματος της ασφάλειας και της ευχαρίστησης δίνοντας έμφαση στους δείκτες αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας της ποιότητας φροντίδας (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008).

Ο Jones και ο Galliard (1983), υποστηρίζουν ότι η πλεονεκτική συμπεριφορά των νοσηλευτών προς τους ηλικιωμένους συνεισφέρει στην αποτελεσματική νοσηλεία του ασθενούς, σε μια θετική επικοινωνιακή σχέση μεταξύ τους, σε ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον και στην συμμετοχική διαδικασία νοσηλείας. Ενώ, ο Rudd (1967), τοποθετείται με την άποψη ότι αν ο νοσηλευτής σέβεται τον εαυτό του, τότε μαθαίνει να σέβεται και τους ασθενείς του με αποτέλεσμα να δημιουργεί μια φιλική σχέση μεταξύ τους, τονίζοντας ότι "όταν ο ηλικιωμένος γίνεται σεβαστός σαν άτομο, και νιώθει ότι του παρέχεται ασφάλεια, ευκαιρία για προσωπική ζωή, και προστασία από την πλήρη εξάρτηση από τους άλλους" τότε η ζωή του εξελίσσεται προς το καλύτερο.

Επιπλέον, ο τρόπος με τον οποίο ο φροντιστής μεταβιβάζει τις πληροφορίες στον ηλικιωμένο είναι τόσο σημαντικός, όσο και οι πληροφορίες που μεταβιβάζονται σε αυτόν. Οι ηλικιωμένοι που καταλαβαίνουν τους φροντιστές τους είναι πιθανότερο να αποδεχθούν τα προβλήματά τους και να καταλάβουν τις επιλογές τους ώστε να ακολουθήσουν το σχέδιο φροντίδας (Kidd et al., 2005). Οι δεξιότητες επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων δεν αντιμετωπίζονται πλέον ως αμετάβλητα προσωπικά χαρακτηριστικά του καθενός αλλά αντίθετα, ως σύνολο μετρήσιμων και τροποποιήσιμων συμπεριφορών που μπορούν να αναπτυχθούν και να αξιολογηθούν παράλληλα (Teutsch, 2003).

Σημαντικό ρόλο, στην ικανοποίηση και στην ποιότητα φροντίδας των ηλικιωμένων παίζουν και τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία, το φύλο, η κοινωνική τάξη, το επίπεδο υγείας και σε υψηλό ποσοστό το μορφωτικό τους επίπεδο. Δηλαδή, ένας μορφωμένος άνθρωπος μπορεί να αξιολογήσει, να κρίνει και να αποφασίσει ο ίδιος για τα αγαθά που του παρέχονται. Αντίθετα, με ένα άτομο χαμηλού μορφωτικού επιπέδου έχει λιγότερες απαιτήσεις και αποδέχονται παθητικά όσα του παρέχονται (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008). Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (Καράγιωργας και συν., 1990), οι άντρες εμφανίζονται να χρησιμοποιούν συχνότερα από τις γυναίκες τις υπηρεσίες υγείας.

Όσον αναφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησης του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al (1981), μεγάλο ποσοστό ασθενών είθισται να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από ότι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης από το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ αντίθετα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς την συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν επιφέρει καμία βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση υγείας τους (LeVois et al., 1981).

Συνοψίζοντας, η ποιότητα ταυτίστηκε σημασιολογικά με την ικανοποίηση των ασθενών ενώ στην ουσία η ικανοποίηση είναι μόνο μία από τις διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας,

όπου αποτελεί μια εξαρτημένη μεταβλητή της παρεχόμενης φροντίδας και έναν προβλεπτικό δείκτη της υιοθέτησης μιας υγιεινής συμπεριφοράς. Ο W.Edwards Deming αναφέρει χαρακτηριστικά "ποιότητα σημαίνει να κάνεις τα σωστά πράγματα με τον σωστό τρόπο" (Sally & Fiona, 2011). Ενώ, ο Gale (1993), λέει ότι «Αξία είναι η ποιότητα, παρόλα αυτά ο καταναλωτής την αξιολογεί την στιγμή που θα του δοθεί».

2.2 Γνωστική και Συμπεριφορική προσέγγιση

Η γνωστική προσέγγιση σχετίζεται με ψυχολογικές θεωρίες και συγκεκριμένα με εσωτερικές, ψυχικές και κοινωνικές διεργασίες. Έχει να κάνει βέβαια και με γνωστικές δεξιότητες όπως είναι η σκέψη, η λογική και η επίλυση προβλημάτων. Δηλαδή εξαρτάται από την ικανότητα επεξεργασίας πληροφοριών και από τα λειτουργικά νοητικά στάδια: είσοδο, κωδικοποίηση, αποθήκευση, ανάκτηση, αποκωδικοποίηση και έξοδο (Reber & Reber, 2001).

Στις ψυχικές διεργασίες λαμβάνουν μέρος:

- η πίστη,
- ο σκοπός,
- η προσδοκία,
- η αντιπροσώπευση,
- η νοητική απεικόνιση και
- ο συμβολισμός.

Έρευνα σε γνωστικές προσεγγίσεις αποδεικνύει ότι η ταχύτητα με την οποία οι ηλικιωμένοι επεξεργάζονται την πληροφορία φθίνει με την ηλικία και οι χρόνοι αντίδρασης επιμηκύνονται (Salthouse, 1996). Αυτό συμβαίνει γιατί εμφανίζονται διαφορές στις διαστάσεις (π.χ. ετοιμότητα και η προσοχή που αποσπάτε) και έχει ως αποτέλεσμα οι ηλικιωμένοι να μειονεκτούν στις δοκιμασίες νοημοσύνης.

Ο Stuart και Hamilton (2000), υποστηρίζουν ότι η έκθεση σε πληθώρα πληροφοριών έχει να κάνει με τον χρόνο αντίδρασης. Ενώ, ο Seattle στην ερευνά του καταλήγει στις διαφορετικές ευκαιρίες εκπαίδευσης που έχει ο καθένας. Η ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα για την αξιολόγηση της νοημοσύνης των ενηλίκων είναι η Κλίμακα Ευφυΐας Ενηλίκων του Wechsler (WAIS). Σημαντικός παράγοντας έκπτωσης της νοημοσύνης φαίνεται να είναι και η μνήμη.

Η συμπεριφορική προσέγγιση σχετίζεται με μετρήσιμες και παρατηρήσιμες συμπεριφορές. Δίνεται έμφαση στις ερμηνείες και στις συνθήκες μάθησης. Βασικές έννοιες συμπεριφορικής προσέγγισης είναι: η εξαρτημένη (στοιχειώδης μορφή μάθησης) και η συντελεστική μάθηση (όπου οι πράξεις είναι εκούσιες και συνειδητές) (Gross, 2001).

Η εξαρτημένη θεωρία της μάθησης, περιλαμβάνει δράσεις και αντιδράσεις πέραν από τον έλεγχο του συνειδητού. Λόγου χάρη η Κυρία Χ., φοβάται να ανέβει στο δωμάτιο της επειδή η γειτόνισσα της, που είναι στην ίδια ηλικία, έσπασε το πόδι της πέφτοντας από την σκάλα και κατέληξε στο νοσοκομείο. Δηλαδή οι ερμηνείες θεμελιώνουν την έννοια της γενίκευσης (Sally & Fiona, 2011).

Στη συντελεστική θεωρία, το άτομο ενεργεί στο περιβάλλον του και αυτή η ενέργεια ακολουθείται από κάποια συνέπεια. Παραδείγματος χάρη, ο Κύριος Χ., αισθάνεται μοναξιά και απομόνωση αφού κανείς δεν τον επισκέπτεται. Μια μέρα κατά λάθος ξεχνάει το γάλα έξω από την πόρτα και μόλις το αντιλαμβάνεται ένας γείτονας τον επισκέπτεται για να βεβαιωθεί ότι είναι καλά. Τον προσκαλεί και περνάνε ευχάριστα την ώρα τους. Αυτό το γεγονός, το αντιλήφθηκε ως παράγοντα ενίσχυσης, οπότε συνεχίζει να αφήνει το γάλα έξω από την

πόρτα. Επομένως, κάθε συμπεριφορά μπορεί να διαμορφωθεί από τις συνέπειες της ή κάθε συμπεριφορά που θα επιβραβευτεί θα επαναληφθεί (Sally & Fiona, 2011). Δηλαδή, μαθαίνουμε εάν η συμπεριφορά μας είναι αποδεκτή μέσα από επιδοκίμασιες ή αποδοκίμασιες και αυτό είναι γνωστό ως την Θεωρία της Κοινωνικής Μάθησης (Bandura, 1997).

2.3 Μέτρηση της ικανοποίησης στην Τρίτη ηλικία

Η εξέλιξη της επιστήμης αναγνωρίζει την ανάγκη των ασθενών για την βελτίωση της παραγόμενης υγείας και των υπηρεσιών της, που έχει ως στόχο να αξιολογεί τα προγράμματα ώστε να βελτιωθούν τα σημεία που υστερούν.

Επομένως, η μέτρηση της ικανοποίησης εφαρμόζεται για να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται. Ο καταναλωτής έχει το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης τόσο των παραπόνων από τον τρόπο ζωής του όσο και των ευχαριστιών από τις υπηρεσίες υγείας δηλαδή δίνει πληροφορίες οι οποίες αν αξιολογηθούν σωστά ενδέχεται να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Έχει βέβαια και την δυνατότητα να εκφράζει προτάσεις για την βελτίωση της ικανοποίησης του (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014). Έτσι, αναπτύσσονται μηχανισμοί και σχέδια δράσεις, όπου ενισχύουν τα επίπεδα φροντίδας υγείας τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο. Διότι δίνεται η δυνατότητα ανάπτυξης άμεσων και προσωπικών επαφών με άλλα άτομα. Τα αγαθά και οι υπηρεσίες που προσφέρονται μπορούν να ανατροφοδοτηθούν ανάλογα με τις εκάστοτε εξατομικευμένες ατομικές ανάγκες των καταναλωτών (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Η αντίληψη των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους παίζει σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη της νόσου όσο και στην αποτελεσματική θεραπεία καθώς, υπάρχει η δυνατότητα παρέμβασης στον τομέα της ιατρικής περίθαλψης και της κοινωνικής στήριξης με αποτέλεσμα την ειδίκευση των ατομικών αναγκών του ατόμου (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Ο Ιπποκράτης, πιστεύει ότι η ευεξία του ασθενή είναι το σημαντικότερο στοιχείο, άρα επιβάλλεται η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας.

Ο Bond και ο Thoma (1992) πιστεύουν, ότι οι ασθενείς ικανοποιούνται με την εκπλήρωση των εσωτερικών τους αναγκών, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι συνθήκες δεν είναι κατάλληλες, όπως η φύση της ασθένειας, ο τρόπος που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας ή άλλοι παράγοντες. Επομένως, οι ικανοποιημένοι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στο σχέδιο θεραπείας τους και εμπιστεύονται τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Διαπιστώνεται όμως ότι η μέτρηση της ικανοποίησης δεν διευκολύνει πάντα τη διαδικασία της θεραπείας διότι ο ασθενής δεν έχει την κλινική εμπειρία και επηρεάζεται από παραϊατρικούς παράγοντες.

Στη μέτρηση της ικανοποίησης σημαντικό ρόλο έχουν οι διοικητές και όσοι συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων. Διότι, έχουν την δυνατότητα να αξιοποιούν τις πληροφορίες και μετά να τις προσφέρουν στο μέγιστο ποιοτικό επίπεδο των υπηρεσιών υγείας και έτσι, με αυτόν τον τρόπο να βελτιστοποιείται η υγειονομική περίθαλψη. Συγχρόνως, αξιολογείται και η κατάσταση υγείας των ασθενών και μετά από την νόσο, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι οι ασθενείς (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Ο Vuori (1999), αναφέρει για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ότι:

1. Οι ασθενείς δεν έχουν επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να αξιολογούν.
2. Οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εκφράζουν αντικειμενικές απόψεις.

3. Η ταχεία εναλλαγή των εξετάσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να διαθέτουν μια σφαιρική εικόνα της κατάστασης.
4. Δεν διαθέτουν αμφότερους σκοπούς οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς.
5. Η έννοια της ποιότητας είναι πολυπαραγοντική.

Όμως, οι ασθενείς δεν διατυπώνουν πάντα αυτά που πιστεύουν στις μετρήσεις ικανοποίησης με αποτέλεσμα να μειώνεται η εγκυρότητα στην έρευνα. Θεωρείται, ότι λαμβάνουν στοιχεία όπως, μειωμένη ενημέρωση, αδυναμία αποδοχής νόσου, αποτυχία κατανόησης οδηγιών και για αυτό οδηγούμαστε σε αυτή την κατάσταση.

Η ικανοποίηση των καταναλωτών μπορεί να μετρηθεί με βάση το κόστος αλλά και με την πρόσβαση στις υπηρεσίες. Διαπιστώνεται, ότι εμπλέκεται και με τις συμπεριφορές των ασθενών απέναντι στην υγεία και την ασθένεια (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Για την μέτρηση έχει χρησιμοποιηθεί ένα μοντέλο αξιολόγησης της συμπεριφοράς των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Συνήθως, χρησιμοποιούνται εργαλεία όπως ερωτηματολόγια/συνεντεύξεις. Η χρήση δομημένων ερωτηματολογίων, συνδυάζει ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις καθώς ανοικτού τύπου ερωτήσεις δίνουν την δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμούς την άποψη του. Η διαδικασία συμπληρώματος του ερωτηματολογίου παίρνει τη μορφή είτε με προσωπικές συνεντεύξεις είτε τηλεφωνικά είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail) (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την ικανότητα να αντιλαμβάνονται τα πιστεύω που έχουν οι καταναλωτές για την φροντίδα τους και έτσι, με αυτόν τον τρόπο να πράττουν για την βέλτιστη ικανοποίηση τους. Αυξάνοντας τα θετικά χαρακτηριστικά της θεραπείας, την συμμόρφωση στις οδηγίες, την γρηγορότερη ανάρρωση καθώς και τη μείωση του χρόνου και του κόστους νοσηλείας (Οικονόμου, Τούντας & Νιάκας, 2007).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών λαμβάνει υπόψη εύρος στοιχείων που σχετίζονται με την υγεία όπως είναι (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015):

- η ποιότητα.
- η αποτελεσματικότητα,
- η αποδοτικότητα,
- η ενημέρωση,
- η προσβασιμότητα,
- η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών,
- η ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού,
- οι συνθήκες νοσηλείας,
- η καθαριότητα,
- τα διαγνωστικά αποτελέσματα των εξετάσεων,
- η παροχή ειδικευμένων υπηρεσιών,
- ο χρόνος αναμονής,
- η συμπεριφορά,
- ο σεβασμός στους ασθενείς
- η διασφάλιση του απορρήτου ακόμα και
- το περιβάλλον γύρω μας.

Με τον όρο αποδοτικότητα στο χώρο της υγείας εννοούμε τον βαθμό αξιοποίησης των διαθέσιμων πόρων για την παραγωγή εκρών (Οικονόμου, Τούντας & Νιάκας, 2007).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από κάποιους παράγοντες, οι οποίοι είναι (Καλογεροπούλου, 2011):

1. Οι προσδοκίες από τις υπηρεσίες που προσφέρονται (επαλήθευση προσδοκιών)
2. Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των καταναλωτών (φύλο, μορφωτικό επίπεδο, ηλικία)
3. Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά των καταναλωτών (η επίδραση τους στον ασθενή).

Επομένως, ερχόμαστε σε χάσμα μεταξύ πραγματικής και ιδανικής κατάστασης. Αυτό συμβαίνει, λόγω των προσδοκιών των ασθενών σε αντίθεση με τις υπηρεσίες που μπορούν να προσφερθούν και των προδιαγραφών που διαθέτουν. Είτε, των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο σε σχέση με τα πρότυπα που υπάρχουν αλλά και με βάση αυτά που δεσμεύεται να πράξει (Γούλα, Σαρρής, Πιερράκος, Σπυρόπουλος, Βουρλιώτου & Νικολαδός, 2017).

Επιβάλλεται να διατυπωθούν και τα οφέλη της ικανοποίησης των καταναλωτών όπου κατηγοριοποιούνται σε:

1. Υγειονομικά, όπου σχετίζονται με την διάγνωση της νόσου και την επιλογή κατάλληλης θεραπείας.
2. Ψυχολογικά, δηλαδή την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, με θετικό τρόπο σκέψης η θεραπεία μπορεί να αντιμετωπίσει πιο γρήγορα το πρόβλημα υγείας.
3. Κοινωνικά, για το κράτος καθώς αυξάνεται η αποδοτικότητα και η αποτελεσματικότητα του υγειονομικού συστήματος με αποτέλεσμα τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών σε συνδυασμό με την μέγιστη ικανοποίησή τους.
4. Οικονομικά, για τις μονάδες υγείας με την μείωση του λειτουργικού κόστους γίνεται εξοικονόμηση σημαντικών χρηματικών πόρων που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να καλύψουν άλλες ανάγκες.

Οφέλη παρατηρούνται και για το προσωπικό καθώς διαπιστώνεται η αύξηση της υπευθυνότητας των επαγγελματιών υγείας με αντάλλαγμα νέους τρόπους ανταμοιβής (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

2.4 Παράγοντες που επηρεάζουν την αύξηση ικανοποίησης των ηλικιωμένων

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) αναδεικνύεται η κοινωνική και συναισθηματική διάσταση της υγείας του ατόμου με βάση τις ανάγκες του ασθενούς και τον προσδιορισμό της κατάστασης της υγείας του υπερβαίνοντας τους περιορισμούς των συντηρητικών μοντέλων. Και ορίζουν την υγεία ως “την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όχι μόνον την απουσία νόσου ή αναπηρίας”, υιοθετώντας την ολιστική αντίληψη της υγείας (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Από έρευνες θεωρείτε, σημαντικό για την ικανοποίηση του καταναλωτή η ελευθερία έκφρασης των ατομικών πιστεύω του ασθενή, διότι συνεισφέρει στην αποτελεσματικότητα της φροντίδας του σε συνάρτηση με την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων του νοσοκομείου. Επομένως, γίνεται επιτακτική η ανάγκη των χρηστών να θέτουν κριτήρια για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας, η οποία επιτυγχάνεται με την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι:

1. Οι συνθήκες στέγασης
2. Οι συνθήκες σίτισης
3. Και οι συνθήκες υγιεινής

Επομένως, γίνεται λόγος για παροχή εξειδικευμένης και ολιστικής φροντίδας των δικαιωμάτων των καταναλωτών για ενημέρωση, απόφαση στη λήψη θεραπείας, και σεβασμός της προσωπικότητας του (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Σύμφωνα, με τον Ιπποκράτη, σημαντικός παράγοντας είναι η ευεξία του ασθενή, για την ενεργό συμμετοχή του στις διαδικασίες της θεραπείας. Αναφέρει, χαρακτηριστικά ότι η ποιότητα είναι στόχος της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος με την έκφραση “ωφελείν ή μη βλάπτειν” (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Με αναφορά του Bond και Thoma οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές τους ανάγκες.

Οι βασικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση είναι:

1. Η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας προς τους ασθενείς (θα πρέπει να φέρονται φιλικά, ευγενικά και να σέβονται την ανθρώπινη αξιοπρέπεια).
2. Η ταχύτητα στην επίλυση των προβλημάτων υγείας.
3. Η επάρκεια του προσωπικού ώστε να βρίσκεται σε ετοιμότητα για να λάβει δράση.
4. Η παροχή υγειονομικής περίθαλψης ανά πάσα ώρα και στιγμή.
5. Οι γνώσεις, η εμπειρία, οι ικανότητες και η επαγγελματική δεοντολογία για την φροντίδα του ασθενούς.
6. Η συνεχής εκπαίδευση όλων των ιεραρχικά δομημένων τμημάτων.
7. Η σωστή θεραπευτική αγωγή.
8. Η παροχή υποστήριξης για τον ολοκληρωμένο έλεγχο των ασθενών.
9. Η επάρκεια της υλικοτεχνικής υποδομής.
10. Ο σωστός σχεδιασμός των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου και των κλινικών καθώς και η ευκολία μετακίνησης των ασθενών.
11. Η χρήση νέου τεχνολογικού εξοπλισμού.
12. Η καλή λειτουργία των μονάδων.
13. Η αποφυγή νοσοκομειακών λοιμώξεων.
14. Η διασφάλιση της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος.

Άλλοι παράγοντες που ασκούν είτε θετική είτε αρνητική επιρροή για την ικανοποίηση των ασθενών είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, το διανοητικό επίπεδο, η ικανότητα συνεννόησης, οι πολιτιστικές αξίες, η κοινωνική και οικονομική κατάσταση των ασθενών (Μπαλάσκα & Μπισώρη, 2015).

Με βάση την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, οι υπό εξέταση παράγοντες για την ικανοποίηση των ασθενών αναφέρονται ως εξής: οι ασθενείς επηρεάζονται άμεσα από την ψυχολογική τους κατάσταση, οι προσδοκίες των χρηστών είναι αυτές που καθιερώνουν το αποτέλεσμα ως ικανοποιητικό ή μη, το φύλο επηρεάζει έμμεσα ή άμεσα την ικανοποίηση του καταναλωτή, η ηλικία ανάλογα με την κατάσταση της υγείας, η προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης ανάλογα με τον βαθμό που ικανοποιούνται οι ασθενείς, οι σχέσεις ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στους ασθενείς για μια αποτελεσματική επικοινωνία, και τα χαρακτηριστικά οργάνωσης και λειτουργίας του οργανισμού για την ικανοποίηση των ασθενών μέσω καλής ποιότητας εγκαταστάσεων, καθαριότητας νοσοκομείου, άνετης διαμονής και διαδικασίας εξόδου από το νοσοκομείο (Μπαλάσκα & Μπισώρη, 2015).

Οι ηλικιωμένοι για να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται, θα πρέπει να εξυπηρετούν τους παρακάτω στόχους (Rastam et al., 1992):

- Να παρέχουν ανώτερη φροντίδα στα ηλικιωμένα άτομα, σύμφωνα με τις αρχές, τη μεθοδολογία και την τεχνική της κοινωνικής επιστήμης,
- Να διαθέτουν επαρκεί στελέχωση προσωπικού,
- Να ασκούν αποτελεσματική διοίκηση, στον προγραμματισμό και στον έλεγχο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

2.5 Η χρησιμότητα της ικανοποίησης των ηλικιωμένων

Η ικανοποίηση των ηλικιωμένων θεωρείται ως θεραπευτική παρέμβαση αλλά και ως μέσο για τη λήψη αποφάσεων, την αξιολόγηση των αλλαγών και την προώθηση των υπηρεσιών υγείας. Αποτελεί σημαντικό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

Η λειτουργία δομών (όπως Βοήθεια στο σπίτι) με σκοπό την προσφορά και την ανάπτυξη άμεσων προσωπικών επαφών εκμηδενίζει την αποκέντρωση και απομόνωση ορισμένων ομάδων ατόμων που αντιμετωπίζουν διαφόρων ειδών προβλήματα τόσο από την φροντίδα υγείας όσο και ευρύτερα κοινωνικά. Ως εκ τούτου, για την υγεία συνυπολογίζονται οι κοινωνικό-ψυχό-συναισθηματικές ανάγκες των ηλικιωμένων. Με αποτέλεσμα για την ικανοποίηση να λαμβάνουν μέρος ποιοτικές και ποσοτικές υπηρεσίες της πρωτοβάθμιας κοινωνικής φροντίδας υγείας (Αλεξιάς & Φλάμου, 2007).

Το δικαίωμα ελεύθερης έκφρασης των καταναλωτών στοχεύει στην βελτίωση των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών, για να επιτευχθεί όμως αυτό θα πρέπει να αξιοποιηθούν σωστά οι πληροφορίες των ασθενών για την ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό και η ικανοποίηση των ηλικιωμένων δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Αξιολογώντας και ικανοποιώντας τις προσδοκίες των ασθενών επιτυγχάνεται η συνεργασία η οποία αποτελεί παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας. Παράλληλα, δημιουργείτε το αίσθημα της εμπιστοσύνης και ενθαρρύνεται η ενεργός συμμετοχή του καταναλωτή στις θεραπευτικές διαδικασίες και στις διορθωτικές παρεμβάσεις οι οποίες αυξάνουν την ικανοποίηση των ηλικιωμένων και οδηγούν σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία συμπεριλαμβανομένης στη συμμόρφωση στις οδηγίες, στην ταχύτερη ανάρρωση και μείωση του χρόνου νοσηλείας (Κατσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η χρησιμότητα της ικανοποίησης σχετίζεται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα, την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Καλογεροπούλου, 2011). Ωστόσο, διαπιστώνεται ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη καθώς και να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους (Αντωνίου & Αντεριώτη, 2014).

Κεφάλαιο 3

Τρόπος ζωής-Ποιότητα ζωής

3.1 Τρόπος και ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία

Ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, οι οποίοι αλληλεπιδρούν μεταξύ τους, όπως είναι τα οικονομικά δεδομένα, η κατάσταση της υγείας, οι κοινωνικό-οικονομικοί ρόλοι, ο ελεύθερος χρόνος, η ανεξαρτησία, το κοινωνικό δίκτυο κ.τ.λ. Σημαντική σχέση έχουν και οι αξίες των σκοπών του κοινωνικοπολιτισμικού πλαισίου. Χαρακτηριστικά, ο Grewal επισημάνει ότι η επίδραση των παραγόντων στην ποιότητα ζωής είναι διαφορετική ανάλογα με τα εκάστοτε πολιτισμικά πλαίσια (Grewal, Bajekal, Blane & Lewis, 2004).

Σκοπός του τρόπου και της ποιότητας ζωής των ηλικιωμένων είναι τα επιτυχημένα γηρατειά. Έχει δοθεί και ο ορισμός: «Τα επιτυχημένα γηρατειά είναι η απελευθέρωση από την ανικανότητα, που συνοδεύεται με μεγάλη δυνατότητα αντίληψης. Επίσης, θα μπορούσε να είναι η σωστή προσαρμογή των ατόμων στις αλλαγές που σχετίζονται με το γήρας» (Depp & Jeste, 2006). Ενώ, ο Harris, αναφέρει τα επιτυχημένα γηρατειά δεν είναι τόσο σπουδαία όσο είναι η ευελιξία του χαρακτήρα του ηλικιωμένου ατόμου (Harris, 2008).

Κριτήρια επιτυχημένων γηρατειών κατά τη Rowe & Kahn (1997), είναι τα εξής: η καλή υγεία (μικρή πιθανότητα για ασθένειες και αναπηρίες), η υψηλή γνωστική και λειτουργική ικανότητα, καθώς και η ενεργή συμμετοχή στην κοινωνική ζωή.

Οι μετρήσεις αυτών των κριτηρίων για την ποιότητα ζωής είναι αντικειμενικές (π.χ. στατιστικές μετρήσεις) και υποκειμενικές (π.χ. η ικανοποίηση που φέρει το άτομο, η αυτο-εικόνα). Τα αντικειμενικά κριτήρια συνήθως περιλαμβάνουν την ποιότητα του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος, τη σωματική και ψυχική υγεία και τα διαθέσιμα υποστηρικτικά δίκτυα (Birren et al., 1991 in Efklides et al., 2003). Ενώ, τα υποκειμενικά κριτήρια περιλαμβάνουν το πόσο καλή θεωρεί το ίδιο το άτομο τη ζωή του (Dinner, 2000 in Efklides et al., 2003). Έχει υποστηριχθεί ότι για την ποιότητα ζωής στην Τρίτη ηλικία, σημαντικότερο ρόλο παίζουν οι υποκειμενικοί παράγοντες, ενώ οι αντικειμενικοί κρίνονται ως συμπληρωματικοί (Χουσιάδας, 2006).

Στους υποκειμενικούς παράγοντες ποιότητα ζωής ανήκει και η ψυχολογική κατάσταση. Η καλή ψυχολογία είναι δυνατόν να βοηθήσει τους ηλικιωμένους να αντιμετωπίσουν τις δυσκολίες που συχνά συνοδεύουν την ηλικία τους με σθένος και υπομονή και να αποτελέσει κίνητρο προκειμένου να συνεχίσουν να προσπαθούν για το καλύτερο (Rima, 2012).

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που βοηθά τα ηλικιωμένα άτομα να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής είναι η αποδοχή του γήρατος και των δυσκολιών που επιφέρει στη ζωή. Σύμφωνα με έρευνα των Butler & Ciarrochi (2007), οι ηλικιωμένοι που αποδέχονται ψυχολογικά το γήρας, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής όσο αναφορά την υγεία και την παραγωγικότητα, ακόμα και σε περιπτώσεις που αντιμετωπίζουν αντίξοες συνθήκες στη ζωή τους σε σχέση με τους παράγοντες αυτούς. Οι ηλικιωμένοι που αποδέχονται το γεγονός του γήρατος, βρέθηκε επίσης ότι έχουν μεγαλύτερη συμμετοχή σε κοινωνικές εκδηλώσεις και πιο ποιοτική συναισθηματική ζωή.

Σύμφωνα, με έρευνες η ποιότητα ζωής αλλάζει σύμφωνα με τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που επικρατούν κάθε φορά, τις αξίες της ζωής και τον δυναμισμό των κοινωνικών στρωμάτων (Βακαλιός, 1984). Ο όρος ποιότητα ζωής φαίνεται να αναφέρεται στην αξιολόγηση συνθηκών της ζωής ενός ατόμου, μιας ομάδας ή ενός πληθυσμού.

Η ποιότητα ζωής έχει ερμηνευτεί από αρκετούς συγγραφείς, ως η δυνατότητα διάθεσης πόρων προς κάλυψη των κοινωνικών αναγκών και η ύπαρξη των παραμέτρων που σχετίζονται με την κοινωνία και το περιβάλλον. Ο MacCall, υποστηρίζει ότι «η ποιότητα ζωής συνιστάτε στην ύπαρξη και στη δυνατότητα πρόσβασης προς τις απαραίτητες εκείνες συνθήκες που εξασφαλίζουν την ευτυχία σε μια δεδομένη κοινωνία ή περιοχή». Ενώ, οι Zautra και Goodhard, τονίζουν ότι η ποιότητα ζωής είναι «το να είναι η ζωή καλή» και αυτό αξιολογείται με κριτήρια (Οικονόμου και συν., 2001).

3.2 Ηθικά και Δεοντολογικά προβλήματα στην Τρίτη ηλικία

Κατά την διάρκεια της νοσηλευτικής φροντίδας του ηλικιωμένου προκύπτουν ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα καθώς με την πάροδο του χρόνου είναι αντιστρόφως ανάλογη η συχνότητα των νοσημάτων με την δυνατότητα αντιμετώπισης τους (Πλάτη, 2008).

Τα ζητήματα αυτά αφορούν, κρίσεις αξιών και δεσμεύουν τον νοσηλευτή απέναντι στο επαγγελματικό και το προσωπικό του καθήκον (Nies & Ewen, 2013).

Πιο συγκεκριμένα, στην νοσηλευτική πράξη αναδύονται διλήμματα τα οποία έχουν δύο εξίσου σημαντικές επιθυμητές εναλλακτικές λύσεις. Λόγου χάρη, η διατήρηση της αυτονομίας του ατόμου συγκρούονται με τα μέτρα που επιβάλλονται ώστε να επιτευχθεί η ασφάλεια του. Επομένως, το άτομο που παίρνει την απόφαση, παραμένει αβέβαιο για το κατά πόσο η απόφαση του ήταν ηθικά σωστή (Πλάτη, 2008).

Ως εκ τούτου, μεγάλη σημασία λαμβάνει η επαγγελματική συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας έναντι του ηλικιωμένου όπου θα πρέπει να αναγνωρίζεται το δικαίωμα της πληροφόρησης, της συγκατάθεσης, του σεβασμού στην ελεύθερη βούληση του ατόμου να δεχτεί ή να αρνηθεί τη νοσηλεία, την εξατομικευμένη φροντίδα, την εξασφάλιση της αυτονομίας και την ισότιμη παροχή υπηρεσιών υγείας. Όμως, όλα αυτά έρχονται αντιμέτωπα με την καθημερινή κλινική πράξη όπου σοβαρά ηθικά και δεοντολογικά προβλήματα εξαρτώνται από παρεμβάσεις, στάσεις και συμπεριφορές. Και αυτό, γιατί οι ηθικές διατάξεις είναι φτιαγμένες από τον νόμο της αγάπης για την αξία και την αξιοπρέπεια της ανθρώπινης υπάρξεως καθώς και του σεβασμού προς τη ζωή (Εκπαιδευτική πιστοποίηση στη Νοσηλευτική).

Στο θεραπευτικό σχέδιο φροντίδας λαμβάνουν μέρος και οι συγγενείς του ηλικιωμένου διότι η προσφορά της ανθρωπιστικής φροντίδας είναι χρέος όλων και έχει ως αποτέλεσμα την θετική επίδραση στη νοσηλευτική φροντίδα (Fry & Johnstone, 2005).

Ηθικά ζητήματα για την προστασία των δικαιωμάτων των ηλικιωμένων είναι (Πλάτη, 2008):

1. Η ενημέρωση για τα δικαιώματα του,
2. Η ενημέρωση για την πράξη αυτοδιαχείρισης, (το δικαίωμα του να παίρνει μέρος σε αποφάσεις που σχετίζονται με την φροντίδα του)
3. Η ενημέρωση για την εκτέλεση των επιθυμιών του εν ζωή,
4. Ο καθορισμός ενός ατόμου ως νομικός κηδεμόνας, ο οποίος θα μπορεί να παίρνει αποφάσεις εφόσον ο ηλικιωμένος βρίσκεται σε κατάσταση αδυναμίας,
5. Η βεβαίωση ότι οποιαδήποτε πράξη είναι σύμφωνη με τον ηλικιωμένο ή με τον κηδεμόνα του,
6. Ο σεβασμός στην εκούσια απομόνωση του και η προστασία της αξιοπρέπειας του.

Ακόμα ως ηθική υποχρέωση μπορεί να ορισθεί και η έννοια της φροντίδας (Pellegrino 1985). Δηλαδή η υποχρέωση του νοσηλευτή να προάγει το καλό κάποιου.

3.3 Γηροκομείο: ορισμός, σκοπός, κατηγορίες, αιτίες εισόδου

Το γηροκομείο είναι ένα κοινωνικό ίδρυμα που στοχεύει στην παροχή φροντίδας της κοινωνικής ομάδας των ηλικιωμένων και των δύο φύλων, φιλοξενώντας τους και προσφέροντας τους, όλες τις υπηρεσίες υγείας, κοινωνικής και ψυχολογικής υποστήριξης, προγράμματα σχετιζόμενα με την εκπαίδευση και τις κοινωνικές δραστηριότητες (Almato, 1993 Mattar, 1977).

Το γηροκομείο είναι ένα ίδρυμα που δημιουργήθηκε για να ικανοποιεί την ανάγκη των ηλικιωμένων για φροντίδα, ούτως ώστε να αναδεικνύεται η ευθύνη της κοινωνίας απέναντί τους και στα μέλη της γενικότερα (Aldahan, 2005).

Σύμφωνα, με την Εκπαιδευτική Πιστοποίηση στην Νοσηλευτική τα γηροκομεία μπορούν να διακριθούν στις εξής κατηγορίες:

1. Δημόσια γηροκομεία, όπου δημιουργούνται από το κράτος και παρέχουν δωρεάν τις υπηρεσίες τους,
2. Ιδιωτικά γηροκομεία, όπου δημιουργούνται από ιδιώτες και οι υπηρεσίες που παρέχονται έχουν οικονομικές επιβαρύνσεις προς τους ηλικιωμένους,
3. Γηροκομεία κοινοτικού χαρακτήρα ή οργανισμού (π.χ. θρησκευτικού), όπου οι υπηρεσίες που προσφέρονται είναι ανάλογες με τις οικονομικές δυνατότητες των ηλικιωμένων ή και δωρεάν εάν δεν έχουν ορισμένοι πόροι.

Ο σκοπός της δημιουργίας ενός γηροκομείου είναι η προσφορά των καλύτερων δυνατών υπηρεσιών στους ηλικιωμένους. Υπηρεσίες όπως:

1. Υπηρεσίες υγείας:
 - Παρακολούθηση και εξέταση των ηλικιωμένων σε τακτά χρονικά διαστήματα για πρόληψη,
 - Περίθαλψη και θεραπεία,
 - Εκμάθηση λειτουργικής αντιμετώπισης βασικών οργανικών προβλημάτων,
 - Συνεχή ενημέρωση και επιμόρφωση.

2. Υπηρεσίες ψυχολογικής υποστήριξης:

Σημαντικό είναι να υπάρχει ενημέρωση για τις ψυχολογικές αλλαγές που έχουν να κάνουν με την ηλικία και τα γηρατειά ώστε να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν τα ψυχολογικά προβλήματα που θα προκύψουν (Abd Alhamid, 1986). Οι υπηρεσίες ψυχολογικής στήριξης θα πρέπει να παρέχονται μέσα από ένα πλαίσιο συνεργασίας τριών βασικών ειδικοτήτων, ψυχιάτρου, ψυχολόγου, και κοινωνικού λειτουργού.

3. Υπηρεσίες κοινωνικής στήριξης:

Θα πρέπει να υπάρχει συνεργασία μεταξύ των δημόσιων φορέων για την κοινωνική πρόνοια των ηλικιωμένων με τη συμβολή και άλλων υπηρεσιών για την παροχή μιας πιο σταθερής κοινωνικής στήριξης.

4. Υπηρεσίες οικονομικής στήριξης:

Προσφορά δωρεάν υπηρεσιών, για θεραπείες και παροχή φαρμάκων ή ακόμα ενασχόληση των ηλικιωμένων με δραστηριότητες οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο εκθέσεων και πωλήσεων.

Με το πέρασμα από την ενήλικη ζωή στα γηρατειά τα προβλήματα των ανθρώπων αυξάνονται. Λόγοι ιδρυματοποίησης των ηλικιωμένων πέρα από την σωματική εξασθένηση είναι και προβλήματα υγείας (Kastenbaum, 1982).

Επίσης, οι αιτίες εισόδου ενός ηλικιωμένου στο γηροκομείο είναι:

1. Άτομα άνω των 65 ετών, που έχουν δύο ή περισσότερες χρόνιες ασθένειες με λειτουργικές δυσλειτουργίες,
2. Ηλικιωμένοι που χρειάζονται μακροχρόνια εξειδικευμένοι φροντίδα,
3. Υπερήλικες με καρδιακό ιστορικό, π.χ. θρόμβωση στεφανιαίας αρτηρίας, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια με διαβήτη, οστεοπόρωση, αρθρίτιδα, κ.τ.λ.
4. Ηλικιωμένοι με ιστορικό πνευματικών διαταραχών, π.χ. κατάθλιψη, άνοια
5. Ηλικιωμένοι που αναρρώνουν από σοβαρές χειρουργικές επεμβάσεις.

3.4 Κ.Α.Π.Η.: ορισμός, σκοπός, στόχοι, πρόληψη, υπηρεσίες, προσωπικό

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι κρατικά προγράμματα για την εξυπηρέτηση του θεσμού «Παραμονή στο σπίτι» και εντάσσονται στην Τοπική Αυτοδιοίκηση και λειτουργούν υπό την επιστημονική εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Αμηρά, Γεωργιάδη & Τεπερόγλου, 1986). Πρόκειται για παροχή εξωιδρυματικής προστασίας, που αποτελεί μια μορφή υπηρεσιών προς την κοινότητα που στοχεύει στην παραμονή των ατόμων στο οικείο περιβάλλον τους (Παπαλιού & Φαγαδάκη, 2002).

Η λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. στη χώρα μας ξεκίνησε το 1979, αρχικά σαν Πειραματικό Κέντρο Ανοιχτής Εξωιδρυματικής προστασίας Ηλικιωμένων, με συνεργασία της Διεύθυνσης Προστασίας Ηλικιωμένων του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας με τον Όμιλο Εθελοντών. Σημαντικό ρόλο στην ίδρυση και δημιουργία των Κ.Α.Π.Η. είχε και η Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία.

Τα Κ.Α.Π.Η. είναι ένας χώρος συνάντησης των ηλικιωμένων αλλά και παροχής υπηρεσιών υγείας. Είναι ένας θεσμός κοινωνικοπρονοιακός που αναπτύχθηκε μετά το 1981 και βασική του επιδίωξη είναι η παραμονή του ηλικιωμένου στο γνώρισό του περιβάλλον (Βεργιάδης & Γεωργιάς, 1987).

Τα Κ.Α.Π.Η. ιδρύθηκαν με σκοπό την πρόληψη και αποκατάσταση της ψυχοσωματικής υγείας και της κοινωνικής στήριξης των ατόμων της τρίτης ηλικίας. Αποτελούν χώρους όχι μόνο υγειονομικής πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης, αλλά και χώρους ψυχαγωγίας, αναψυχής, ενημέρωσης, κοινωνικοποίησης και δημιουργικής έκφρασης και απασχόλησης. Στόχος των Κ.Α.Π.Η. είναι η πρόληψη βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών προβλημάτων των ηλικιωμένων ώστε να παραμείνουν αυτόνομα, ενεργά και ισότιμα μέλη του κοινωνικού συνόλου (Γεωργιάδου, 2006). Ενώ, σημαντικός σκοπός είναι και η έρευνα θεμάτων που αφορούν τους ηλικιωμένους.

Οι στόχοι που προκύπτουν από την παροχή των υπηρεσιών του Κ.Α.Π.Η. είναι οι εξής:

1. Η κοινωνικοποίηση,
2. Η προληπτική ιατρική,
3. Η ευαισθητοποίηση,
4. Η ενεργητικότητα του ηλικιωμένου για ζωή,
5. Η συνεργασία (Σταθόπουλος, 1999).

Η πρόληψη του Κ.Α.Π.Η. διακρίνεται σε:

- Πρωτογενή, όπου γίνονται εμβολιασμοί, ενημέρωση σχετικά με σωστή διατροφή, ένδυση και πρόληψη ατυχημάτων.
- Δευτερογενή, δηλαδή την έγκυρη διάγνωση ώστε να αποφευχθεί η μακροχρόνια θεραπεία.

Τα Κ.Α.Π.Η. παρέχουν διάφορα προνόμια στα μέλη τους και διοργανώνουν ποικίλες δραστηριότητες, με στόχο να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους να παραμείνουν ενεργά μέλη της κοινωνίας και να γνωρίσουν άτομα της ηλικίας τους. Οι δράσεις αυτές περιλαμβάνουν:

1. Οργανωμένη ψυχαγωγία και επιμόρφωση, (π.χ. εκδρομές, εργασίες κ.τ.λ.)
2. Φροντίδα και οδηγίες για ιατροφαρμακευτική και νοσηλευτική περίθαλψη,
3. Παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών,
4. Κοινωνική εργασία, η οποία απευθύνεται εκτός από τους ίδιους και στο άμεσο οικογενειακό τους κύκλο,
5. Φυσικοθεραπεία,
6. Εργοθεραπεία, μέσω δημιουργικής απασχόλησης,
7. Βοήθεια στο σπίτι, η οποία προσφέρεται σε όσους ζουν μόνοι τους και χρήζουν εξυπηρέτησης,
8. Συμμετοχή σε θερινές κατασκηνώσεις,
9. Εντευκτήριο στο οποίο λειτουργεί καντίνα,
10. Δραστηριότητες με τη δημιουργία διαφόρων ομάδων που ανταποκρίνονται στα ενδιαφέροντα τους (θέατρο, παραδοσιακοί χοροί, γυμναστική),
11. Συνεργασία με άλλους φορείς (σχολεία, πολιτιστικοί σύλλογοι) προκειμένου να οργανωθούν δραστηριότητες που γεφυρώνουν το χάσμα γενεών (Γεωργιάδου, 2006 & Sissouras et al, 2002).

Το προσωπικό που απασχολεί το Κ.Α.Π.Η. είναι:

- Κοινωνικός λειτουργός (αρμοδιότητες: αντιμετώπιση οικογενειακών ή ατομικών προβλημάτων, συνεργασία με το υπόλοιπο προσωπικό του Κ.Α.Π.Η, συνεργασία για την διοίκηση του κέντρου και ευθύνη για οργάνωση εκδηλώσεων και επικοινωνία με τους τοπικούς παράγοντες της περιοχής για την ενημέρωση τους για τις δράσεις του κέντρου),
- Φυσιοθεραπευτή (αρμοδιότητες: εφαρμογή φυσιοθεραπευτικής αγωγής, υπεύθυνος για την δημιουργική απασχόληση των μελών και το παραγωγικό έργο στο οποίο συμμετέχουν),
- Εργοθεραπευτή,
- Ιατρός φυσικής ιατρικής και αποκατάστασης (αρμοδιότητες: υπεύθυνος για την εξέταση των μελών του Κ.Α.Π.Η., παραπομπή των ηλικιωμένων σε άλλες ειδικότητες αν το κρίνει απαραίτητο, συνταγογράφηση και παρέχει οδηγιών για τη σωστή χρήση των φαρμάκων),
- Γηρίατρο ή παθολόγο,
- Νοσηλεύτριά (αρμοδιότητες: συνεργασία με τον γιατρό για την φαρμακευτική και υγειονομική περίθαλψη και παροχή πληροφοριών για θέματα υγείας που ενδιαφέρουν τα μέλη της οικογένειας),

- Οικογενειακή βοήθη (αρμοδιότητες: βοήθεια στα σπίτια των μελών σε περίπτωσης ανάγκης ή όταν μένουν μόνοι τους).
(Stanhope, 2009).

3.5 Η συνταξιοδότηση και η Τρίτη ηλικία

Η συνταξιοδότηση φαίνεται να συνδέεται περισσότερο με την έννοια του επαγγέλματος παρά της εργασίας. Είναι άρρηκτα, συνδεδεμένη με κοινωνικούς ρόλους, αφού η διακοπή της επαγγελματικής καθημερινότητας του ηλικιωμένου, δεν αποκόπτεται τόσο από την εργασία κάθε αυτή, όσο από την κοινωνική ταυτότητα που του προσδίδει το επάγγελμα του.

Δηλαδή, η συνταξιοδότηση είναι μια στάση στην επίσημη επαγγελματική ζωή του ανθρώπου, όπου διακόπτονται οι όποιες κοινωνικές δραστηριότητες με αναφορά το επάγγελμα του και μόνο, και η διακοπή αυτή ποικίλη ανάλογα με το κοινωνικό πλαίσιο, όπως ορίζετε από τα κράτη (Al Miladi, 2002).

Η συνταξιοδότηση χωρίζεται σε δύο είδη:

1. Έχει να κάνει με την ακούσια αποχώρηση του ατόμου από το επαγγελματικό του περιβάλλον και έχει ως συνέπεια αρνητικές επιπτώσεις για αυτόν.
2. Έχει να κάνει με την εκούσια αποχώρηση του ατόμου από την εργασία του και συνδέεται με θετικά αποτελέσματα για αυτόν.

Η σημασία συνταξιοδότησης είναι διαφορετική για τις γυναίκες και τους άνδρες. Πιο συγκεκριμένα, η εργασία για την γυναίκα έχει συμπληρωματικό νόημα ζωής, που δεν αποκλείει άλλες δραστηριότητες (εργασία στο σπίτι, κοινωνική συναναστροφή και φροντίδα των παιδιών στο σπίτι κτλ). Αντίθετα, οι άνδρες που έως την ηλικία των 60 ή 65 ετών περιορίζονται κατά αποκλειστικά στο επαγγελματικό τους πεδίο και έτσι με τον τερματισμό της εργασίας τους έρχονται αντιμέτωποι με ένα κενό και αναγκάζονται να βρουν διεξόδους δραστηριοποίησης (Al Dahan, 2005).

Σύμφωνα, με τον Al Kilani (1983), υπάρχουν τέσσερα μοντέλα συνταξιούχων:

1. Το μοντέλο του ικανοποιημένου συνταξιούχου που έχει επιτυχημένο παρελθόν, βαδίζει δυναμικά στο παρόν, αγαπάει όλους και είναι από όλους αγαπητός (Al Kilani, 1983). Σύμφωνα, με τον Al Miladi στο συγκεκριμένο αυτό μοντέλο ο ηλικιωμένος αποδέχεται ευχάριστα την συνταξιοδότηση ως ευκαιρία χαλάρωσης και ξεκούρασης (Al Miladi, 2002).
2. Το μοντέλο του ανεξάρτητου ηλικιωμένου, είναι ο άνθρωπος που επιμένει να ζήσει ανεξάρτητος όσες δυσκολίες και αν αντιμετωπίσει. Ο Al Miladi, χαρακτηρίζει αυτούς τους ανθρώπους γεμάτους ενέργεια (Al Miladi, 2002).
3. Το μοντέλο του οργισμένου ηλικιωμένου, που αισθάνεται πίκρα λόγω της έλλειψης ίσων ευκαιριών μεταξύ ηλικιωμένων και νέων. Καθώς αισθάνεται ότι μπορεί να γίνεται φορτικός στους γύρω τους, γίνεται οξύθυμος. Αυτή η προσωπικότητα δεν είναι ιδιαίτερα ευχάριστη και αποδεκτή.
4. Το μοντέλο της αυτολύπησης του ανθρώπου που μισεί τον εαυτό του και επιθυμεί τον θάνατο για να μην επιβαρύνει τους άλλους. Τον χαρακτηρίζει η απαισιοδοξία και η απόρριψη κάθε προσπάθειας αλλαγής και νεωτερισμού. Χαρακτηρίζονται από έντονη αυτοκριτική και αυτομεμψιμοιρία.

Η συνταξιοδότηση περικλείεται από περιόδους με την ακόλουθη σειρά:

- Η φάση που προηγείται της συνταξιοδότησης και χωρίζεται σε δύο επιμέρους περιόδους:
- ⊖ Απόμακρη φάση, όπου ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται ότι η συνταξιοδότηση είναι γεγονός και θα συμβεί σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα στο μέλλον.
- ⊖ Πλησιέστερη φάση, όπου ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί πια ότι θα συνταξιοδοτηθεί.
- Η φάση της συνταξιοδότησης χωρίζεται σε πέντε επιμέρους περιόδους ή φάσεις:
- ⊖ Η φάση του «Μήνα του μέλιτος», είναι η έναρξη της συνταξιοδότησης μιας ζωής ελεύθερης χωρίς υποχρεώσεις και με πολύ ελεύθερο χρόνο στη διάθεσή του.
- ⊖ Η φάση της απομυθοποίησης που επέρχεται μετά τον μήνα του μέλιτος και υπάρχει η αίσθηση του κενού και της αρνητικότητας της ζωής.
- ⊖ Η φάση του επαναπροσδιορισμού, όπου ο συνταξιούχος βλέπει την κατάσταση ρεαλιστικά.
- ⊖ Η φάση της σταθερότητας, όπου έχει δομηθεί ένας τρόπος ζωής και βιώνει την καθημερινότητα με οργάνωση και χαλαρότητα.
- ⊖ Η τελική φάση, όπου τερματίζεται η ζωή του ανθρώπου με έναν θάνατο ξαφνικό ή χωρίς να προηγηθεί μακρόχρονη περίοδος αρρώστιας και φθοράς.

Σημαντικό πρόβλημα από την συνταξιοδότηση είναι το οικονομικό, το οποίο επηρεάζει τόσο τη σωματική όσο και την ψυχική υγεία του/της συνταξιούχου. Τα προβλήματα που απορρέουν από τη συνταξιοδότηση και μπορούν να αντιμετωπιστούν με ποικίλους τρόπους είναι (Abd Al Hamid, 1985):

- ⊘ Εύρεση νέων μεθόδων για την κάλυψη των αναγκών του συνταξιούχου.
- ⊘ Εύρεση νέων τρόπων αυτοεκτίμησης και αυτοεπιβράβευσης.
- ⊘ Εύρεση νέων στόχων και αξιών από μέρος της κοινωνίας, ώστε να μπορέσει να ενσωματώσει αυτούς τους ηλικιωμένους ως σημαντική και ενεργή ομάδα.

3.6 Αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής για τους ηλικιωμένους

Σύμφωνα με τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών (ANA) (Πλάτη, 2008), οι αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής για τους ηλικιωμένους είναι οι εξής:

1. Βοήθεια του ατόμου για την επίτευξη της αυτοφροντίδας,
2. Αξιολόγηση του ηλικιωμένου για λειτουργικές ικανότητες/ανάγκες,
3. Προσπάθεια για ανεξαρτησία ή έστω διευθέτηση εξαρτημένων αναγκών,
4. Αφιέρωση περισσότερου χρόνου για την νοσηλεία,
5. Προσαρμογή φυσιολογικών και ψυχοκοινωνικών αναγκών σύμφωνα με τον τρόπο ζωής του,
6. Έκφραση ενοχλήσεων, σωματικών λειτουργιών και συμπτωμάτων,
7. Δημιουργία ευκαιριών για την κατανόηση των οδηγιών,
8. Διατήρηση και προστασία της αξιοπρέπειας και της ακεραιότητας των ηλικιωμένων,
9. Πρόβλεψη ότι κάθε αλλαγή είναι δυνατόν να προκαλέσει αρνητικά συμπτώματα για τον ηλικιωμένο.

Κεφάλαιο 4

Ρόλοι

4.1 Ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στην Τρίτη ηλικία

Πρωταρχικός σκοπός κάθε νοσηλευτή είναι η προαγωγή της υγείας του ατόμου σε όλη την διάρκεια της ζωής του. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτικού προσωπικού στη φροντίδα του ηλικιωμένου είναι ίδιος με των άλλων ηλικιακών ομάδων. Για να προσφέρει όμως βοήθεια στον ηλικιωμένο, θα πρέπει να κατέχει κάποιες επιπρόσθετες αρετές όπως είναι η υπομονή, η κατανόηση, το ψυχικό σθένος και γενικότερα δυνατά εσωτερικά κίνητρα για την βελτίωση της κατάστασης της υγείας του (Μαλγαρινού & Γουλία, 2016).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του ηλικιωμένου θα μπορούσε να καταχωρηθεί ως εξής (Μαλγαρινού & Γουλία, 2016):

- § Η εκτίμηση των νοσηλευτικών αναγκών του ηλικιωμένου,
- § Η συνεχής ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του,
- § Η διαδικασία της νοσηλευτικής διεργασίας, (δηλαδή ο προγραμματισμός, η εφαρμογή και η αξιολόγηση)
- § Η ενεργός συμμετοχή του ατόμου στο σχέδιο φροντίδας του,
- § Η συμπεριφορά φροντίδας στη σχέση νοσηλευτή-ασθενή,
- § Η διατήρηση της αυτονομίας του ηλικιωμένου,
- § Η ικανοποίηση της ανάγκης για επικοινωνία,
- § Η συνεργασία με άλλα άτομα για αποτελεσματικότητα της θεραπείας,
- § Η αφιέρωση χρόνου και κατανόησης στον ηλικιωμένο για να ακούσει τις ανησυχίες του,
- § Η ενθάρρυνση στο άτομο για την επιτυχή αντιμετώπιση των δυσκολιών,
- § Η συνεχής έρευνα και η εφαρμογή νέων τεχνικών για τη βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

Ο νοσηλευτής σχεδιάζει την φροντίδα με βάση τις εξατομικευμένες ανάγκες του ηλικιωμένου. Η Leininger (1984), υποστηρίζει ότι η έννοια της φροντίδας έχει άμεση σχέση με την ανθρώπινη υγεία (Fry & Ewen, 2005).

Ορισμένα χαρακτηριστικά της νοσηλευτικής φροντίδας των ηλικιωμένων είναι:

1. Η παροχή εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας,
2. Η ένδειξη του νοσηλευτή προς τον ηλικιωμένο της ανάγκη και της κατανόησης, πόσο σημαντικό είναι για αυτόν να συμμετέχει στη διαμόρφωση της νοσηλευτικής του φροντίδας,
3. Πριν την πρώτη επαφή με τον ηλικιωμένο, ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει αρκετά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του, ώστε να αποκτήσει σχέση οικειότητας για το μέλλον,
4. Ενίσχυση του ηλικιωμένου να κάνει πράγματα μόνος του και να παίρνει ο ίδιος αποφάσεις που αφορούν την υγεία του,
5. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να γίνεται με τον ηλικιωμένο και όχι για τον ηλικιωμένο και να προάγεται και η αυτοφροντίδα,
6. Να υπάρχει τροποποίηση και συμβιβασμός στη νοσηλευτική φροντίδα, όπου χρειάζεται,

7. Να υπάρχει συνεχής επικοινωνία μεταξύ του νοσηλευτή και του ηλικιωμένου και να τον στηρίζει θετικά για κάθε του απόφαση,
8. Θα πρέπει να παροτρύνεται από τον νοσηλευτή να χρησιμοποιεί και να κάνει δραστηριότητες, ώστε να διατηρεί το ενδιαφέρον του για τη ζωή,
9. Ο νοσηλευτής θα πρέπει να γνωρίζει ότι κάθε αλλαγή στην ψυχοσυναισθηματική κατάσταση του ηλικιωμένου μπορεί να αποβεί επικίνδυνη για την υγεία του,
10. Να του παρέχεται εκπαίδευση, ενημέρωση και πληροφόρηση για το τι σημαίνουν τα συμπτώματα ή ενοχλήματα που ίσως έχει ώστε για να μην αγχώνεται χωρίς κάποιο ιδιαίτερο λόγο,
11. Να του προσφέρεται η μεταχείριση που του αρμόζεται (Μαλγαρινού, 2005).

Σημαντικός είναι και ο ρόλος του κοινοτικού νοσηλευτή, διότι στοχεύει στην καλύτερη ποιότητα της ζωής των ηλικιωμένων. Ο νοσηλευτής προσπαθεί να βοηθήσει, να υποστηρίξει, να καθοδηγήσει και να διδάξει με βάσει τις επιστημονικές του γνώσεις, την καλή επικοινωνία και παρατήρηση του. Δηλαδή, θα πρέπει να είναι γνώστης τόσο της ψυχολογίας όσο και των προβλημάτων που μπορεί να αντιμετωπίσει, έτσι ώστε να βοηθήσει τον ηλικιωμένο (Sanhope & Lancaster, 2009).

4.2 Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην οικογένεια

Η οικογένεια αποτελεί θεσμό, ο οποίος θεωρείται η βάση της ελληνικής κοινωνίας. Στο πέρασα των χρόνων, παρατηρείται η διαφοροποίηση της δομής και της λειτουργίας της οικογένειας.

Οι οικογένειες είναι υπεύθυνες για την παροχή ή τη διαχείριση της φροντίδας των οικογενειακών μελών. Στο σύγχρονο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, οι οικογένειες είναι σημαντικοί παράγοντες των ομάδων υγειονομικής φροντίδας. Οι οικογένειες είναι οι πιο αρμόδιες από ποτέ για την ενίσχυση της φροντίδας υγείας των ηλικιωμένων μελών τους.

Από την αρχαιότητα, ακόμη, επέβαλε την ευθύνη της φροντίδας των ηλικιωμένων στα παιδιά τους και το σεβασμό τους. Για τους αρχαίους Έλληνες, οι ηλικιωμένοι θεωρείτο πηγή τιμής, σοφίας, κριτικής σκέψης και λογικής. Με το πέρασμα των εποχών οι Έλληνες συνέχιζαν να ζουν με αυτή τη νοοτροπία και διατήρησαν τη σημασία της ενότητας της οικογένειας και του σεβασμού στις οικογενειακές σχέσεις (Τεπερόγλου, Κίνια, Παπακώστα & Τζωρτζοπούλου, 1990).

Παλαιότερα το άτομο ήταν ενταγμένο σε ένα κοινωνικό σύνολο που ικανοποιούσε όλες τις ανάγκες του. Εκπλήρωνε τις υποχρεώσεις του απέναντι στην κοινωνική ομάδα που ήταν ενταγμένος (οικογένεια) και με αυτόν τον τρόπο ενίσχυε την αυτοεκτίμηση του (Κατάκη, 1984). Η διανομή των ρόλων πραγματοποιούνταν με βάση το φύλο και την ηλικία του ατόμου και όχι βάσει ικανοτήτων (Μουσούρου, 1984).

Σήμερα, το μοντέλο της οικογένειας από εκτεταμένη-παραδοσιακή μετατρέπεται σε «πυρηνική» (Kyriakidou, Kotzabassaki & Cristoroulou, 2001). Αυτό συνεπάγεται, για τους ηλικιωμένους μια περιθωριοποίηση διότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας. Ο ρόλος τους, αλλάζει χάνοντας οι ίδιοι το γόητρο και το σεβασμό που τους πρόσφερε παλαιότερα η ηλικία και η πείρα της ζωής (Γκιζέλη & Καυταντζόγου, 1984).

Παρόλο αυτά, στην Ελλάδα παρατηρούνται ισχυροί οικογενειακοί δεσμοί. Οι παππούδες βοηθούν τα παιδιά τους στην πραγματοποίηση των προσωπικών τους στόχων και στην ανατροφή των εγγόνων τους. Και από την άλλη τα παιδιά, φροντίζουν τους γονείς τους (Efklides et al., 2003). Η ιδρυματοποίηση των ηλικιωμένων αποτελεί την τελευταία λύση διότι θεωρείται αισχύνη (Arvaniti, Livaditis, Kanioti, Davis, Samakouri & Xeniditis, 2005).

4.3 Ο ρόλος του ηλικιωμένου στην κοινωνία

Η κοινωνία με το πέρασμα του χρόνου αντιμετωπίζει τον ηλικιωμένο διαφορετικά. Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι στην Αρχαία Ελλάδα τις σημαντικές αποφάσεις τις έπαιρναν γέροντες λόγω της σοφίας τους π.χ. το συμβουλευτικό σώμα της Πυθίας το αποτελούσαν επτά γέροντες. Οι αντιλήψεις για τους ηλικιωμένους έρχεται σε σύγκρουση μεταξύ δυο βασικών διαφορετικών απόψεων.

Από τη μία η Κλασική Ελληνική, όπου η Τρίτη ηλικία είναι μια δυστυχία και οι σκέψεις περιστρέφονται γύρω από την πραγματικότητα του θανάτου και όχι από την πραγματικότητα της ζωής. Παρόλο αυτά, ο σεβασμός προς τον ηλικιωμένο παραμένει σαν ηθικό χρέος προς την ηλικία του.

Και από την άλλη η άποψη των λαών της Ανατολής, όπου θεωρούν ότι το γήρας είναι η κορυφή της ζωής και δίνουν αξία σε όλες τις πτυχές της ζωής τους (Μαλγαρινού & Γουλία, 2016).

Χαρακτηριστικά μειονεκτήματα των κοινωνιών προς τον ηλικιωμένο είναι ότι:

- Οι υπερήλικες αποτελούν κοινωνικό πρόβλημα και ότι,
- Η αντιμετώπιση των προβλημάτων του γήρατος γίνεται με την βοήθεια οργανισμών και φιλανθρωπικών οργανώσεων.

Σε αναπτυσσόμενες χώρες οι ηλικιωμένοι θεωρούνται ως αρχηγοί λόγω τεχνολογικών προόδων και πηγή γνώσεων και σοφίας. Η ανάγκη τους, αντικατοπτρίζεται προς την ίση μεταχείριση όλων. Διότι, συνήθως τα ηλικιωμένα άτομα με χαμηλό οικονομικό υπόβαθρο υστερούν έναντι άλλων (Μαλγαρινού & Γουλία, 2016).

Στην Ελληνική κοινωνία οι ηλικιωμένοι έχουν σημαντικό ρόλο στη συνέχιση της ελληνικής κουλτούρας και στην προώθηση εννοιών της σωστής συμπεριφοράς. Ο ρόλος του ηλικιωμένου αντικατοπτρίζεται στις παροιμίες, τους μύθους και τους συμβολισμούς της ελληνικής παράδοσης. Οι ηλικιωμένοι θεωρούνται λιγότερο ευφυείς και ικανοί, περισσότερο αδρανείς, βαρετοί και δυσάρεστοι (Σπυροπούλου, 2004).

Μια έρευνα που έγινε στην Ελλάδα, έδειξε ότι τα μικρά παιδιά βλέπουν τους ηλικιωμένους ως αδύναμους και αργούς (Μαλικιώση-Λοϊζου, 1991). Σε παρόμοια έρευνα, φαίνεται ότι οι νέοι έχουν μια περισσότερη θετική στάση απέναντι στους ηλικιωμένους, ενώ οι ηλικιωμένοι έχουν μια αρνητική γενική εικόνα για τους νέους. Οι ηλικιωμένοι πιστεύουν ότι δεν υπάρχει ο απαραίτητος σεβασμός από τους νέους προς την Τρίτη ηλικία και ότι οι νεότεροι έχουν την υποχρέωση να φροντίζουν τους μεγαλύτερους (Γεωργούλη, Κονδύλη, Χάνδανος & Χατζηβαρνάβα, 1996). Όλες οι έρευνες που έχουν γίνει στην Ελλάδα, δείχνουν ότι οι ηλικιωμένοι προτιμούν να περνούν τα τελευταία χρόνια της ζωής τους στα σπίτια τους και όχι σε κάποιο γηροκομείο (Παπάνης, 2007).

Άλλοι, υποστήριξαν ότι όσοι άνθρωποι γερνούν, η σχέση με την κοινότητα γίνεται όλο και λιγότερο σημαντική, οι φιλίες διαλύονται και η οικογένεια αποτελεί την πρώτη πηγή ηθικής υποστήριξης. Την άποψη αυτή αντίκρουσε ο Kutner, επισημαίνοντας την σημασία του κοινωνικού δικτύου και της κοινότητας για τη διατήρηση του ηθικού των ηλικιωμένων.

Σύμφωνα, με έρευνα της Wenger και των συνεργατών της (1995), ένα τοπικά ενσωματωμένο δίκτυο ή ένα δίκτυο που βασίζεται στην κοινότητα σχετίζεται με υψηλό ηθικό. Αντιθέτως, ένα δίκτυο που παρέχει μόνο λίγη ανεπίσημη υποστήριξη σχετίζεται με χαμηλό ηθικό. Οι ίδιοι ερευνητές τοποθετούνται με την άποψη ότι το επίπεδο ηθικού των ηλικιωμένων οι οποίοι διαμένουν σε στενά οικογενειακά και απομονωμένα δίκτυα είναι χαμηλότερο σε σύγκριση με

ηλικιωμένους που διαμένουν σε δίκτυα τοπικά και ενσωματωμένα στο επίκεντρο της κοινότητας (Wenger, Davies & Shahtahmaseli, 1995).

Χαρακτηριστικό είναι ότι το υψηλό ηθικό σχετίζεται έντονα με τους κοινωνικούς παράγοντες της διαβίωσης στο σπίτι και της έλλειψης αισθήματος μοναξιάς. Πιθανόν να σχετίζεται με το γεγονός ότι ηλικιωμένοι με χαμηλό ηθικό προτιμούν να μετακομίζουν σε ιδρύματα που συνεπάγεται με απώλεια αγαπημένων προσώπων που δεν αναπληρώνεται όμως, από το προσωπικό των ιδρυμάτων (von Heideken et al., 2005).

Ο Gubrium (1972), αναδεικνύει την σημασία των φίλων για τη σχέση ηθικού και ενεργητικότητας. Σε ερευνά του, τονίζει, τη σημασία του κοινωνικού και περιβαλλοντικού πλαισίου. Δηλαδή, ένα πλαίσιο που χαρακτηρίζεται από ετερογένεια, εμφανίζει υψηλό το ηθικό των ηλικιωμένων και επομένως υψηλό επίπεδο δραστηριότητας. Σε αντίθεση, με ένα πλαίσιο ομοιογένειας, το υψηλό ηθικό δεν συνδέεται με υψηλά επίπεδα δραστηριότητας. Επομένως, η ύπαρξη δικτύου φίλων για τους ηλικιωμένους φαίνεται, να συνδέεται στενά με υψηλή αυτοεκτίμηση, αυτόνομη αυτό-εικόνα και υψηλό ηθικό (Lawton, 1980).

Συνοψίζοντας, το αυξανόμενο ηθικό έχει συνδεθεί κατ' επανάληψη με την ύπαρξη ενός κοινωνικού δικτύου, με την ύπαρξη φίλων και την συμμετοχή των ηλικιωμένων σε δραστηριότητες της κοινότητας (Litwin, 2001).

ΜΕΡΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Κεφάλαιο 5

Μεθοδολογία – Αποτελέσματα έρευνας

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων μελών στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας. Στην εν λόγω έρευνα θα μελετηθεί η καταγραφή του πως νιώθει και αισθάνεται ο ηλικιωμένος τον τελευταίο καιρό σε σχέση με το κοινωνικό και οικογενειακό υπόβαθρο.

Απώτερος σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να χρησιμοποιηθούν τα αποτελέσματα της, προκειμένου να βελτιωθεί η ικανοποίηση, η ποιότητα φροντίδας και ο τρόπος ζωής των ηλικιωμένων που εντάσσονται στα πλαίσια του Κ.Α.Π.Η. Στη μελέτη αυτή, ως πληθυσμός της έρευνας είναι άντρες και γυναίκες, αφενός για να διαπιστωθούν οι διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλλα, αφετέρου για να γίνει σύγκριση μεταξύ των δύο Νομών.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που έγινε προσπάθεια να απαντηθούν με αυτή τη μελέτη είναι τα εξής:

- Κατά πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ηλικιωμένοι από την ζωή τους;
- Αν αισθάνονται πως είναι υγιής;
- Εάν νιώθουν πως όλα λειτουργούν όπως αυτοί πιστεύουν ότι πρέπει;
- Κατά πόσο πιστεύουν ότι προσφέρουν στους γύρω τους και την οικογένεια τους;
- Υπάρχει ανάγκη ψυχολογικής στήριξης και κοινωνικής υπηρεσίας;
- Χρειάζονται ενημέρωση- επιμορφώσει σε διάφορα θέματα;

Τα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα θα αναλυθούν με βάση τις ανεξάρτητες μεταβλητές 'φύλο, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο'.

5.2 Μεθοδολογία

5.2.1 Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζεται η ερευνητική διαδικασία, ο τρόπος επιλογής του δείγματος των ηλικιωμένων, καθώς και η κατάρτιση του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια παρατίθεται τα αποτελέσματα της ερευνητικής διαδικασίας.

5.2.2 Πληθυσμός έρευνας

Το δείγμα του ερωτηματολογίου αποτέλεσαν 100 άντρες και γυναίκες που απαρτίζουν το Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αχαΐας και 100 άντρες και γυναίκες που εντάσσονται στο Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αιτωλοακαρνανίας κατόπιν σχετικής έγκρισης εκπόνησης της συγκεκριμένης μελέτης. Η δειγματοληψία χαρακτηρίζεται από την ευκολία επιλογής ή αλλιώς δειγματοληψία ευκολίας, της συγκεκριμένης γεωγραφικής περιοχής. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε συμμετείχαν ηλικιωμένοι που επιθυμούσαν να πάρουν μέρος σε αυτή τη διαδικασία - εθελοντικά. Συνολικά συμπληρώθηκαν 200 ερωτηματολόγια.

5.2.3 Επιλογή σχεδίου έρευνας

Ανάλογα με τον σκοπό που επιδιώκεται, μπορούμε να διακρίνουμε τις επιστημονικές έρευνες σε τρεις βασικές κατηγορίες, τις διερευνητικές, τις περιγραφικές και τις πειραματικές. Η παρούσα έρευνα κατατάσσεται στις περιγραφικές, με τη χρήση του ερωτηματολογίου, δεδομένου ότι επιθυμούμε να αποτυπώσουμε τα χαρακτηριστικά μιας δεδομένης κατάστασης με την συλλογή πληροφοριών, που έχει ως στόχο την ανάλυση του προβλήματος της έρευνας που έχει μελετηθεί.

5.2.4 Επιλογή μεθόδου συλλογής στοιχείων

Η συγκεκριμένη έρευνα συλλέγει πρωτογενή στοιχεία χρησιμοποιώντας ως βασικό εργαλείο της, το ερωτηματολόγιο. Κατόπιν βιβλιογραφικής και ηλεκτρονικής αναζήτησης καταλήξαμε στην επιλογή ενός έτοιμου ερευνητικού εργαλείου, το οποίο ανταποκρίνεται στις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας. Το ερωτηματολόγιο περιέχει κλειστού τύπου ερωτήσεις, δηλαδή το εύρος των απαντήσεων είναι αυστηρώς περιορισμένο. Το είδος των ερωτήσεων που χρησιμοποιήθηκε στην έρευνα είναι ερωτήσεις πολλαπλών απαντήσεων, δηλαδή δίνεται στον ερωτώμενο επιλογές και του ζητείται να επιλέξει μία.

Για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκαν επισκέψεις στο χώρο των Κ.Α.Π.Η. και συζητήσεις με τους υπεύθυνους, προκειμένου να υπάρξει ενημέρωση για τη λειτουργία και τις ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου και κάποια γενικά στοιχεία για τους εξυπηρετούμενους. Αναφέρθηκε σε αυτούς η επιθυμία να πραγματοποιηθεί αυτή η έρευνα καθώς και οι στόχοι και οι σκοποί της.

Στα ιδρύματα δόθηκε η άδεια για να γίνει η έρευνα και επίσης η δυνατότητα στην ερευνήτρια να επισκεφτεί τα Κ.Α.Π.Η. για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Σε κάθε ηλικιωμένο αναφερόταν πρώτα ο λόγος για τον οποίο γίνεται η έρευνα και ότι τα ερωτηματολόγια είναι ανώνυμα και δεν πρόκειται να δουν τις προσωπικές απαντήσεις άλλοι καθώς θεωρούνται απόρρητες.

Το βασικό κριτήριο επιλογής ηλικιωμένων προκειμένου να συμμετάσχουν σε αυτή την έρευνα ήταν να επιθυμούν τη συμμετοχή τους και η κατάσταση της υγείας τους να το επιτρέπει.

Οι ηλικιωμένοι απαντούσαν με την βοήθεια της ερευνήτριας, δηλαδή τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με έμμεσο τρόπο καθώς υπήρξε συνέντευξη με τα άτομα και η συνεντεύκτρια σημείωνε τις απαντήσεις που έδινε το κάθε άτομο. Η έμμεση μέθοδος συμπλήρωσης ερωτηματολογίων έχει παρατηρηθεί ότι έχει καλύτερα αποτελέσματα από την άμεση συμπλήρωση από τον εξεταζόμενο (Javeau, 2000). Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από τα μέλη ανέρχονται στα 200.

Θεωρείται σημαντικό να δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στην διατύπωση των ερωτήσεων, προκειμένου να συμπεριληφθούν όλες οι πλευρές της συμμετοχής των ηλικιωμένων στα προγράμματα των Κ.Α.Π.Η.

Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια απαριθμήθηκαν και στη συνέχεια καταχωρήθηκαν στον υπολογιστή, αφού είχαν πρωτίστως αποκωδικοποιηθεί τα δεδομένα. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 24.0 (Statistical Package for Social Science).

5.2.5 Εργαλεία έρευνας

Για την συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο 36 ερωτήσεων κλειστού τύπου, προεπιλεγμένων απαντήσεων και διαιρείται σε δύο μέρη. Για το ερωτηματολόγιο δεν χρειάστηκε να ζητηθεί άδεια καθώς είναι ελεύθερο. Πριν την χορήγηση του ερωτηματολογίου διαβάστηκε η πρώτη σελίδα στους συμμετέχοντες, η οποία τους παρείχε πληροφορίες για τη φύση και τους στόχους της έρευνας. Διευκρινίζεται η εθελοντική συμμετοχή του ηλικιωμένου καθώς και η ενημέρωσή τους ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις και ότι δεν αποσκοπούν σε εξατομικευμένα συμπεράσματα. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει μια ενότητα ερωτήσεων και συγκεκριμένα 8 ερωτήσεις που αφορούν τα **δημογραφικά στοιχεία του ηλικιωμένου**, και μια ενότητα 28 ερωτήσεων για το **πώς αισθάνονται και νιώθουν τον τελευταίο καιρό οι ηλικιωμένοι σε σχέση με την ζωή τους και την υγεία τους δηλαδή την υποκειμενική αντίληψη για την κοινωνική στήριξη που τους παρέχουν τα δίκτυα** ακόμα περιλαμβάνει και ενότητα που αφορά την **ποιότητα ζωής, την λειτουργικότητα του ηλικιωμένου στην καθημερινότητα του καθώς και την ικανοποίηση του από την ζωή**. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε κατοίκους της Ελλάδας σε ώρες χαλάρωσης και η συμπλήρωσή τους ολοκληρώθηκε σε χρόνο 10 λεπτών. Οι πληροφορίες που αντλήθηκαν από αυτό ήταν απόρρητες και χρησιμοποιήθηκαν μόνο για τις ανάγκες της μελέτης.

5.2.6 Αξιοπιστία και εγκυρότητα

Ένα ερωτηματολόγιο που μετράει την ικανοποίηση των ασθενών, θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας (Wuthrich – Shneider, 2000).

Αξιοπιστία είναι η ικανότητα ενός εργαλείου μέτρησης να μετρά με συνέπεια και σταθερότητα τη μεταβλητή που εξετάζει, δηλαδή σε περίπτωση που κάποιος επαναλάβει την έρευνα σε κάποια άλλη χρονική στιγμή θα πρέπει να καταλήξει στα ίδια περίπου αποτελέσματα (Γαλάνης, 2013 & Bounton, 2004).

Η εγκυρότητα αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο ένα ερωτηματολόγιο μετρά τη μεταβλητή που υποστηρίζει ότι μετρά (Αλετράς και συν., 2007). Η εγκυρότητα διακρίνεται σε εγκυρότητα περιεχομένου (content validity), η οποία εξετάζει το βαθμό τον οποίο τα στοιχεία που χρησιμοποιούνται είναι αντιπροσωπευτικά της μεταβλητής που μετράται. Η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής, από την άλλη πλευρά (construct validity), αφορά το βαθμό που το εργαλείο μέτρησης αποδίδει την ουσιαστική θεωρητική έννοια της μεταβλητής που μετράται (Γαλάνης, 2013).

5.2.7 Ανάλυση

Η ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το στατιστικό πακέτο SPSS 24.0, έκδοση για Windows. Αποτελείται από δύο μεγάλες ενότητες, την περιγραφική ανάλυση (περιγραφή των δεδομένων) και την ανάλυση συσχετίσεων (δηλαδή την ανάλυση εξαρτήσεων μεταξύ των ερωτήσεων ή έλεγχος για την ύπαρξη διαφοροποίησης των απαντήσεων ανάμεσα στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας). Σε όλες τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας το 5%.

5.3 Αποτελέσματα

Συνολικά συλλέχτηκαν 200 ερωτηματολόγια. Τα 100 απαντήθηκαν από ηλικιωμένους που εντάσσονται στα Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αχαΐας και τα υπόλοιπα 100 από ηλικιωμένους του Κ.Α.Π.Η. του Νομού Αιτωλοακαρνανίας.

5.3.1 Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Στην παρούσα ενότητα παρουσιάζεται η περιγραφική ανάλυση των δεδομένων. Η ανάλυση γίνεται ανά ενότητα, με τρόπο τέτοιο όπως δομείται το ερωτηματολόγιο. Αρχικά περιγράφονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος (τα δημογραφικά χαρακτηριστικά) και στην συνέχεια καταγράφονται οι απόψεις για την ικανοποίηση και ποιότητα ζωής τους.

Ενότητα Α΄: Περιγραφή δείγματος – δημογραφικά χαρακτηριστικά

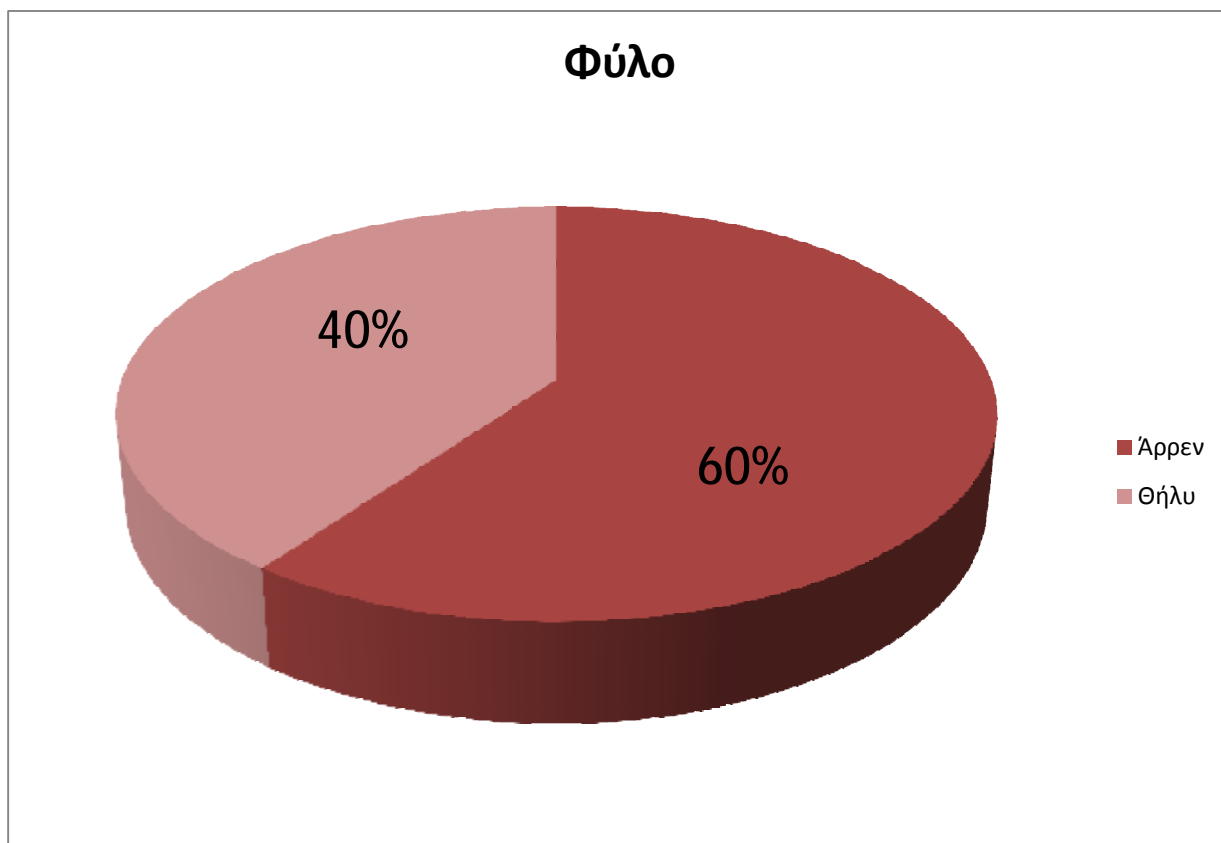
Στους παρακάτω πίνακες, περιγράφονται τα επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος.

Φύλο

Επικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Άρρεν	1	120	60,00	60,00	60,00
Θήλυ	2	80	40,00	40,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Φύλο

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,40
ΤΑ		,49
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		2,00



Αρχικά, αναφερόμαστε στο φύλο, όπου το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων 60,0% ήταν άντρες και το μικρότερο ποσοστό των 40,0% ήταν γυναίκες.

Οικογενειακή κατάσταση

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Έγγαμος	1	195	97,50	97,50	97,50
Άγαμος	2	5	2,50	2,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Οικογενειακή κατάσταση

N	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,02
ΤΑ		,16
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		2,00



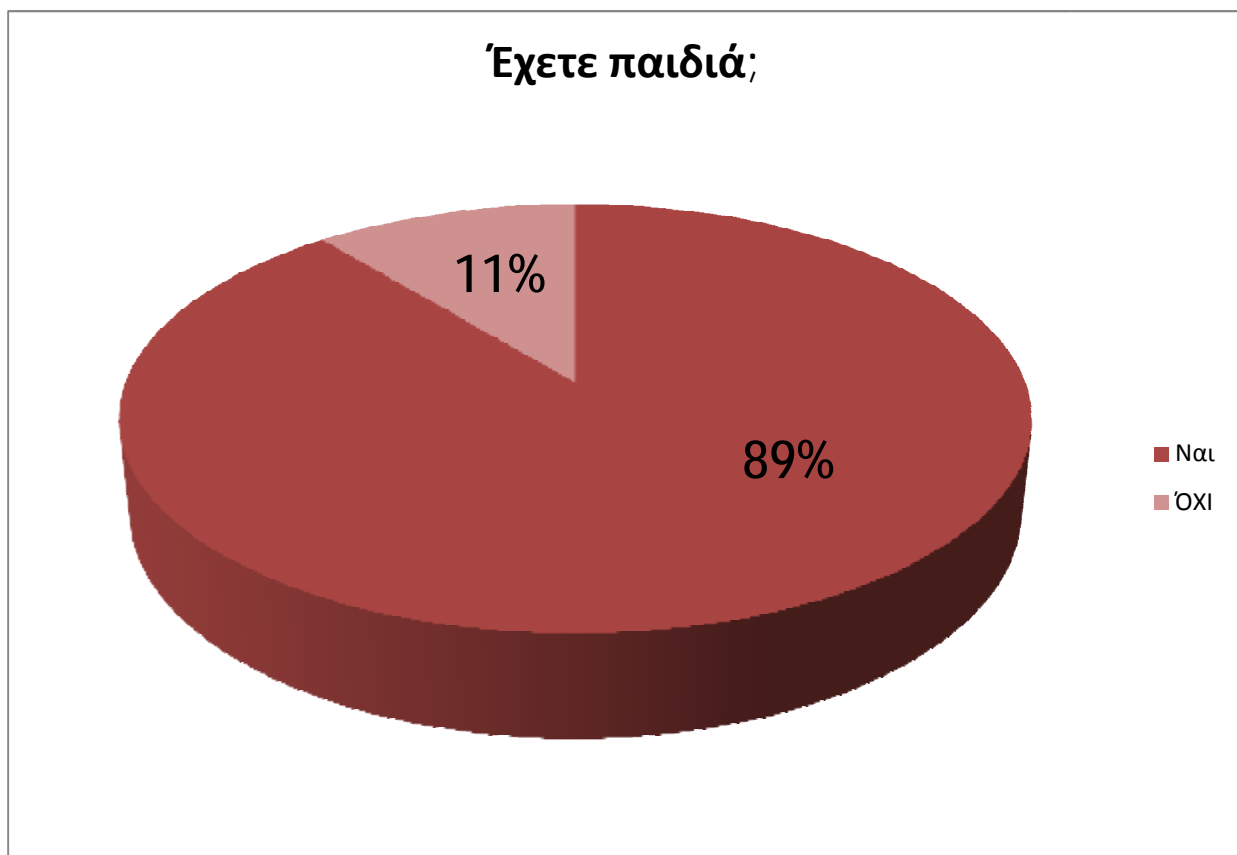
Από τον παραπάνω πίνακα βλέπουμε ότι στην πλειοψηφία τους οι συμμετέχοντες σχετικά με την οικογενειακή τους κατάσταση είναι έγγαμοι κατά ποσοστό 97,5% ενώ το ποσοστό 2,5% είναι άγαμοι.

Έχετε παιδιά;

Επίκετα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Ναι	1	178	89,00	89,00	89,00
Όχι	2	22	11,00	11,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχετε παιδιά;

N	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,11
ΤΑ		,31
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		2,00



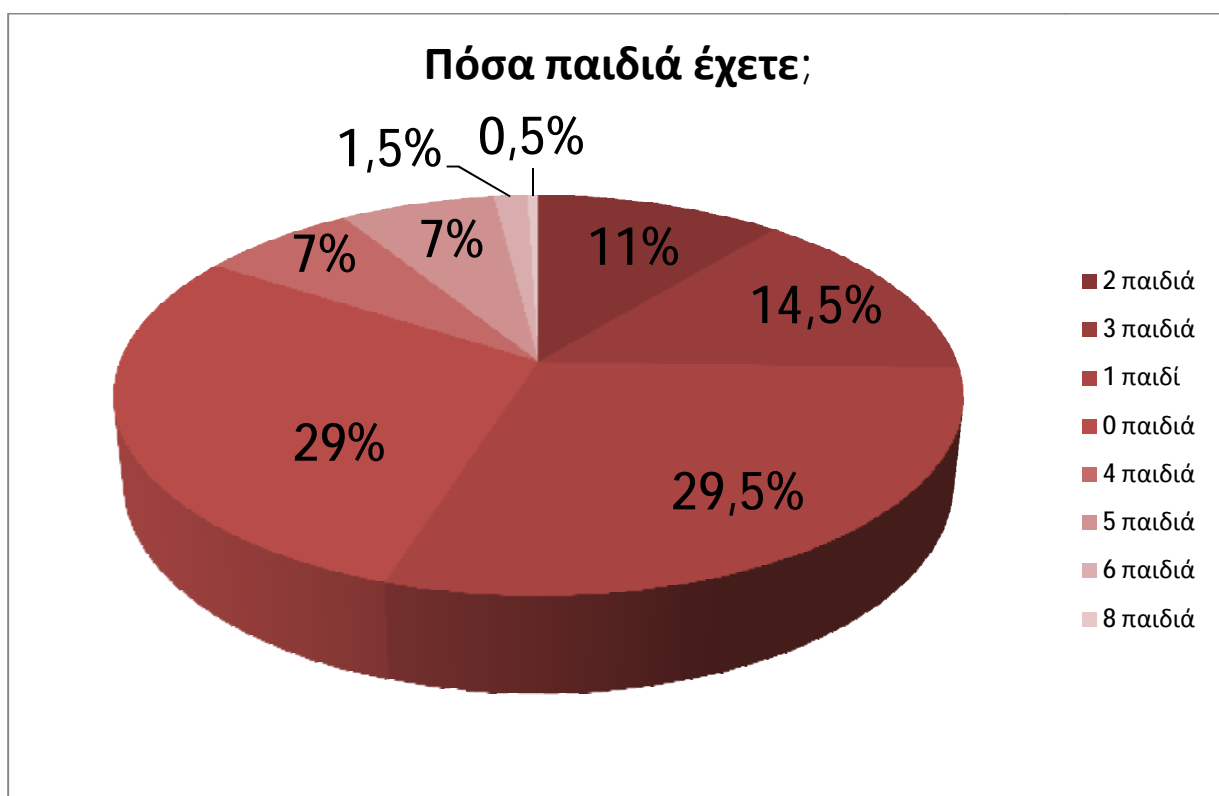
Στην ερώτηση των συμμετεχόντων εάν έχουν παιδιά, διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 89,0% απέκτησαν παιδιά σε αντίθεση με το ποσοστό του 11,0% όπου δεν απέκτησαν.

Πόσα παιδιά έχετε;

Επικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
	0	22	11,00	11,00	11,00
	1	29	14,50	14,50	25,50
	2	59	29,50	29,50	55,00
	3	58	29,00	29,00	84,00
	4	14	7,00	7,00	91,00
	5	14	7,00	7,00	98,00
	6	3	1,50	1,50	99,50
	8	1	,50	,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Πόσα παιδιά έχετε;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		2,37
ΤΑ		1,44
Ελάχιστο		,00
Μέγιστο		8,00



Από το προηγούμενο πίνακα, σχετικά με τον αριθμό των παιδιών που απέκτησαν διαπιστώνουμε ότι το 29,5% απάντησε πως έχει 2 παιδιά, το 29,0% απάντησε πως έχει 3 παιδιά και το 0,5% απάντησε πως είχε 8 παιδιά.

Έχετε εγγόνια;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Ναι	1	165	82,50	82,50	82,50
Όχι	2	35	17,50	17,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχετε εγγόνια;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλιπούσες	0
Μέσος Όρος		1,18
ΤΑ		,38
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		2,00



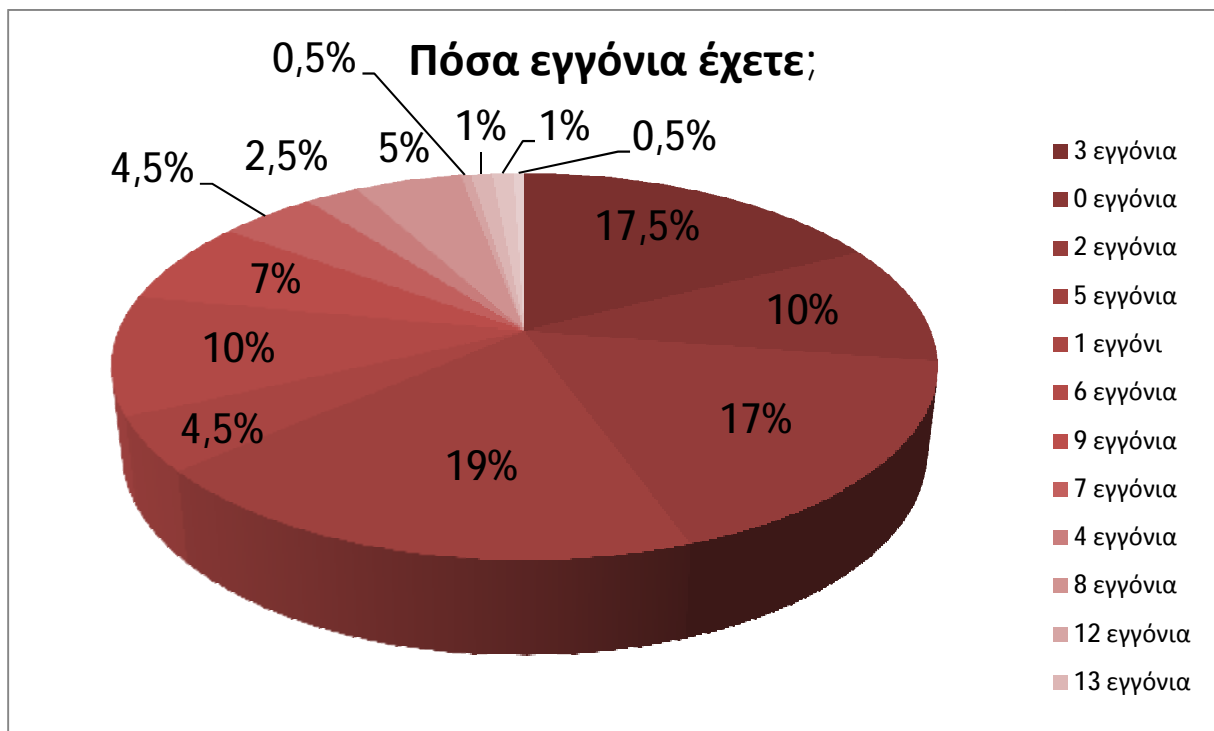
Στην ερώτηση των συμμετεχόντων εάν έχουν εγγόνια, διαπιστώνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων έχουν εγγόνια σε ποσοστό 82,5% σε αντίθεση με το 17,5% που δεν έχουν καθόλου εγγόνια.

Πόσα εγγόνια έχετε;

Επίκετα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
	0	35	17,50	17,50	17,50
	1	20	10,00	10,00	27,50
	2	34	17,00	17,00	44,50
	3	38	19,00	19,00	63,50
	4	9	4,50	4,50	68,00
	5	20	10,00	10,00	78,00
	6	14	7,00	7,00	85,00
	7	9	4,50	4,50	89,50
	8	5	2,50	2,50	92,00
	9	10	5,00	5,00	97,00
	10	1	,50	,50	97,50
	12	2	1,00	1,00	98,50
	13	2	1,00	1,00	99,50
	15	1	,50	,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Πόσα εγγόνια έχετε;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		3,45
ΤΑ		3,00
Ελάχιστο		,00
Μέγιστο		15,00



Από τον παραπάνω πίνακα, σχετικά με τον αριθμό των εγγονιών που έχουν αποτυπώνεται ότι το 19,0% έχει 3 εγγόνια, το 17,5% δεν έχει κανένα εγγόνι και το 0,5% έχει 10 και 15 εγγόνια.

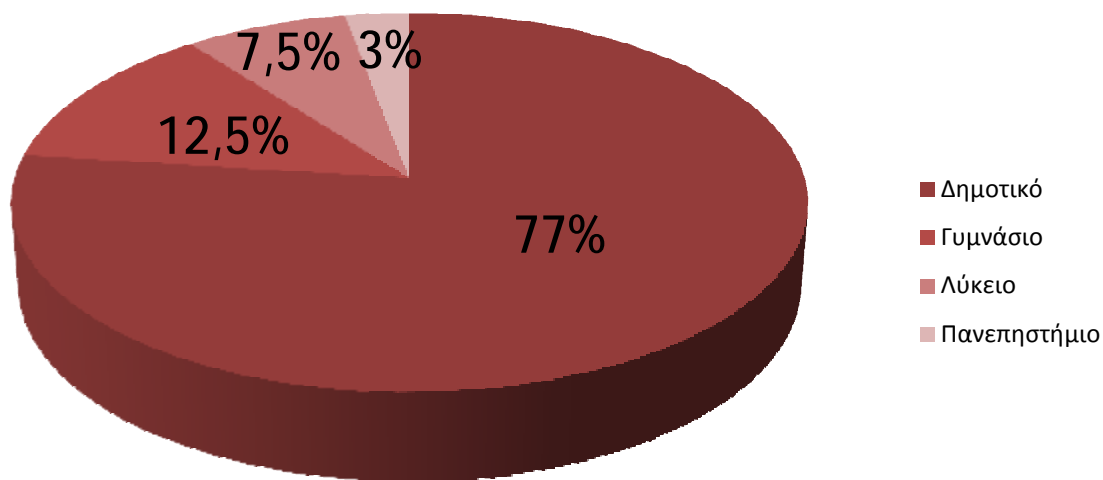
Ποίο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Δημοτικό	1	154	77,00	77,39	77,39
Γυμνάσιο	2	25	12,50	12,56	89,95
Λύκειο	3	15	7,50	7,54	97,49
Πανεπιστήμιο	4	5	2,50	2,51	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
<i>Σύνολο</i>		200	100,0	100,0	

Ποίο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
<i>Μέσος Όρος</i>		1,35
<i>ΤΑ</i>		,73
<i>Ελάχιστο</i>		1,00
<i>Μέγιστο</i>		4,00

Ποίο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;



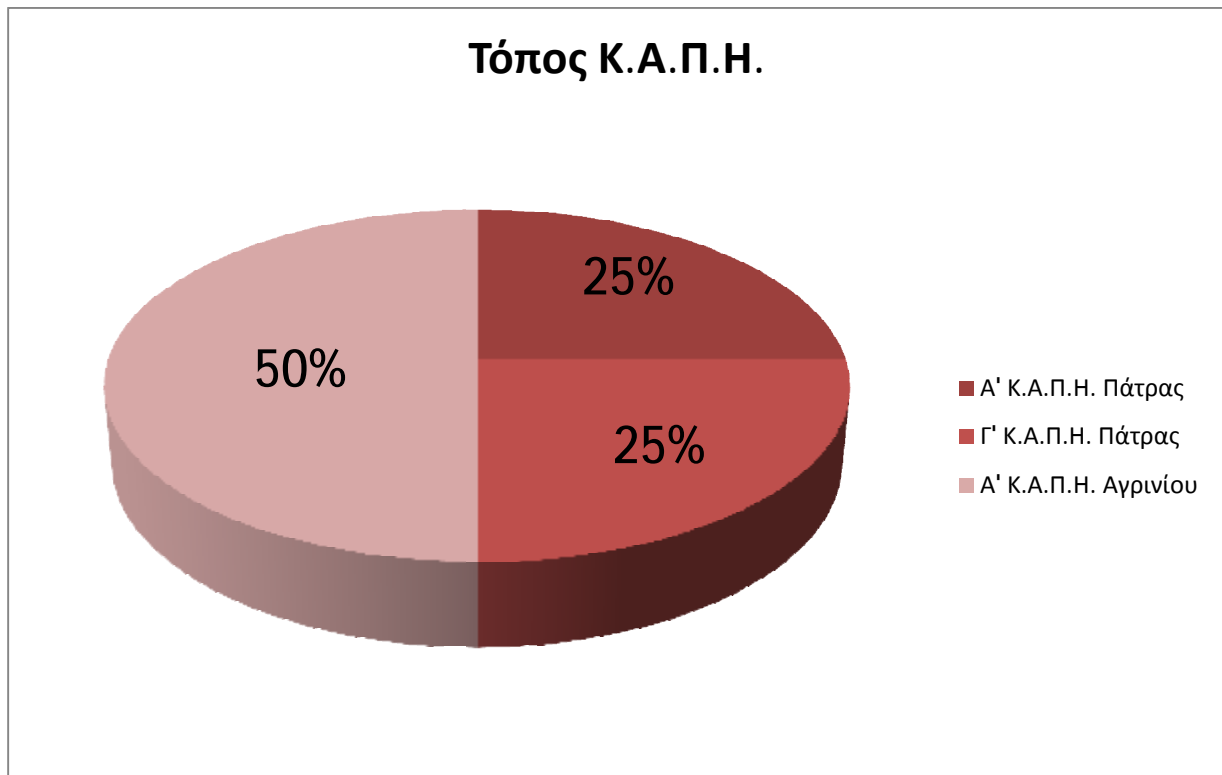
Όπως αποτυπώνεται στο παραπάνω πίνακα, το μεγαλύτερο ποσοστό 77,4% των ερωτώμενων σχετικά με την μόρφωσή τους δήλωσαν πως είναι απόφοιτοι δημοτικού, ενώ το 2,5% είναι απόφοιτοι πανεπιστημίου.

Τόπος Κ.Α.Π.Η.

Επικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Α' Κ.Α.Π.Η. Πάτρας	1	51	25,50	25,63	25,63
Γ' Κ.Α.Π.Η. Πάτρας	2	50	25,00	25,13	50,75
Α' Κ.Α.Π.Η. Αργινίου	3	98	49,00	49,25	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
<i>Σύνολο</i>		200	100,0	100,0	

Τόπος Κ.Α.Π.Η.

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
<i>Μέσος Όρος</i>		2,24
<i>ΤΑ</i>		,83
<i>Ελάχιστο</i>		1,00
<i>Μέγιστο</i>		3,00



Αναφορικά με τον τόπο του Κ.Α.Π.Η. των ερωτώμενων, να αναφέρουμε πως είναι ισότιμο το ποσοστό δηλαδή 50,0% είναι οι ερωτηθέντες από τα Κ.Α.Π.Η. της Πάτρας και 50,0% από το Κ.Α.Π.Η. του Αργινίου.

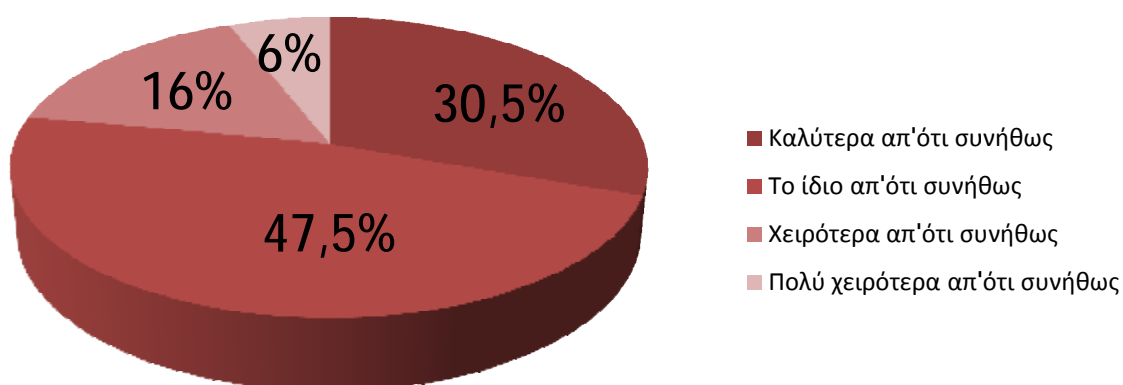
Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καλύτερα απ'ότι συνήθως	1	61	30,50	30,50	30,50
Το ίδιο απ'ότι συνήθως	2	95	47,50	47,50	78,00
Χειρότερα απ'ότι συνήθως	3	32	16,00	16,00	94,00
Πολύ χειρότερα απ'ότι συνήθως	4	12	6,00	6,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,98
ΤΑ		,84
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;



Στην ερώτηση εάν αισθάνεσαι εντελώς καλά και απόλυτα υγιής, το μεγαλύτερο ποσοστό 47,5% απάντησε το ίδιο όπως συνήθως ενώ το μικρότερο ποσοστό 6,0% απάντησε πολύ χειρότερα απ'ότι συνήθως. Το 30,5% αισθάνεται καλύτερα από ότι συνήθως σε αντίθεση με το 16,0% όπου νιώθει χειρότερα από ότι συνήθως.

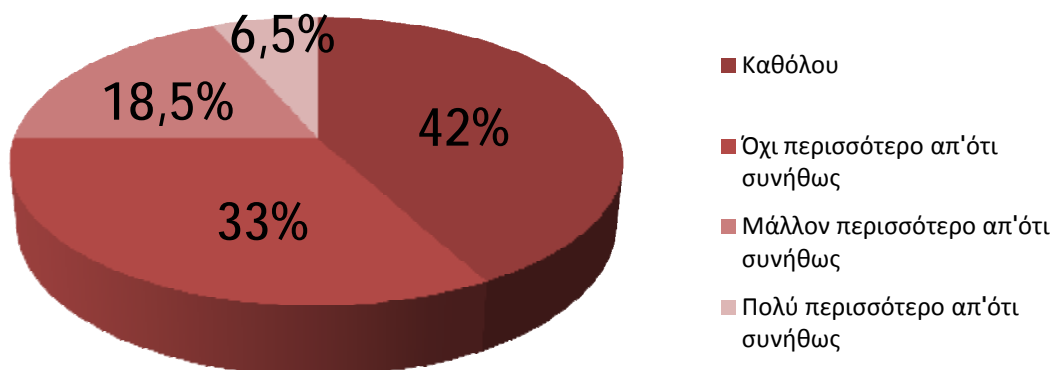
Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	84	42,00	42,00	42,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	66	33,00	33,00	75,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	37	18,50	18,50	93,50
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	13	6,50	6,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,90
ΤΑ		,93
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Νιώθεις την ανάγκη για κάτι τονωτικό;



Στην ερώτηση των συμμετεχόντων αν νιώθουν την ανάγκη για κάτι τονωτικό το μεγαλύτερο ποσοστό των 42,0% απάντησε καθόλου, σε μικρότερο ποσοστό 33,0% απάντησε όχι περισσότερο από ότι συνήθως, ακόμα σε μικρότερο ποσοστό 18,5% ανέφερε μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως, ενώ το ποσοστό των 6,5% απάντησε πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως.

Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	76	38,00	38,19	38,19
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	75	37,50	37,69	75,88
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	38	19,00	19,10	94,97
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	10	5,00	5,03	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Νιώθεις εξαντλημένος/η και κακοδιάθετος/η;

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
<i>Μέσος Όρος</i>		1,91
<i>ΤΑ</i>		,88
<i>Ελάχιστο</i>		1,00
<i>Μέγιστο</i>		4,00



Στον παραπάνω πίνακα σχετικά με τον αν νιώθουν εξαντλημένοι και κακοδιάθετοι οι ερωτηθέντες το μεγαλύτερο ποσοστό του 38,0% απάντησε καθόλου. Ένα μικρότερο ποσοστό αυτών 37,5% νιώθει όχι περισσότερο από ότι συνήθως και σε μικρότερο βαθμό 19,0% είπε μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως. Ωστόσο το μικρότερο ποσοστό των 5% απάντησε πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

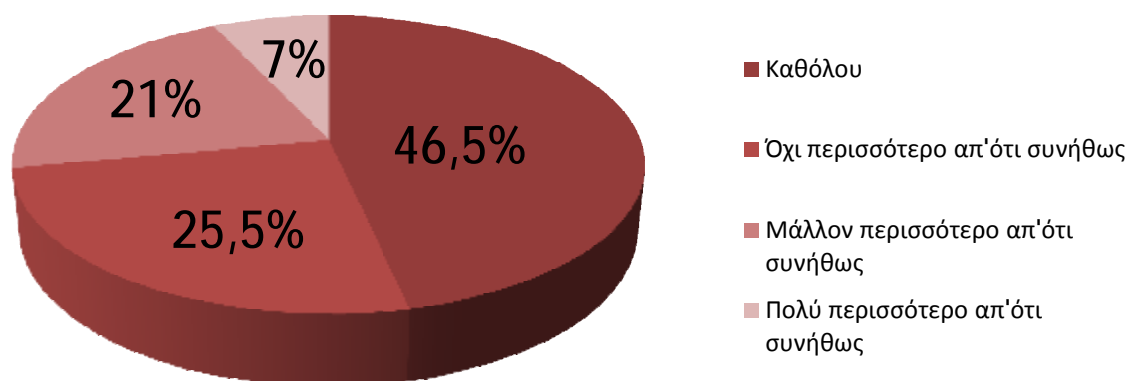
Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	93	46,50	46,73	46,73
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	51	25,50	25,63	72,36
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	42	21,00	21,11	93,47
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	13	6,50	6,53	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος;

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
Μέσος Όρος		1,87
ΤΑ		,96
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις αισθανθεί πως είσαι άρρωστος;



Ο παραπάνω πίνακας αναλύει εάν ο συμμετέχοντας έχει αισθανθεί πως είναι άρρωστος, σε μεγαλύτερο ποσοστό 46,5% δεν αισθάνονται καθόλου άρρωστοι ενώ σε μικρότερο ποσοστό 6,5% νιώθει πολύ περισσότερο από ότι συνήθως. Σε ενδιάμεσα επίπεδα της τάξης των 25,5% απαντάει όχι περισσότερο από ότι συνήθως και το 21,0% μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως.

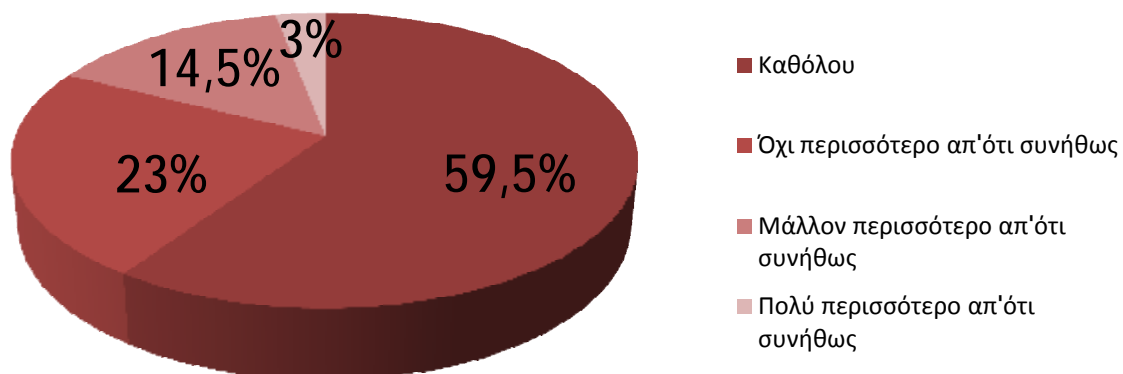
Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	119	59,50	59,50	59,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	46	23,00	23,00	82,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	29	14,50	14,50	97,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	6	3,00	3,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,61
ΤΑ		,84
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις καθόλου πόνους στο κεφάλι;



Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τα ποσοστά των απαντήσεων στην ερώτηση εάν έχουν πόνους στο κεφάλι. Πιο συγκεκριμένα, το 59,5% αναφέρει ότι δεν έχει καθόλου, αμέσως μετά σε ποσοστό 23,0% αναφέρει ότι έχει όχι περισσότερο από ότι συνήθως, το 14,5% απαντάει μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και τέλος το μικρότερο ποσοστό των 3,0% αναφέρει πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

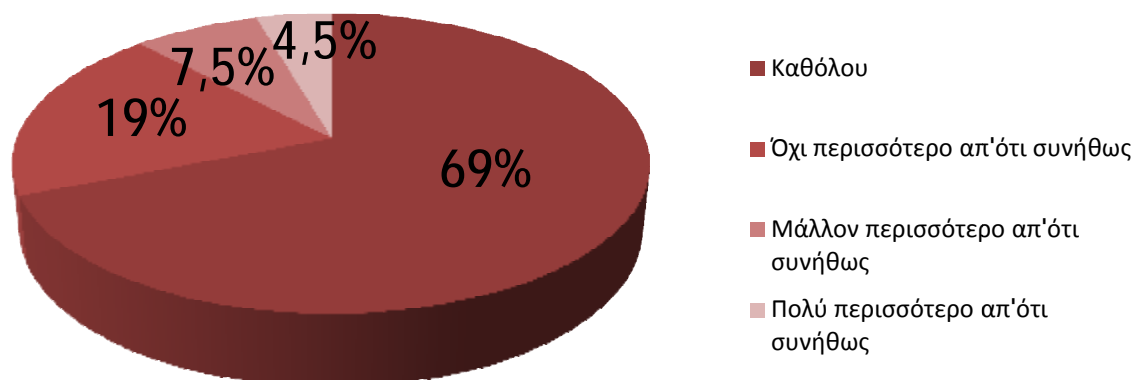
Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	138	69,00	69,00	69,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	38	19,00	19,00	88,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	15	7,50	7,50	95,50
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	9	4,50	4,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,48
ΤΑ		,82
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Νιώθεις σφίξιμο ή βάρος στο κεφάλι;



Στην ερώτηση εάν νιώθουν σφίξιμο ή πόνο στο κεφάλι οι ερωτηθέντες απαντούν σε μεγαλύτερο ποσοστό 69,0% καθόλου ενώ το 4,5% απαντάει πολύ περισσότερο από ότι συνήθως. Το 19,0% μας λέει όχι περισσότερο από ότι συνήθως και το 7,5% μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως.

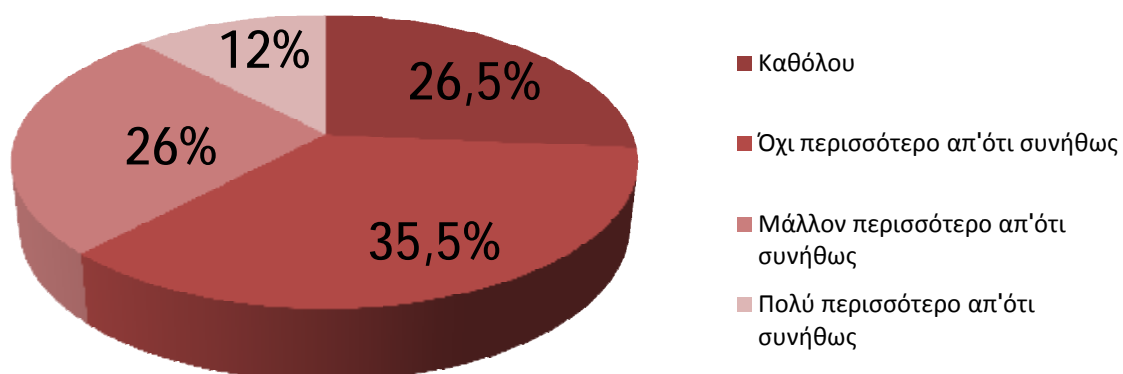
Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	53	26,50	26,50	26,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	71	35,50	35,50	62,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	52	26,00	26,00	88,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	24	12,00	12,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;

<i>N</i>	Έγκυρες Ελλειπούσες	200 0
Μέσος Όρος		2,23
ΤΑ		,98
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις περιόδους που να αισθάνεσαι κρυάδες ή εξάψεις;



Τα στοιχεία του πίνακα μας δείχνουν ότι το 35,5% των ερωτηθέντων που κλήθηκαν να απαντήσουν εάν έχουν περιόδους που να αισθάνονται κρυάδες ή εξάψεις απάντησαν όχι περισσότερο από ότι συνήθως. Ένα μικρότερο ποσοστό αυτών 26,5% απάντησαν καθόλου και το 26,0% απάντησε μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως. Ωστόσο το μικρότερο ποσοστό των ερωτηθέντων 12,0% απάντησαν πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

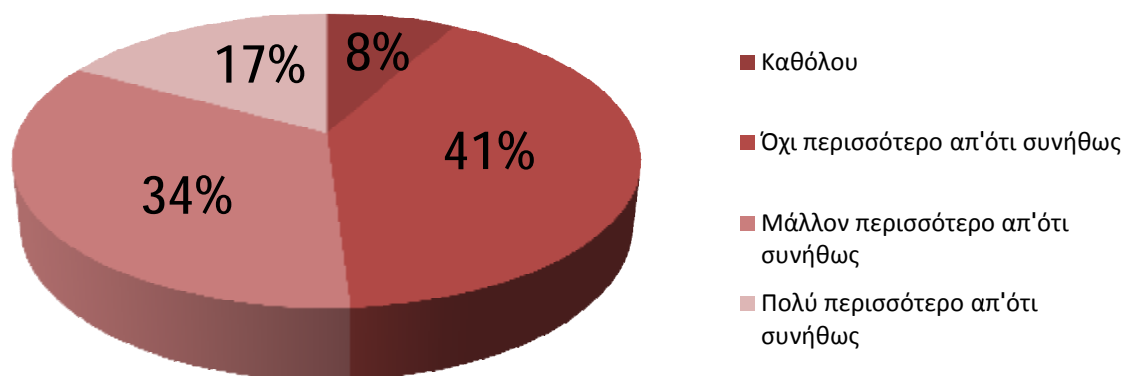
Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	16	8,00	8,00	8,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	82	41,00	41,00	49,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	68	34,00	34,00	83,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	34	17,00	17,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		2,60
TA		,86
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσουν ανήσυχος/η;



Η πλειοψηφία του δείγματος που ερωτήθηκαν για το αν ξαγρύπνησε πολλές φορές επειδή ήταν ανήσυχος απάντησαν με ποσοστό 41,0% όχι περισσότερο από ότι συνήθως, αμέσως μετά με ποσοστό 34,0% μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως. Πολύ περισσότερο από ότι συνήθως ανέφερε 17,0% των ερωτηθέντων ενώ το μικρότερο ποσοστό 8,0% απάντησε καθόλου.

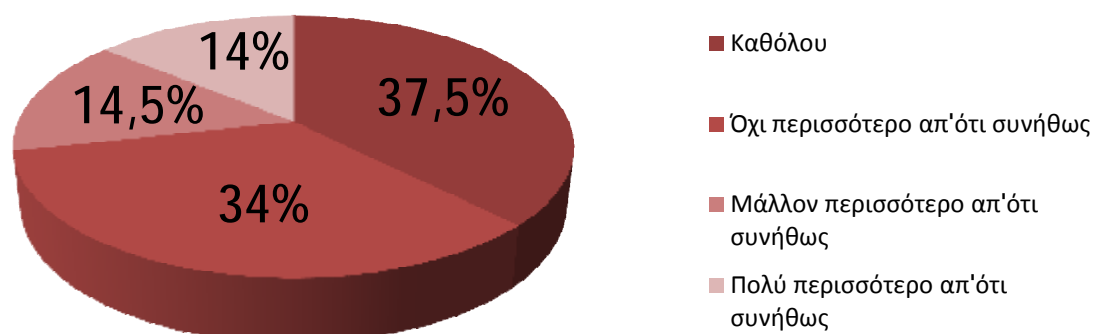
Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείς;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	75	37,50	37,50	37,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	68	34,00	34,00	71,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	29	14,50	14,50	86,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	28	14,00	14,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείς;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		2,05
ΤΑ		1,04
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις δυσκολία να συνεχίσεις τον ύπνο σου χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθείς;



Από τους συμμετέχοντες, στην ερώτηση εάν δυσκολεύονται να συνεχίσουν τον ύπνο τους χωρίς διακοπές από τη στιγμή που θα αποκοιμηθούν το 37,5% απάντησε καθόλου, το 34,0% όχι περισσότερο από ότι συνήθως και περίπου σε ίδια ποσοστά της τάξης των 14,5% απάντησε μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και το 14,0% πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

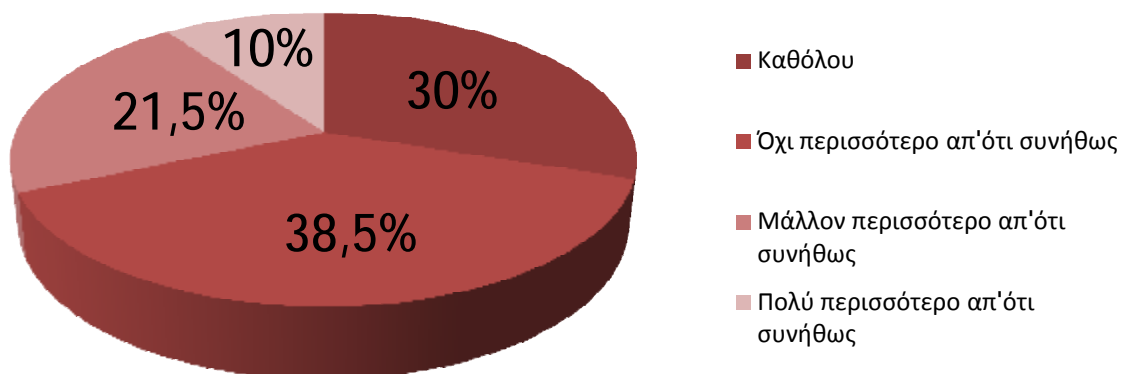
Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	60	30,00	30,00	30,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	77	38,50	38,50	68,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	43	21,50	21,50	90,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	20	10,00	10,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνεχώς κάτω από πίεση;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		2,12
TA		,95
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις αισθανθεί να βρίσκεσαι συνέχεια κάτω από πίεση;



Στον συγκεκριμένο πίνακα βλέπουμε πως οι περισσότεροι ερωτηθέντες με ποσοστό 38,5% απαντούν στην ερώτηση αν αισθάνονται συνεχώς κάτω από πίεση όχι περισσότερο από ότι συνήθως, το 30,0% λέει καθόλου. Ακολούθως σε ποσοστά 21,5% λένε μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και το 10,0% αναφέρει πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

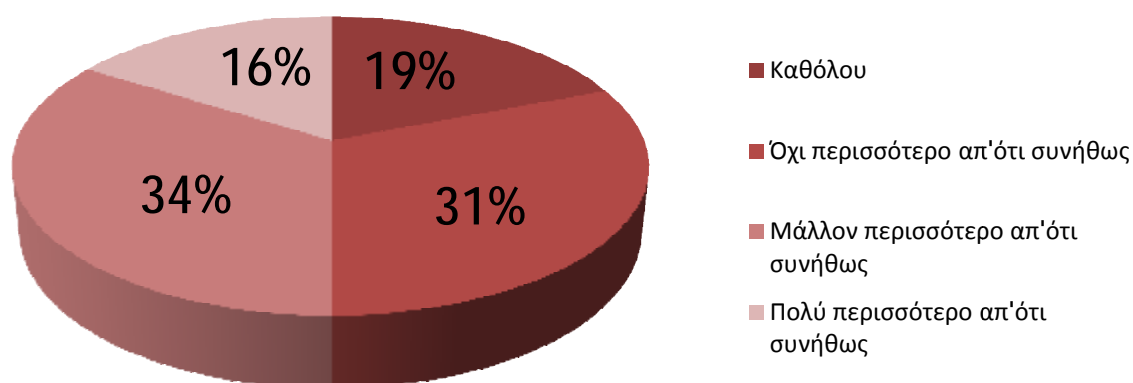
Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	38	19,00	19,10	19,10
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	62	31,00	31,16	50,25
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	67	33,50	33,67	83,92
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	32	16,00	16,08	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
Μέσος Όρος		2,47
ΤΑ		,98
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Είσαι οξύθυμος και αρπάζεσαι εύκολα;



Από τα στοιχεία του παραπάνω πίνακα διακρίνουμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των 33,5% δηλώνει μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως ότι είναι οξύθυμοι και ότι αρπάζονται εύκολα. Ακολουθεί το 31,0% που απάντησε όχι περισσότερο από ότι συνήθως, το 19,0% καθόλου και τέλος το 16,0% πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

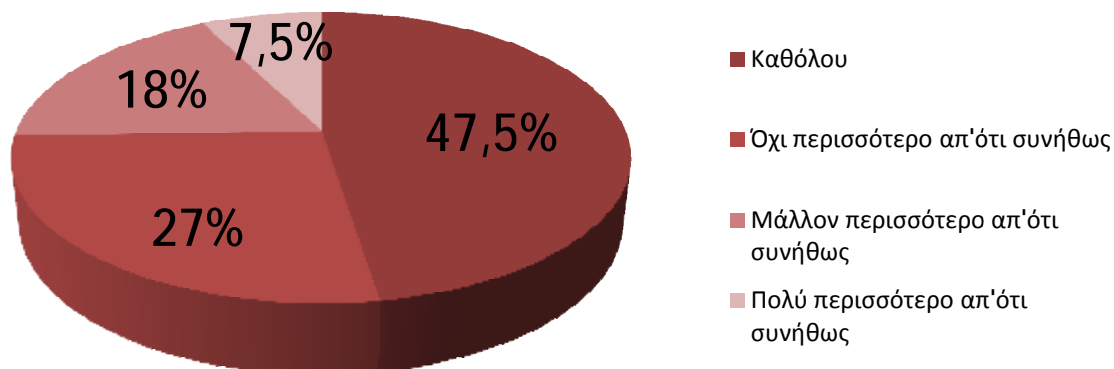
Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;

Επίκετα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	95	47,50	47,50	47,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	54	27,00	27,00	74,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	36	18,00	18,00	92,50
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	15	7,50	7,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,86
ΤΑ		,97
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Φοβάσαι ή πανικοβάλλεσαι χωρίς σοβαρό λόγο;



Από τους ερωτηθέντες σχετικά με το αν φοβούνται ή πανικοβάλλονται χωρίς σοβαρό λόγο απάντησαν αρνητικά δηλαδή καθόλου σε ποσοστό 47,5%, ένα σημαντικό ποσοστό 27,0% δηλώνει όχι περισσότερο από ότι συνήθως και ακολουθούν τα ποσοστά 18,0% που απαντούν μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και το 7,5% όπου λέει πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

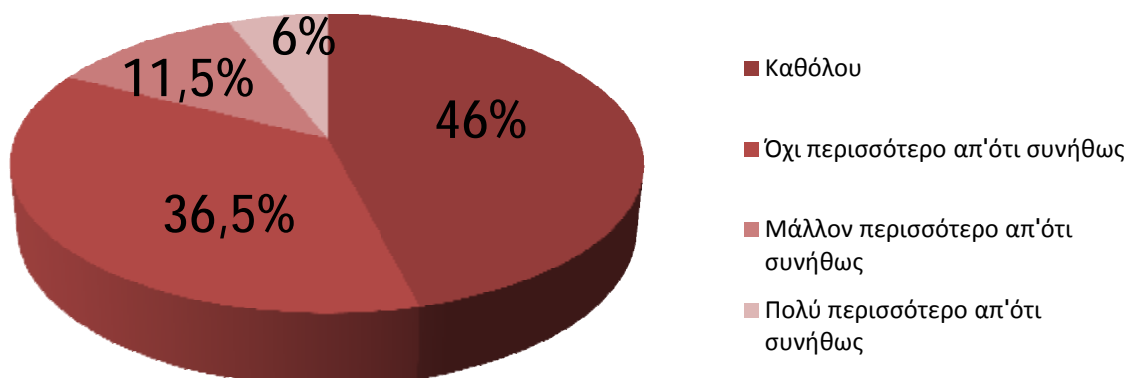
Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	92	46,00	46,00	46,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	73	36,50	36,50	82,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	23	11,50	11,50	94,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	12	6,00	6,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,77
TA		,88
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Αισθάνεσαι πως δεν αντέχεις άλλο;



Βάση του πίνακα παραπάνω 46,0% των ερωτώμενων δηλώνει ότι αισθάνεται πως δεν αντέχει άλλο καθόλου, ένα ακόμα μεγάλο ποσοστό 36,5% αναφέρει όχι περισσότερο από ότι συνήθως. Ενώ σε μικρότερα ποσοστά 11,5% δηλώνει μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και 6,0% πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

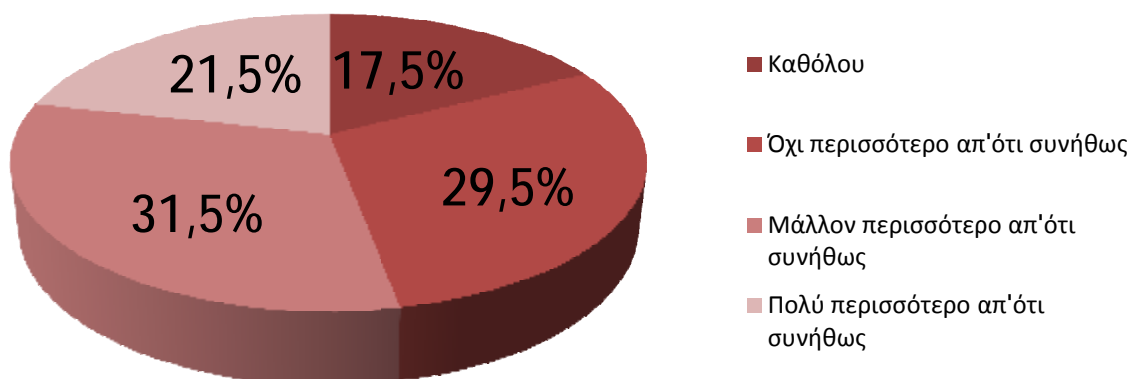
Αισθάνεσαι νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	35	17,50	17,50	17,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	59	29,50	29,50	47,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	63	31,50	31,50	78,50
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	43	21,50	21,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Αισθάνεσαι νευρικός/ή και σε υπερδιέγερση;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		2,57
ΤΑ		1,02
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Αισθάνεσαι νευρικός/ή ή και σε υπερδιέγερση;



Σύμφωνα με την ερώτηση εάν αισθάνεσαι νευρικός και σε υπερδιέγερση οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως σε ποσοστό 31,5%. Το 29,5% δηλώνει όχι περισσότερο από ότι συνήθως, 21,5% πολύ περισσότερο από ότι συνήθως και το 17,5% απαντάει καθόλου.

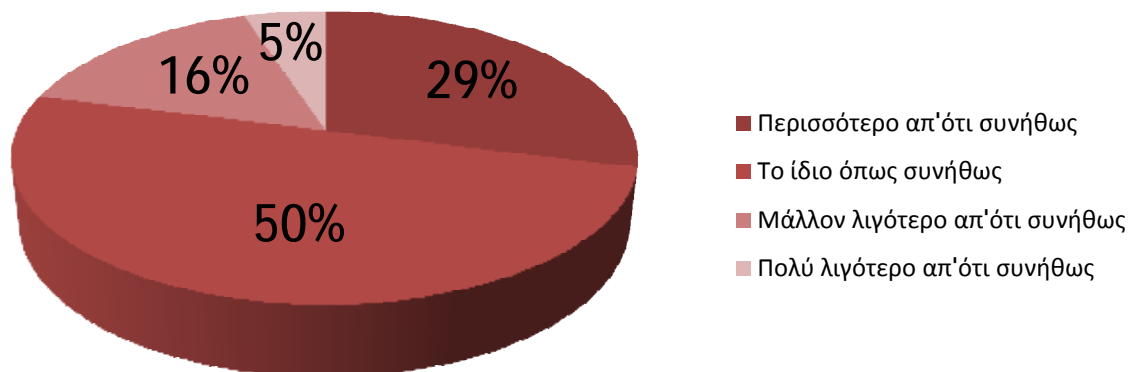
Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Περισσότερο απ'ότι συνήθως	1	58	29,00	29,00	29,00
Το ίδιο όπως συνήθως	2	100	50,00	50,00	79,00
Μάλλον λιγότερο απ'ότι συνήθως	3	32	16,00	16,00	95,00
Πολύ λιγότερο απ'ότι συνήθως	4	10	5,00	5,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,97
TA		,81
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;



Στον παραπάνω πίνακα αναφέρετε εάν οι ερωτηθέντες έχουν καταφέρει να είναι δραστήριοι και πάντα απασχολημένοι διακρίνουμε ότι κατά το ήμισυ δηλαδή το 50,0% δηλώνει το ίδιο όπως συνήθως. Ακολουθούν τα ποσοστά του 29,0% όπου λέει περισσότερο από ότι συνήθως, το 16,0% μάλλον λιγότερο από ότι συνήθως και το μικρότερο ποσοστό 5,0% πολύ λιγότερο από ότι συνήθως.

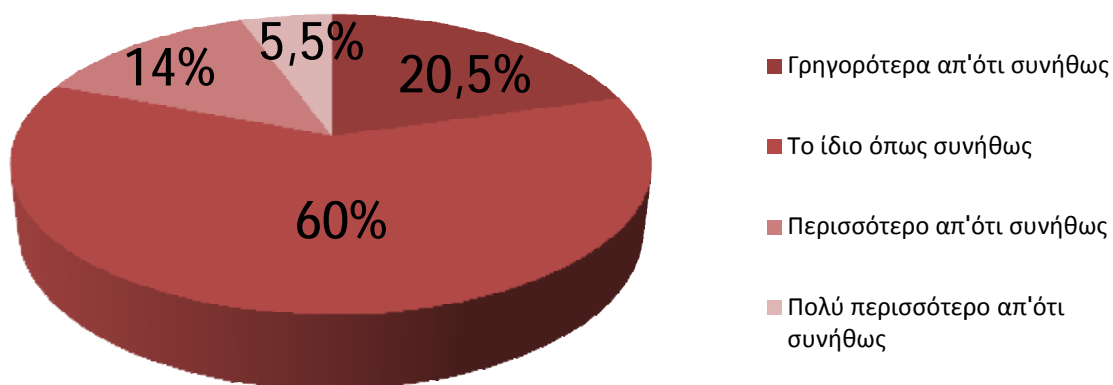
Σου πέρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Γρηγορότερα απ'ότι συνήθως	1	41	20,50	20,71	20,71
Το ίδιο όπως συνήθως	2	120	60,00	60,61	81,31
Περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	27	13,50	13,64	94,95
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	10	5,00	5,05	100,00
	.	2	1,00	Ελλειπούσες	
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Σου πέρνει περισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;

<i>N</i>	Έγκυρες	198
	Ελλειπούσες	2
Μέσος Όρος		2,03
ΤΑ		,74
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Σου παίρνει πεισσότερο χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου;



Στην ερώτηση εάν σου παίρνει πολύ χρόνο να κάνεις τις δουλειές σου στην πλειοψηφία οι ερωτηθέντες απάντησαν το ίδιο όπως συνήθως με ποσοστό 60,0%. Και σε μικρότερα ποσοστά ακολουθούν γρηγορότερα από ότι συνήθως 20,5%, περισσότερο από ότι συνήθως 13,5% και πολύ περισσότερο από ότι συνήθως 5,0%.

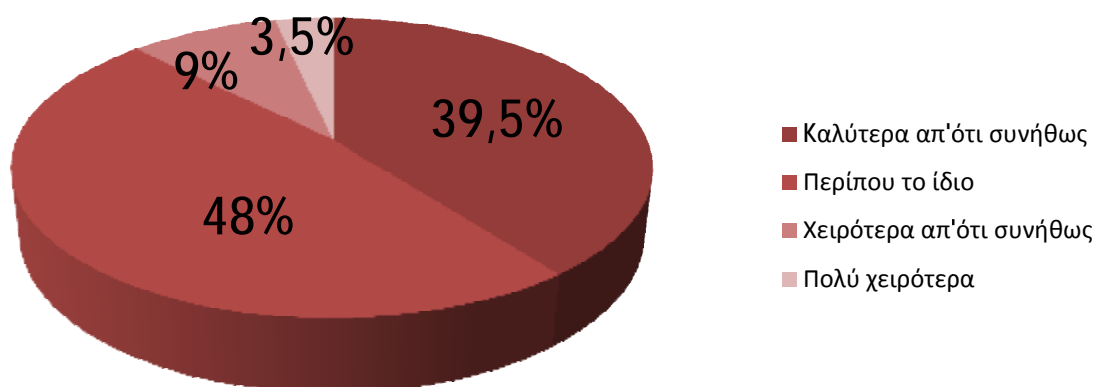
Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καλύτερα απ'ότι συνήθως	1	79	39,50	39,50	39,50
Περίπου το ίδιο	2	96	48,00	48,00	87,50
Χειρότερα απ'ότι συνήθως	3	18	9,00	9,00	96,50
Πολύ χειρότερα	4	7	3,50	3,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,76
ΤΑ		,76
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις αισθανθεί πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνεις καλά;



Σε μεγάλο βαθμό 48,0% οι ερωτηθέντες αναφέρουν πως έχουν αισθανθεί ότι σε γενικές γραμμές τα έχουν καταφέρει καλά περίπου το ίδιο. Ενώ ακόμα ένα μεγάλο ποσοστό του 39,5% αναφέρει καλύτερα από ότι συνήθως, και σε μικρότερα ποσοστά της τάξης του 9,0% χειρότερα από ότι συνήθως και το 3,5% πολύ χειρότερα.

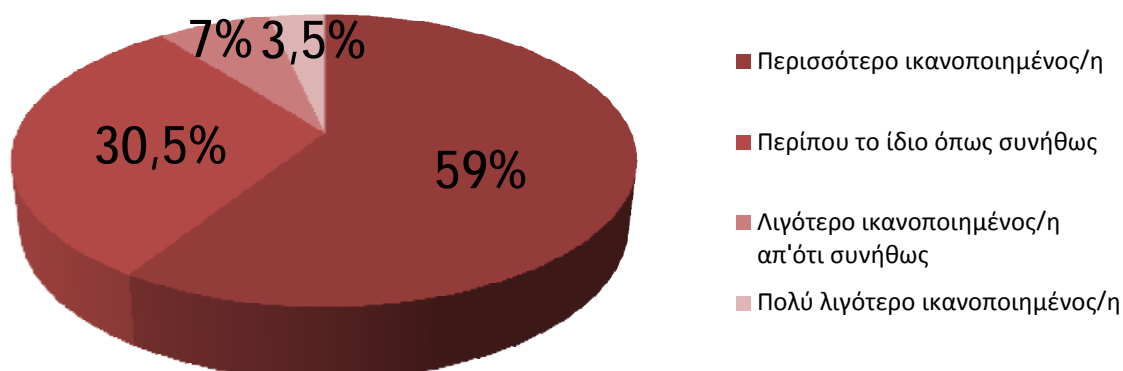
Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Περισσότερο ικανοποιημένος/η	1	118	59,00	59,00	59,00
Περίπου το ίδιο όπως συνήθως	2	61	30,50	30,50	89,50
Λιγότερο ικανοποιημένος/η απ'ότι συνήθως	3	14	7,00	7,00	96,50
Πολύ λιγότερο ικανοποιημένος/η	4	7	3,50	3,50	100,00
<i>Σύνολο</i>		200	100,0	100,0	

Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
<i>Μέσος Όρος</i>		1,55
<i>ΤΑ</i>		,77
<i>Ελάχιστο</i>		1,00
<i>Μέγιστο</i>		4,00

Είσαι ικανοποιημένος/η με τον τρόπο που εκτελείς τις δουλειές σου;



Όπως προκύπτει από τον παραπάνω πίνακα το 59,0% των ερωτηθέντων υποστηρίζει πως είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον τρόπο που εκτελούν τις δουλειές τους σε αντίθεση με το 3,5% που δηλώνει πολύ λιγότερο ικανοποιημένοι. Επίσης μεγάλο ποσοστό 30,5% δηλώνει περίπου το ίδιο όπως συνήθως και το 7,0% λιγότερο ικανοποιημένος από ότι συνήθως.

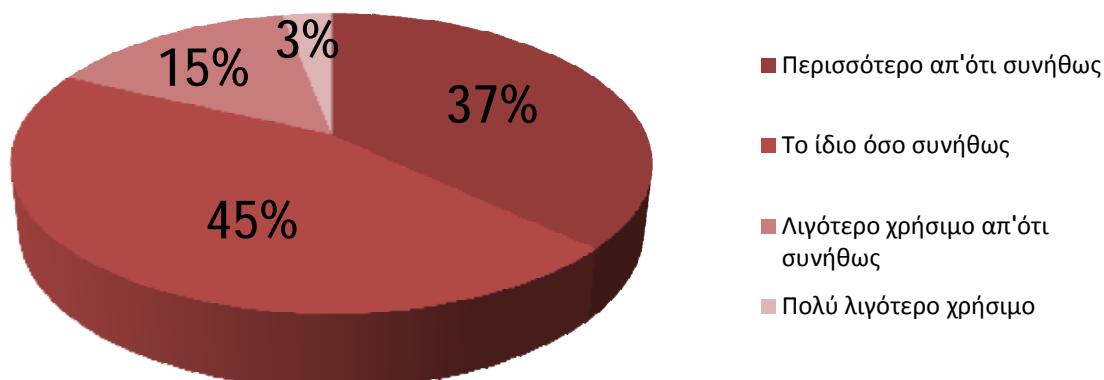
Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρο σου;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Περισσότερο απ'ότι συνήθως	1	74	37,00	37,00	37,00
Το ίδιο όσο συνήθως	2	90	45,00	45,00	82,00
Λιγότερο χρήσιμο απ'ότι συνήθως	3	30	15,00	15,00	97,00
Πολύ λιγότερο χρήσιμο	4	6	3,00	3,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρο σου;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
<i>Μέσος Όρος</i>		1,84
<i>ΤΑ</i>		,79
<i>Ελάχιστο</i>		1,00
<i>Μέγιστο</i>		4,00

Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρο σου;



Σύμφωνα με τον παραπάνω πίνακα 45,0% των συμμετεχόντων αναφέρουν ότι αισθάνονται πως παίζουν χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρο τους το ίδιο όσο συνήθως, και ακολουθούν τα ποσοστά του 37,0% που δηλώνει περισσότερο από ότι συνήθως, το 15,0% λιγότερο χρήσιμο από ότι συνήθως και το 3,0% πολύ λιγότερο χρήσιμο.

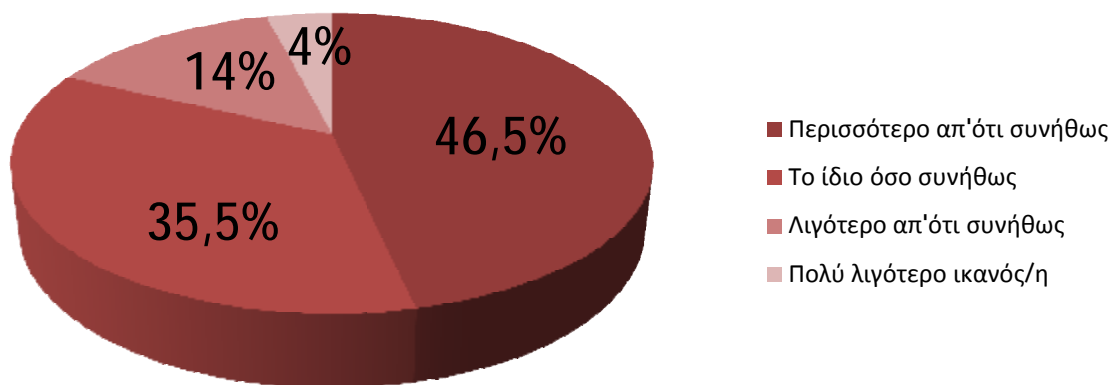
Έχεις αισθανθεί ικανός/ή να πάρεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Περισσότερο απ'ότι συνήθως	1	93	46,50	46,50	46,50
Το ίδιο όσο συνήθως	2	71	35,50	35,50	82,00
Λιγότερο απ'ότι συνήθως	3	28	14,00	14,00	96,00
Πολύ λιγότερο ικανός/ή	4	8	4,00	4,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί ικανός/ή να πάρεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,75
ΤΑ		,84
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις αισθανθεί ικανός/η να πάρεις αποφάσεις για διάφορα θέματα;



Στην ερώτηση εάν έχουν αισθανθεί ικανοί να παίρνουν αποφάσεις για διάφορα θέματα το 46,5% αναφέρει περισσότερο από ότι συνήθως, ακόμα μεγάλο ποσοστό των 35,5% λέει το ίδιο όσο συνήθως. Και ακολουθούν τα μικρότερα ποσοστά 14,0% όπου δηλώνουν λιγότερο από ότι συνήθως και το 4,0% όπου δηλώνει πολύ λιγότερο ικανό.

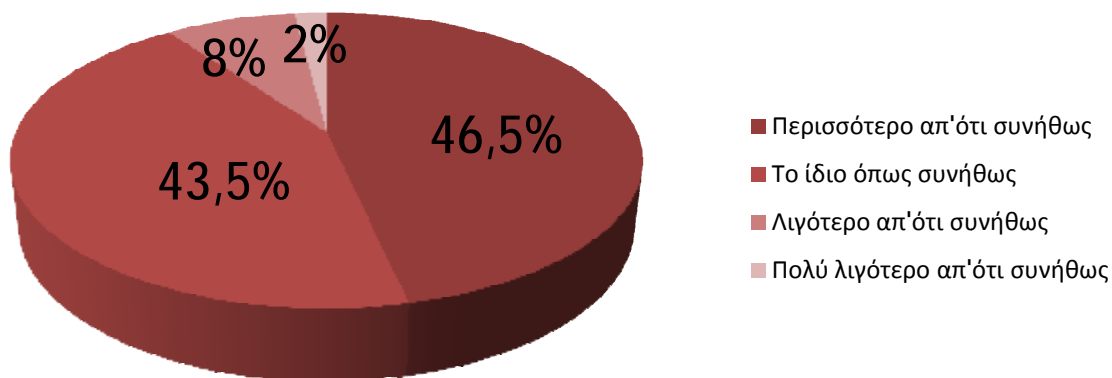
Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Περισσότερο απ'ότι συνήθως	1	93	46,50	46,73	46,73
Το ίδιο όπως συνήθως	2	87	43,50	43,72	90,45
Λιγότερο απ'ότι συνήθως	3	16	8,00	8,04	98,49
Πολύ λιγότερο απ'ότι συνήθως	4	3	1,50	1,51	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
Μέσος Όρος		1,64
ΤΑ		,70
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Μπορείς να χαρείς τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές σου;



Όπως μπορούμε να διακρίνουμε το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων 46,5% μπορεί περισσότερο από ότι συνήθως να χαρεί τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητές του. Ακόμα μεγάλο ποσοστό των 43,5% δηλώνει το ίδιο όπως συνήθως. Ακολουθούν τα χαμηλά ποσοστά των 8,0% όπου δηλώνει λιγότερο από ότι συνήθως και το 1,5% πολύ λιγότερο από ότι συνήθως.

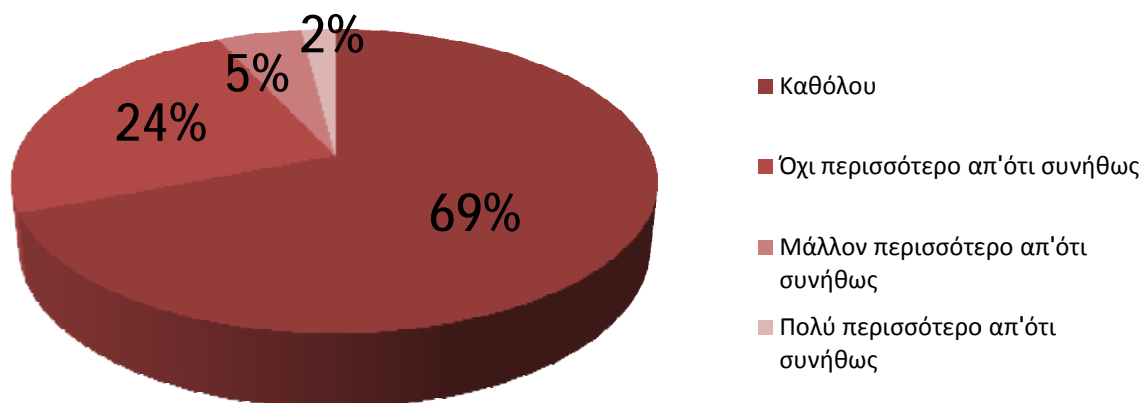
Σκέφτομαι πως δεν αξίζει τίποτα;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	138	69,00	69,35	69,35
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	48	24,00	24,12	93,47
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	10	5,00	5,03	98,49
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	3	1,50	1,51	100,00
.	.	1	,50	Ελλειπούσες	
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Σκέφτομαι πως δεν αξίζει τίποτα;

<i>N</i>	Έγκυρες	199
	Ελλειπούσες	1
Μέσος Όρος		1,39
ΤΑ		,66
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Σκέφτομαι πως δεν αξίζει τίποτα;



Η πλειοψηφία του ποσοστού 69,0% δηλώνει ότι σκέφτεται πως δεν αξίζει τίποτα καθόλου. Το 24,0% δηλώνει όχι περισσότερο από ότι συνήθως και σε χαμηλότερα ποσοστά του 5,0% αναφέρει μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως και το 1,5% πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

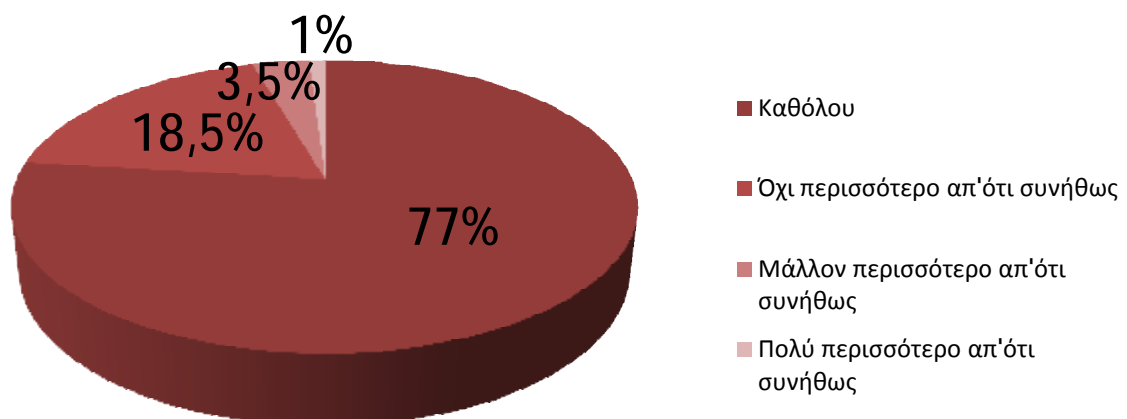
Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	154	77,00	77,00	77,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	37	18,50	18,50	95,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	7	3,50	3,50	99,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	2	1,00	1,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,28
ΤΑ		,58
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Έχεις αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα;



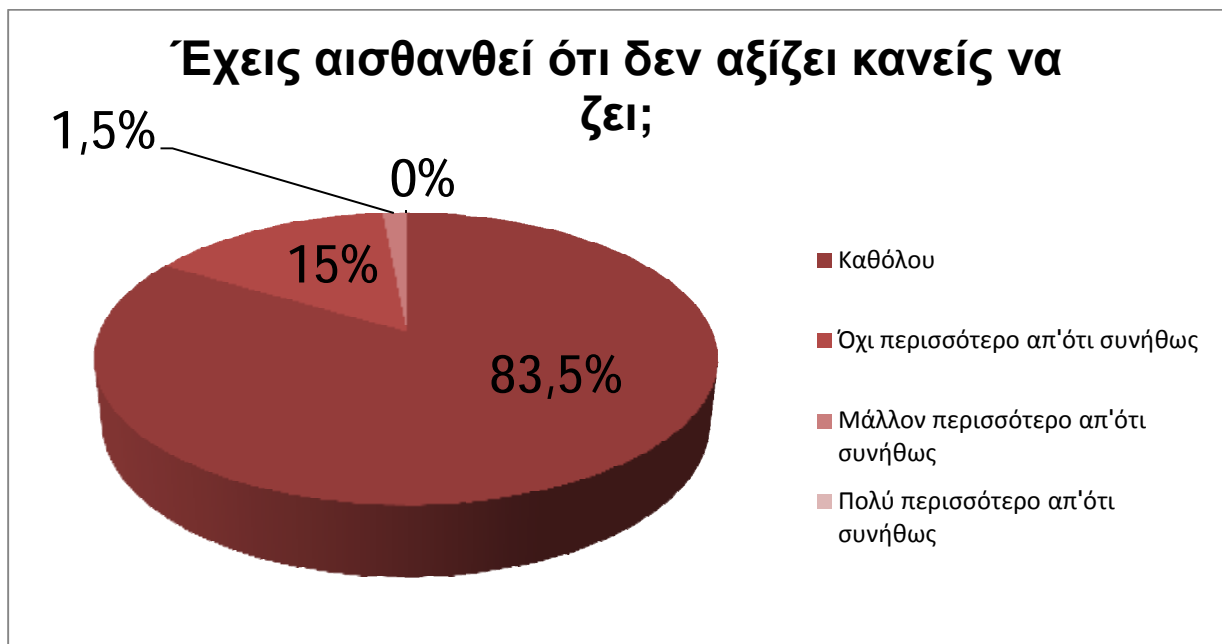
Στην ερώτηση εάν έχουν αισθανθεί πως η ζωή είναι χωρίς καμία ελπίδα το μεγαλύτερο ποσοστό 77,0% δηλώνει καθόλου, ενώ το μικρότερο ποσοστό 1,0% απάντησε πολύ περισσότερο από ότι συνήθως. Επίσης, το 18,5% απάντησε όχι περισσότερο από ότι συνήθως και το 3,5% μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως.

Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	167	83,50	83,50	83,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	30	15,00	15,00	98,50
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	3	1,50	1,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει;

N	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,18
TA		,42
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		3,00



Στην ερώτηση εάν έχεις αισθανθεί ότι δεν αξίζει κανείς να ζει το μεγαλύτερο ποσοστό του 83,5% αναφέρει καθόλου σε μικρότερο ποσοστό 15,0% δηλώνει όχι περισσότερο από ότι συνήθεις και τέλος το 1,5% λέει μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως.

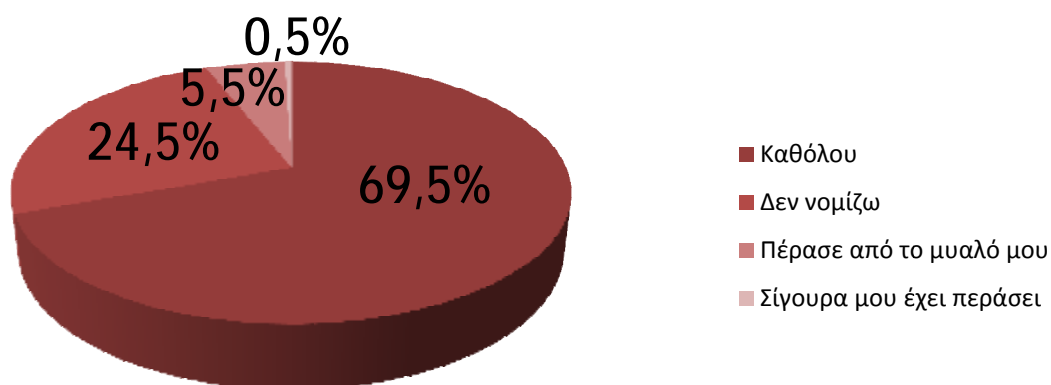
Σου έχει περάσει απ'το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	139	69,50	69,50	69,50
Δεν νομίζω	2	49	24,50	24,50	94,00
Πέρασε από το μυαλό μου	3	11	5,50	5,50	99,50
Σίγουρα μου έχει περάσει	4	1	,50	,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Σου έχει περάσει απ'το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,37
ΤΑ		,61
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Σου έχει περάσει απο το μυαλό η πιθανότητα να δώσεις τέλος στη ζωή σου;



Στον παραπάνω πίνακα φαίνεται πως το μεγαλύτερο ποσοστό του 69,5% των ερωτηθέντων δεν πέρασε από το μυαλό τους η πιθανότητα να δώσει τέλος στη ζωή του σε αντίθεση με το 0,5% που τους έχει περάσει σίγουρα. Το 24,5% δηλώνει ότι δεν νομίζει να έχει περάσει από το μυαλό του και το 5,5% πως πέρασε από το μυαλό του.

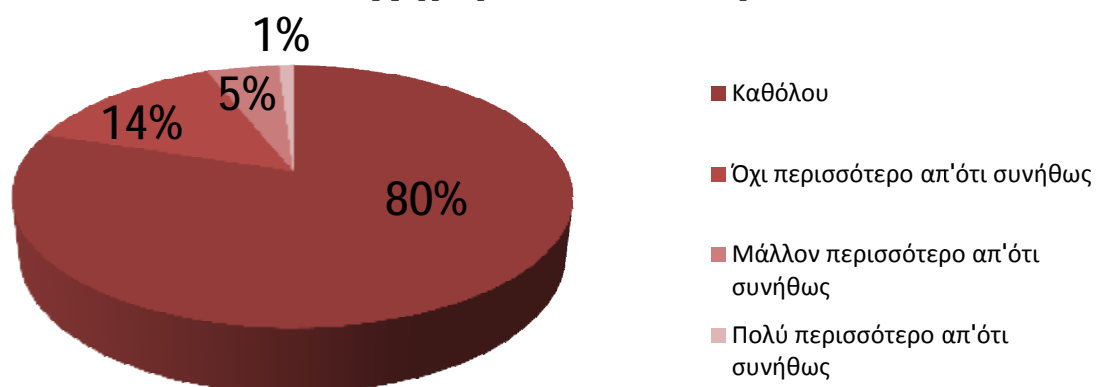
Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	160	80,00	80,00	80,00
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	28	14,00	14,00	94,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	10	5,00	5,00	99,00
Πολύ περισσότερο απ'ότι συνήθως	4	2	1,00	1,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,27
ΤΑ		,60
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		4,00

Βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση;



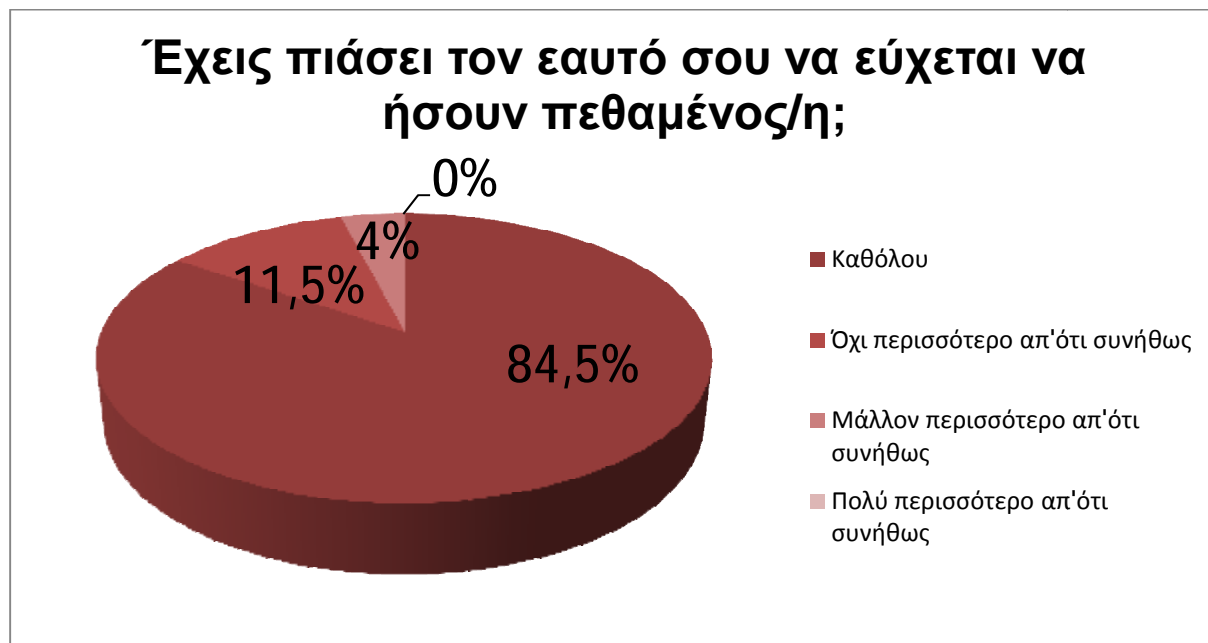
Στην ερώτηση εάν βρήκες μερικές φορές ότι δεν μπορούσες να κάνεις τίποτα γιατί τα νεύρα σου ήταν σε άσχημη κατάσταση η πλειοψηφία του 80,0% δηλώνει καθόλου. Αμέσως μετά το 14,0% αναφέρει όχι περισσότερο από ότι συνήθως, το 5,0% μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως και το 1,0% πολύ περισσότερο από ότι συνήθως.

Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	169	84,50	84,50	84,50
Όχι περισσότερο απ'ότι συνήθως	2	23	11,50	11,50	96,00
Μάλλον περισσότερο απ'ότι συνήθως	3	8	4,00	4,00	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Έχεις πιάσει τον εαυτό σου να εύχεται να ήσουν πεθαμένος/η;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
Μέσος Όρος		1,20
TA		,49
Ελάχιστο		1,00
Μέγιστο		3,00



Ο παραπάνω πίνακας με ποσοστό 84,5% δηλώνει ότι έχει πιάσει τον εαυτό του να εύχεται να ήταν πεθαμένος καθόλου σε αντίθεση με το 4,0% που δηλώνει μάλλον περισσότερο από ότι συνήθως. Και έχουμε και το ποσοστό του 11,5% όπου αναφέρει όχι περισσότερο από ότι συνήθως.

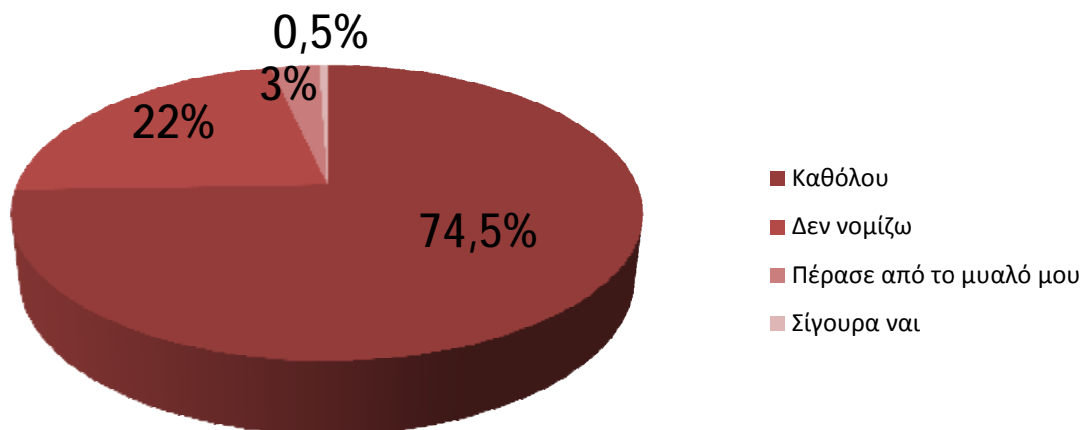
Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;

Ετικέτα Τιμής	Τιμή	Συχνότητα	Ποσοστά	Έγκυρα Ποσοστά	Συσσωρευτικά Ποσοστά
Καθόλου	1	149	74,50	74,50	74,50
Δεν νομίζω	2	44	22,00	22,00	96,50
Πέρασε από το μυαλό μου	3	6	3,00	3,00	99,50
Σίγουρα ναι	4	1	,50	,50	100,00
Σύνολο		200	100,0	100,0	

Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;

<i>N</i>	Έγκυρες	200
	Ελλειπούσες	0
<i>Μέσος Όρος</i>		1,29
<i>ΤΑ</i>		,55
<i>Ελάχιστο</i>		1,00
<i>Μέγιστο</i>		4,00

Βρίσκεις πως η ιδέα να δώσεις τέλος στη ζωή σου έρχεται συνέχεια στο μυαλό σου;



Από του ερωτηθέντες το 74,5% δήλωσαν καθόλου στην ερώτηση αν βρίσκουν πως η ιδέα να δώσουν τέλος στη ζωή τους έρχεται συνέχεια στο μυαλό τους. Το 22,0% δηλώνει δεν νομίζω, και τα χαμηλά ποσοστά των 3,0% απαντάνε πέρασε από το μυαλό μου και το 0,5% αναφέρει σίγουρα ναι.

Ενότητα Β': Ικανοποίηση και ποιότητα ζωής για τους ηλικιωμένους

5.4 Ανάλυση συσχετίσεων

Στην ενότητα που ακολουθεί παρουσιάζεται η ανάλυση συσχετίσεων προκειμένου να εντοπίσουμε αν οι απαντήσεις διαφοροποιούνται ανάμεσα στα Κ.Α.Π.Η. Αξίζει να αναφέρουμε στο σημείο αυτό ότι πραγματοποιήθηκε και ανάλυση συσχετίσεων όλων των ερωτήσεων ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά αλλά δεν εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές αλλαγές. Λόγο αυτού αλλά και λόγω εξοικονόμησης χώρου έχουν τοποθετηθεί μόνο οι ερωτήσεις που βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αναλυτικότερα:

5.5 Crosstabs ανάλυση

Στην παρούσα ενότητα πραγματοποιείται crosstab ανάλυση και συγκεκριμένα έλεγχος χ^2 , προκειμένου να εντοπίσουμε αν υπάρχει διαφοροποίηση των απαντήσεων ανά ειδικότητα. Αναλυτικά ο έλεγχος υπόθεσης που πραγματοποιείται διαμορφώνεται ως εξής:

H₀: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

H₁: Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση

Η αποδοχή ή απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης γίνεται με κριτήριο την τιμή του κριτηρίου Person X- Τετράγωνο, δηλαδή το πόσο στατιστικά σημαντικό είναι το αποτέλεσμα. Πιο συγκεκριμένα, αν η τιμή αυτού είναι μικρότερη από 0,05 (έχουμε θεωρήσει επίπεδο σημαντικότητας το 5%), τότε υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση ανάμεσα στις απαντήσεις των ερωτημένων στα δύο Κ.Α.Π.Η.

Δηλαδή:

- Ø Αν $p > 0,05$ δεν μπορούμε να απορρίψουμε την H₀
- Ø Αν $p < 0,05$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁
- Ø Αν $p = 0,00$ απορρίπτουμε την H₀ και δεχόμαστε την H₁

Αναλυτικότερα:

Chi-Square Tests

Έχεις καταφέρει να είσαι δραστήριος και πάντα απασχολημένος/η;

Τεστ Χ-Τετραγώνων.

Στατιστικά	Τιμή	ΒΕ	Ασυμπτ. Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)
Pearson Χ-Τετράγωνο	20,84	9	,013
Λόγος Πιθανότητας	21,80	9	,010
Γραμμική-επί-Γραμμική Συσχέτιση	3,93	1	,047
N έγκυρων Υποθέσεων	100		

Στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση παρατηρείται και στο γεγονός ότι οι ερωτώμενοι καταφέρνουν να είναι πάντα δραστήριοι και απασχολημένοι, καθώς το 0,013 είναι μικρότερο του 0,05 οπότε το αποτέλεσμα είναι στατιστικά σημαντικό.

Chi-Square Tests

Έχεις αισθανθεί πως παίζεις χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνεται γύρο σου;

Τεστ Χ-Τετραγώνων.

<i>Στατιστικά</i>	<i>Τιμή</i>	<i>ΒΕ</i>	<i>Ασυμπτ. Στ.Σημ. (2-κατ/νσης)</i>
Pearson Χ-Τετράγωνο	18,31	9	,032
Λόγος Πιθανότητας	12,60	9	,182
Γραμμική-επί-Γραμμική Συσχέτιση	,98	1	,322
N έγκυρων Υποθέσεων	100		

Όπως αποτυπώνεται παραπάνω, οι ερωτηθέντες αισθάνονται πως παίζουν χρήσιμο ρόλο σε ότι γίνετε γύρο τους, καθώς το 0,032 είναι μικρότερο του 0,05 οπότε είναι στατιστικά σημαντικό το αποτέλεσμα.

Κεφάλαιο 6

Συμπεράσματα - Προτάσεις – Συζήτηση

6.1 Συμπεράσματα της έρευνας

Η Ελλάδα αποτελεί μια χώρα με αυξημένο αριθμό ηλικιωμένων, ο οποίος τα επόμενα χρόνια φαίνεται να γίνεται ραγδαίος σε σχέση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες. Οι ηλικιωμένοι έχουν δικαίωμα από κοινωνική φροντίδα, ιατρική περίθαλψη και ενεργό συμμετοχή στην κοινότητα μέσα από διάφορων μορφών δραστηριότητες. Για το λόγο αυτό θεωρείται σημαντική η αναδιοργάνωση όλων των σχετικών υπηρεσιών, όπου κοινός σκοπός θα είναι η ενδυνάμωση και η υποστήριξη των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

Οι συνθήκες ζωής διαφέρουν σε κάθε γεωγραφική περιοχή καθώς στις πόλεις κυριαρχεί η έλλειψη στενών διαπροσωπικών σχέσεων οδηγώντας τους ηλικιωμένους σε συνθήκες μοναξιάς και απομόνωσης. Ιδρύοντας τα Κέντρα Ανοιχτής Προστασίας Ηλικιωμένων, τα άτομα βρήκαν μια ευκαιρία για κοινωνικοποίηση και αναψυχή. Όμως, θα πρέπει να υπάρχει σωστή οργάνωση των Κ.Α.Π.Η. προκειμένου η προσφορά τους να είναι ουσιαστική.

Από την ανάλυση των απαντήσεων προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη ζωή τους γενικότερα, καθώς μπορούν να εκτελούν τις καθημερινές δραστηριότητες τους με ευκολία και ευχαρίστηση. Νιώθουν πως είναι ικανοί να παίρνουν αποφάσεις για την ζωή τους και χαίρονται τον τρόπο επιβίωσης τους και το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Ενδιαφέρον θα αποτελούσε μελλοντική έρευνα για διασταύρωση των αποτελεσμάτων, καθώς λόγω έλλειψης χρόνου, λόγω περιορισμένης χρονικής περιόδου της πτυχιακής εργασίας και σε συνδυασμό με την πρακτική άσκηση το δείγμα της έρευνας συγκεντρώθηκε από συγκεκριμένα Κ.Α.Π.Η.

6.2 Προτάσεις/ Συζήτηση

Προτάσεις για την κάλυψη των σωματικών αλλά και των πνευματικών αναγκών των ηλικιωμένων που επισκέπτονται το Κ.Α.Π.Η. είναι:

- Ανάγκη πρόληψης μόνιμου Κοινωνικού Λειτουργού, που θα προσφέρει υποστηρικτικές υπηρεσίες με σκοπό την πρόληψη ή την αντιμετώπιση κοινωνικών αναγκών και ανθρώπινων προβλημάτων.
- Πρόβλεψη θέσης από ειδικό ψυχολόγο για άμεση εξυπηρέτηση των συναισθηματικών αναγκών των ηλικιωμένων και η πρόληψη διαφόρων διαταραχών καθώς και η παροχή συμβουλευτικής στήριξης.
- Ανάγκη πρόβλεψης θέσης από νοσηλεύτη και εργοθεραπευτή για την αντιμετώπιση καθημερινών προβλημάτων και περιορισμού απομόνωσης και λειτουργικών δυσλειτουργιών.
- Ανάγκη απαραίτητου ιατρικού εξοπλισμού στο υπάρχον ιατρείο και φυσικοθεραπευτηρίου του τμήματος που θα καταστήσει την ιατρική φροντίδα ικανή να ανταποκριθεί στη βασική ανάγκη για ανοικτή πρόσβαση όλων των ηλικιωμένων του Κ.Α.Π.Η. σε αξιόπιστες ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας.
- Πρόβλεψη θέσεων μόνιμου ιατρού και φυσικοθεραπευτή για την άμεση παροχή ιατρικής βοήθειας και συνταγογράφησης στα μέλη του Κ.Α.Π.Η.
- Εκσυγχρονισμός του γενικού εξοπλισμού του Κ.Α.Π.Η. ώστε οι ηλικιωμένοι να μπορούν να απασχολήσουν εκεί τις ελεύθερες ώρες τους.
- Ανάπτυξη και σχεδιασμός εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία. Έπειτα από αξιολόγηση των αναγκών των ηλικιωμένων η υλοποίηση νέων προγραμμάτων επιμόρφωσης.
- Ανάπτυξη προγραμμάτων οικιοθελούς απασχόλησης των ηλικιωμένων και προσφοράς στην κοινότητα (π.χ. φροντίδα του σχολείου, εκκλησίας).
- Σημαντικό στοιχείο που θα βοηθήσει στην επιμόρφωση της τρίτης ηλικίας είναι η επέκταση και η προσαρμογή των σχολείων δεύτερης ευκαιρίας προσαρμοσμένο στις δυνατότητες των ηλικιωμένων.
- Σημαντική θα ήταν και η ενημέρωση των ηλικιωμένων από τους αρμόδιους φορείς εκπαίδευσης, για τα τρέχοντα εκπαιδευτικά προγράμματα που λειτουργούν στην Ελλάδα και αφορούν τους ηλικιωμένους καθώς και της δύσκολης πρόσβασης στην πληροφόρηση καθώς λίγοι εξ αυτών μπορεί να τα γνωρίζουν.

Για την εύρυθμη λειτουργία του Κ.Α.Π.Η. απαραίτητο είναι:

- § Η δημιουργία ενός Κ.Α.Π.Η. που να αποβλέπει πρωταρχικά σε ανθρωπιστικούς και κοινωφελείς σκοπούς στα πλαίσια μιας μικρής κοινωνίας. Έτσι, οι υπεύθυνοι για την λειτουργία και την συντήρηση του Κ.Α.Π.Η. παροτρύνουν να μην ξεχνούν ότι οι υπηρεσίες τους έχουν περισσότερο χαρακτήρα προσφοράς και να μην προσηλώνονται προς τις οικονομικές απολαβές, μονοδιάστατα.
- § Οι υπεύθυνοι των Κ.Α.Π.Η. θα πρέπει να ενημερώνονται συνεχώς για τις εξελίξεις που σημειώνονται στα θέματα που αφορούν τους ηλικιωμένους, τόσο από πλευράς ερευνητικών εξελίξεων, όσο και από πλευράς ανάπτυξης της λειτουργίας και ρύθμισης των Κ.Α.Π.Η. Πέρα όμως από τα θέματα που αφορούν τους ίδιους τους ηλικιωμένους, οι επαγγελματίες που εργάζονται στα Κ.Α.Π.Η. οφείλουν να ενημερώνονται συνεχώς και για την εμφάνιση νέων δυνατοτήτων αντιμετώπισης

προβλημάτων, όπως είναι υποστηρικτικά συστήματα για προβλήματα ακοής, όρασης, βάδισης κ.ά.

- § Επιπλέον, η επιλογή του προσωπικού για την στελέχωση των ιδρυμάτων αυτών με επαγγελματίες για την φροντίδα των ηλικιωμένων (νοσηλεύτες, γιατροί, ψυχολόγοι κτλ) θα πρέπει να γίνονται πολύ προσεκτικά. Τα άτομα αυτά καλούνται να αναλάβουν τη φροντίδα μιας ειδικής ομάδας, με ιδιαίτερες ανάγκες, πρέπει λοιπόν είτε να είναι εκπαιδευμένοι κατάλληλα είτε να μπορούν να επιδείξουν την απαραίτητη ευαισθησία, ώστε να μπορούν να ανταπεξέλθουν στις αυξημένες ανάγκες ενός Κ.Α.Π.Η.
- § Επιπλέον, θα πρέπει συνεχώς να γίνεται η αναζήτηση πόρων για τις ανάγκες λειτουργίας των Κ.Α.Π.Η., καθώς και η συνεχόμενη αύξηση του αριθμού των ατόμων στα ιδρύματα αυτά και το γεγονός ότι αποτελούν ιδρύματα με περιορισμένες δυνατότητες εσόδων, τα καθιστούν δομές μικρής οικονομικής απόδοσης.
- § Κατά τη δημιουργία του Κ.Α.Π.Η. θα πρέπει να είναι ξεκάθαροι οι κανονισμοί λειτουργίας, οι σκοποί δημιουργίας και οι βάσεις πάνω στις οποίες δομείται το σύστημα, σύμφωνα με το οποίο λειτουργεί το Κ.Α.Π.Η.
- § Η περιοχή όπου πρόκειται να δημιουργηθεί το Κ.Α.Π.Η. πρέπει να τηρεί τους απαραίτητους κανόνες υγιεινής, να μην είναι σε σημείο με αυξημένα επίπεδα θορύβου και να υπάρχει δυνατότητα πρόσβασης από άτομα με αναπηρίες. Εντός του Κ.Α.Π.Η. θα πρέπει να εξασφαλίζονται οι απαραίτητες κατασκευές για την ασφάλεια και διευκόλυνση της ζωής των ηλικιωμένων, όπως για παράδειγμα κουπαστές και χειρολαβές ώστε να μπορούν να στηρίζονται στις κινήσεις τους. Συν τοις άλλοις, ένας χώρος πράσινου μπορεί να αποτελέσει πηγή ηρεμίας και ξεκούρασης για τους ηλικιωμένους.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η παρούσα έρευνα μελέτησε τον εντοπισμό της ικανοποίησης των ηλικιωμένων καθώς και την ποιότητα ζωής τους στα Κ.Α.Π.Η. Έγινε μια προσπάθεια να κατανοήσουμε το πως αισθάνονται και νιώθουν οι ηλικιωμένοι, αφού μόνο από την κατανόηση των προσωπικών τους πιστεύω θα μπορέσουμε να προβούμε σε βελτιώσεις που αφορούν την ζωή τους, και εν τέλει να οδηγηθούμε σε προτάσεις που αποσκοπούν στην καλύτερη και πιο συντονισμένη λειτουργία των Κ.Α.Π.Η. Οι προτάσεις που γίνονται σε αυτή την έρευνα στοχεύουν στο να βελτιώσουν και να κάνουν καλύτερη την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων καθώς και να βελτιώσουν τις υποστηρικτικές δομές. Τέλος, προτείνεται παρόμοιες έρευνες να πραγματοποιούνται στα εκάστοτε Κ.Α.Π.Η., εφ' όσον μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλείο βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών σε καθένα από αυτά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Aalami O.O., Fang T.D., Song H.M., Nacamuli R.R. (2003). Physiological features of aging persons. *Arch Surg*, 138(10): 1068-1076.
2. Abd Alhamind A. (1986). Social care of the elderly in the Arabic nation. The boom of the Eastenation, Cairo.
3. Al Dahan F. (2005). Changer in the environment of the elderly of Damascus, University of Damascus.
4. Al Kilani I. (1983). Old Age and Health. Library Alsondor, Kuwait.
5. Almato I. (1993). Nursing homes and the denial of the parents. *Alnour Journal*, 108: 81-82.
6. Al Miladi A. (2002). Psychological Dimensions of Elderly. University Youth Instituted, Egypt.
7. Alsdiki S.O. (1991). Working with people. Library of modern University, Egypt.
8. Arvaniti A., Livaditis M., Kanioti E., Samakouri M., & Xeniditis 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.
9. Bieliauskas L.A. (2004). Cognitive changes with aging and impact on life style. 1st International Conference. Quality of Life and Phycology, Θεσσαλονίκη: Γράμματα.
10. Bond S., Thomas L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17: 52-56.
11. Bounton P.M. (2004). Administrating, analyzing and reporting your questionnaire. *British Medical Journal*, 328: 1372-1375.
12. Boss L.A. (1985). Teaching for clinical competence. *Nurse Education*, 10(4): 8-12.
13. Bulter J., Ciarrochi J. (2007). Psychological acceptance and quality in life in the elderly. *Quality Life Res*, 16: 607-615.
14. Crosby P.B. (1979). Quality is free: the art of making quality certain, New York.
15. Depaola S.J., Griffin M., Young J.R., & Neimeyer R.A. (2003). Death anxiety and Attitudes towards the elderly among older adults: The role of gender and ethnicity, *Death Studies*, 27(4): 335-354.
16. Depp C.A. & Jeste D.V. (2004). Definitions and Predictors of Successful Aging: A Comprehensive Review of Larger Quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(4): 737-761.
17. Donabedian A. (1997). The quality of care. How it can be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*, 11: 1145-1150.
18. Donabedian A. (1988). The quality of care. How it can be assessed? *JAMA*, 260: 1743-1748.
19. Donabedian A. (1988). Quality assessment assurance: Unity of purpose, diversity of means. *Inquiry*, 25: 173-192.
20. Ebersole, P. Hess, T. Touhy, et al. (2008). Toward health aging: human needs and nursing response Ed 7 Mosby, St. Louis.
21. Efklides A., Kalaitzidou M., & Chankin G. (2003). Subjective Quality of Life in old Age in Greece, the Effect of Demographic Factors, Emotional stage, and Adaptation to Aging, *Journal of European Psychologist*, 8(3): 178-191.

22. Fernandez C., Garcia J.C., Martinez R.A.S., Gonzalez M.P.G.P., Barrondo S.M. & Garcia J.B. (2006). Depression in the elderly in a rural area and other related factors, 34(6): 355-361.
23. Freyze A., Faby S., McAleer A., Keogh F & Wrigley M. (2005). A longitudinal study of depression in old age, 22(3): 87-93.
24. Fry S., & Johnstone J. (2005). Ζητήματα ηθικής στην νοσηλευτική πρακτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
25. Ghobadian A., Speller S., & Sones M. (1994). Service Quality Concepts and Models. International Journal of Quality and Reliability Management, 11(9): 43-66.
26. 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.
27. Gubrium J.F. (1972). Toward a socioenvironmental theory of aging. The Gerontologist, 12:281-284.
28. Harris P.B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lined experience of dementia: International Journal of Aging & Human Development, 67(1): 43-61.
29. Hayflick L. (1996). How and why we age Ballantine Books, New York.
30. Jenson J. & Stephane J. (2000). Care Allowances for the Frail Elderly and their Impact on Women Care Givers. Occasional Papers, Paris.
31. Jorn A.F. (1995). The epidemiology of depressive states on elder: implications for recognition, intervention and prevention. Social psychiatric and psychiatry epidemiology, 30: 53-59.
32. Juran J.M. (1988). Juran of planning for quality, New York.
33. Kastenbaum R. (1982). Ο κύκλος της ζωής: Η Τρίτη Ηλικία, τα χρόνια της ολοκλήρωσης. Εκδόσεις Ψυχογιός, Αθήνα.
34. Kathleen S., Osborn Cherly E., Wraa, Annita B. Waston. (2012). Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.
35. Kidd J, Patel V, Peile E, Carter Y. (2005). Clinical and communication skills BMJ, 330: 374-375.
36. Kyriakidou E., Kotzabassaki S., & Christodoulou I. (2001). Care the Elderly in Greece, A Family Centered Approach. ICUs and Nursing Web Journal, 8: 1-17.
37. Langeard E., Bateson J.E.G. Lovelock C.H. & Eiglier P. (1981). Service marketing: new insights from consumers and managers. Marketing Science Institute, Cambridge.
38. Latwon M.P. (1980). Environmental and Aging. Monterrey, California.
39. LeVois M, Mguyen TD, AHkisson CC. (1981). Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. Evaluation and Program Planning, 4: 139-150.
40. Litwin H. (2001). Social Network Type and Morale in Old Age. The Gerontologist, 41(4), 516-524.
41. Marry Ann Hogan. (2012). Νοσηλευτική ψυχικής υγείας: ανασκοπήσεις και αιτιολογήσεις. Επιμέλεια: Μαρία Καρανικόλα Εκδόσεις: Πασχαλίδης, Αθήνα.
42. Mattar M.R. (1977). Nursing Homes and Social Development. The Egyptian Boom, Cairo.
43. Maxwell R.J. (1992). Dimensions of quality revisited: from thought to action. Quality Health Care, 1: 171-177.
44. Miller C.A. (2009). Nursing for wellness in older adults: theory and practice Ed 5 Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

45. Nies M. (2011). Νοσηλευτική δημόσιας υγείας. Εκδόσεις Λαγός Δ., Αθήνα.
46. Parasuraman A., Zeithaml V.A., & Berry L.L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*.
47. Pascoe G.C. (1983). Patient satisfaction review and analysis. *Evolution and Program planning*, 6: 185-210.
48. Raftopoulos V. (2005). A grounded theory for patients' satisfaction with quality of hospital care. *ICU Nursing Web Journal*.
49. Rastam L., Selander S. & Troein M. (1992). Communication in care. A structural Framework, *The European Journal of Public Health* 2(2): 123-127.
50. Rowe J.M., Kahn R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4): 433-440.
51. Sally J. Redfern, Fiona M. Ross. (2011). Νοσηλευτική φροντίδα ηλικιωμένων. Broken Hill Publishers LTD, Nicosia Cyprus.
52. Shadili A. (2001). Psychological Agreement of the Elderly. Library University, Egypt.
53. Sissouras A., Ketsetzopoulou M., Bouzas N., Fagadaki E., Papaliou O., Fakoura A. (2002). Providing integrated health and social care for older persons in Greece National Centre for Social Research. EKKE.
54. Stanhope M., & Lancaster J. (2016). Κοινωνική Νοσηλευτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης ΕΠΕ, Αθήνα.
55. Sullivan M.D. (1997). Maintaining good morale in old age, 167: 276-284.
56. Teutsh C. (2003). Patient – doctor communication. *Med Clin North Am*, 87: 1115-1145.
57. Von Heideken Wagert P. Ronnmark B., Rosendahl E., Olsson L.L., Gustavsson J., Nygren B., Lundman B., Norberg A., & Gustafson Y. (2005). Morale in the oldest old: the Umea 85st study. *Age and Ageing*, 34: 249-255.
58. Vuori H. (1999). Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3): 106-108.
59. Wenger G.C., Davies R. (1995). Shahtahmaseli. Morale in old age: Refining the model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10: 933-943.
60. Wuthrich – Schneider E. (2000). Patientenzufriedenheit – Wie messen? *Schweizerische Arztezeitung*, 81(21): 1116-1119.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξιάς Γ., & Φλάμου Α. (2007). Αξιολόγηση της κοινωνικής και ψυχοσυναισθηματικής υποστήριξης των ηλικιωμένων με προβλήματα υγείας, κοινωνική απομόνωση και αποκλεισμού. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1): 37-42.
2. Αλετράς Β.Ο., Μπασσιούρη Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ.Μ., & Νιάκας Δ.Α. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 26(1): 79-89.
3. Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ., Νιάκας Δ. (2007). Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής Ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 24(1): 89-96.
4. Αμηρά Α., Γεωργιάδης Ε., & Τεπερόγλου Α. (1986). Ο θεσμός της ανοικτής προστασίας των ηλικιωμένων στην Ελλάδα. *Εθνικό κέντρο κοινωνικών ερευνών*, Αθήνα.
5. Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα υγείας. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1): 62-68.
6. Βακαλιός Θ. (1984). Ποιότητα ζωής: προβληματισμοί – κατευθύνσεις, Αθήνα.
7. Βεργιάδη Α., Γεωργιάς Ν. (1987). Παρουσίαση δουλείας στο ΚΑΠΗ. *Κοινωνική εργασία*, Αθήνα, 5: 43.
8. Γαλάνης Π. (2013). Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 30(1): 97-110.
9. Γεωργιάδου Α. (2006). Α΄ ΚΑΠΗ, Δήμος Θεσσαλονίκης.
10. Γεωργούλη Ι., Κονδύλη Δ., Χάνδανος Γ., Χατζηβαρνάβα Ε. (1996). Αλληλεγγύη ανάμεσα στις γενιές: σχέσεις μεταξύ ηλικιωμένων και νεότερων μελών της κοινωνίας. Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.
11. Γκιζέλη Γ., Καντατζόγλου Ρ. (1984). Παράδοση και νεωτερικότητα στις πολιτικές δραστηριότητες της ελληνικής οικογένειας: Μεταβαλλόμενα σχήματα. Εκδόσεις Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.
12. Γούναρης Σ. (2012). Μάρκετινγκ υπηρεσιών. Εκδόσεις: Rosili. Αθήνα.
13. Γούλα Α., Σαρρής Μ., Πιερράκος Γ., Σπυροπούλου Ν., Βουρλιώτου Ν., & Νικολαδός Ι. (2017). Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(1): 49-57.
14. Δαρδαβέσης Θ. (1999). Εισαγωγικά στοιχεία γηριατρικής και γεροντολογίας. Εκδόσεις ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
15. Καλαϊτζή Β. (2004). Οδηγός φροντίδας Ηλικιωμένων Γονιών. Εκδόσεις Mendor, Αθήνα.
16. Καλογεροπούλου Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5): 667-673.
17. Καραγιωργας Σ., Γεωργακόπουλος Θ., Καραντινός Δ., Λοιζίδης Γ., Μπούζας Ν., Υφαντόπουλος Γ., Χρυσάκης Μ. (1990). Διαστάσεις της φτώχειας στην Ελλάδα, Αθήνα.
18. Κατάκη Χάρης Δ. (1984). Οι τρεις ταυτότητες της ελληνικής οικογένειας, *Ψυχοκοινωνικές διεργασίες*. Εκδόσεις Κέδρος, Αθήνα.
19. Κατσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4): 398-408.
20. Κοτζαμάνης Β., Μαρούτσου Λ., Τεπερόγλου Α., Τζωρτζινόπουλου Α. (1998). Γήρανση και κοινωνία. Εκδόσεις Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

21. Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α. (1999). Γήρας και υγεία στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
22. Κωσταρίδου – Ευκλείδη Α. (1999). Η ανάπτυξη στην Ελληνική ζωή και το γήρας στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
23. Μαλγαρινού Μ., Γουλία Ε. (2016). Η Νοσηλευτική κοντά στον Υπερήλικα. Εκδόσεις Ταβιθά, Αθήνα.
24. Μαλικιώση – Λοϊζου Μ. (1996). Διαγενεακές σχέσεις: Πραγματικότητες και Αρχές Επικοινωνίας και Αλληλεγγύης. Εκδόσεις ΕΚΚΕ, Αθήνα.
25. Μουσούρου Λουκία Μ. (1984). Η Ελληνική οικογένεια. Εκδόσεις Ίδρυμα Γουλανδρή – Χορν, Αθήνα.
26. Μπαλάσκα Δ., & Μπιτσώρη Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική.
27. Μωυσιάδης Γ. (2002). Τρίτη ηλικία. Προβλήματα και αντιμετώπιση τους. Εκδόσεις: Μυγδαλία. Θεσσαλονίκη.
28. Μωυσίδης Α., Ανθοπούλου Θ., Ντύκεν Μ.Ν. (2002). Κέντρο κοινωνικής μορφολογίας και κοινωνικής πολιτικής. Εκδόσεις ΚΕ. Κ. ΜΟ. ΚΟ. Π., Αθήνα.
29. Μωυσίδης Α. (1998). Κοινωνικός μετασχηματισμός και όψεις κοινωνικού αποκλεισμού στον αγροτικό χώρο: το πρόβλημα των ηλικιωμένων, στο Κέντρο κοινωνικής Μορφολογίας και Κοινωνικής Πολιτικής. Εκδόσεις ΚΕ.Κ.ΜΟ.ΚΟ.Π., Αθήνα.
30. Οικονόμου Μ., Κοκκώση Μ., Τριαντάφυλλου Ε., Χριστοδούλου Γ. (2001). Η ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία, εννοιολογικές προσεγγίσεις, κλινικές εφαρμογές και αξιολόγηση. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18(3): 239-253.
31. Οικονόμου Ν.Α., Τούντας Γ., & Νιάκας Δ. (2007). Ελληνικές μελέτες οικονομικής αξιολόγησης και αποδοτικότητας στην υγεία. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1): 48-57.
32. Πανέρα Ε. (1999). Κοινωνική υποστήριξη ηλικιωμένων στα θέματα γηροψυχολογίας και γεροντολογίας. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
33. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ. & Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1): 73-82.
34. Παπαλιού Ο., Φαγαδάκη Ε. (2002). Ολοκληρωμένη φροντίδα για τους ηλικιωμένους. Το κοινωνικό πορτραίτο της Ελλάδας. Εκδόσεις: ΕΚΚΕ. Αθήνα.
35. Παπάνης Ε. (2007). Ελληνική κοινωνική έρευνα, Πανεπιστήμιο Αιγαίου.
36. Πλάτη Χ. (2008). Γεροντολογική νοσηλευτική. Εκδόσεις: Ίδιωτική Έκδοση. Αθήνα.
37. Πουλοπούλου – Έμκε Η. (1999). Έλληνες ηλικιωμένοι πολίτες. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
38. Ραφτόπουλος Β., & Θεοδωροπούλου Ε. (2001). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική, 40(1): 8-23.
39. Ραφτόπουλος Β. (2009). Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στον χώρο της φροντίδας υγείας, Λευκωσία.
40. Σπυροπούλου Ε. (2004). Η εμπειρία της Γήρανσης: Αναζητώντας τα <<καλά Γεράματα>>. Μεταπτυχιακή εργασία, Θεσσαλονίκη.
41. Σταθόπουλος Π. (1999). Κοινωνική Πρόνοια. Μια γενική θεώρηση, Αθήνα.
42. Τεπέρογλου Α., Κίνια Ε. Παπακώστα Μ., & Τζωρτζοπούλου Μ. (1990). Αξιολόγηση της προσφοράς των ΚΑΠΗ, Αθήνα.
43. Τσιώλη Ζ. (1996). Ιδιαιτερότητες προσαρμογής του γήρατος στην σημερινή κοινωνία από ανθρωπολογική άποψη. Εκδόσεις Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα.

44. Τσολάκη Μ., & Καζής Α. (2005). Άνοια, Ιατρική και Κοινωνική πρόκληση. Θεσσαλονίκη.
45. Χατζηαντωνίου Ι. (2000). Η ψυχοκινητική, ψυχολογική και ψυχοπαθολογική εικόνα του γήρατος. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης. Η Τρίτη ηλικία. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ. Αθήνα.
46. Χουσιάδας Π.Β. (2000). Ψυχολογική προετοιμασία για την προσαρμογή στην Τρίτη ηλικία. Στο Γ.Ν. Χριστοδούλου, Β.Π. Κονταξάκης. Η Τρίτη ηλικία. Εκδόσεις: ΒΗΤΑ. Αθήνα.

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

1. Gerontology.gr (Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρία), προσπελάστηκε 07/08/2018.

ΑΔΕΙΕΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πάτρα, 7 Μαρτίου 2018

Προς: 1. Διοίκηση 1ου Κ.Α.Π.Η Δήμου Αγρινίου
2. Διοίκηση 2ου Κ.Α.Π.Η Δήμου Αγρινίου

Θέμα: Αίτηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ. Διευθυντά,

Η φοιτήτρια Τσίγλα Σοφία του προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής, στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εισπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα « Διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σε ΚΑΠΗ ».

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον υπογραφών πανεπιστημιακό υπότροφο του ΤΕΙ Πατρών Κ. Ηγουμενίδη Μιχαήλ.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται σε ηλικιωμένους που επισκέπτονται τα κέντρα ανοιχτής προστασίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (την ίδια την φοιτήτρια) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της φοιτήτριας είναι: 6984429698 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: sofiatsihla@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Ηγουμενίδης Μιχαήλ

Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Τμήμα Νοσηλευτικής,

ΤΕΙ Πάτρας



Τσίγλα Σοφία

Φοιτήτρια

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πάτρα, 7 Μαρτίου 2018

Προς: 1. Διοίκηση 1ου Κ.Α.Π.Η Δήμου Πατρέων
2. Διοίκηση 2ου Κ.Α.Π.Η Δήμου Πατρέων

Θέμα: Αίτηση αδείας διεξαγωγής έρευνας

Αξιότιμε κ. Διευθυντά,

Η φοιτήτρια Τσίτλια Σοφία του προπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του τμήματος νοσηλευτικής, στο πλαίσιο των συμβατικών της ακαδημαϊκών υποχρεώσεων έχει αναλάβει την εκπόνηση ερευνητικής εργασίας με θέμα «Διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σε ΚΑΠΗ».

Η επίβλεψη της ανωτέρω εργασίας, γίνεται από τον υπογραφών πανεπιστημιακό υπότροφο του ΤΕΙ Πατρών Κ. Ηγουμενίδη Μιχαήλ.

Η συγκεκριμένη έρευνα θα διεξαχθεί μέσω δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο απευθύνεται σε ηλικιωμένους που επισκέπτονται τα κέντρα ανοιχτής προστασίας. Η λήψη των δεδομένων θα γίνει από ανεξάρτητο ερευνητή (την ίδια την φοιτήτρια) και απαιτείται ολιγόλεπτη συμμετοχή τους.

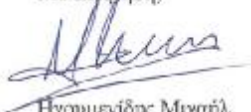
Δεσμευόμαστε, ότι με την ολοκλήρωση της εργασίας, θα σας καταθέσουμε ανάτυπο αυτής, ώστε να το αξιοποιήσετε όπως κρίνετε.

Ευελπιστούμε ότι λόγω του ιδιαίτερου ενδιαφέροντος του θέματος, θα έχουμε την άδειά σας για τη διεξαγωγή της έρευνας.

Τα τηλέφωνα επικοινωνίας της φοιτήτριας είναι: 6984429698 και η ηλεκτρονική της διεύθυνση: sofiatsihla@gmail.com

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συνεργασία.

Με εκτίμηση,



Ηγουμενίδης Μιχαήλ

Πανεπιστημιακός Υπότροφος

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΤΕΙ Πάτρας



Τσίγλα Σοφία

Φοιτήτρια

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ
Ν.Π.Δ.Α ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΤΥΧΗΣ
(ΚΟΙ.Π.Α.)
ΔΗΜΟΥ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΚΑΠΗ ΑΓΡΙΝΙΟΥ

Αγρίνιο 21-03-2018

ΠΡΟΣ: ΤΕΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Δ/ΝΣΗ: Αγίου Ιωάννη Βραχωρήτη
Τ.Κ: 30100
ΤΗΛ: 26410/29319
ΠΛΗΡ: Ανδρίτσου Αλεξάνδρα

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

Το 1^ο Κ.Α.Π.Η του Δήμου Αγρινίου αποδέχεται την διεξαγωγή έρευνας της σπουδάστριας Τσίχλας Σοφίας του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας στα πλαίσια της πτυχιακής της εργασίας με θέμα: Διερεύνηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων σε Κ.Α.Π.Η.

Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

Ανδρίτσου Αλεξάνδρα





**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΑΧΑΪΑΣ
ΝΠΔΔ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ
ΔΗΜΟΥ ΠΑΤΡΕΩΝ**

Τμ. ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

Διευθ: Γούναρη 76 Ταχ.Κωδ: 26224

Πληρ: Γ. Κολοκυθάς

Τηλ: 2610-339638 Fax: 2610-339638

Email: gjkolokithas@yahoo.gr

Πάτρα 10/8/2018

Προς
Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ
Δυτικής Ελλάδας
Υπόψη κου Ηγουμενίδη Μιχ.

ΘΕΜΑ : Απάντηση σ' αίτημα διεξαγωγής έρευνας

Σε απάντηση του αιτήματός σας για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης πτυχιακής εργασίας από την προπτυχιακή φοιτήτρια Νοσηλευτικής κα Τσίχλα Σοφία, σας ενημερώνουμε ότι μπορεί να διεξαχθεί η συγκεκριμένη έρευνα στα μέλη των ΚΑΠΗ του Τμήματος Τρίτης Ηλικίας του Κοινωνικού Οργανισμού του Δήμου Πατρέων .
Ευχόμενοι καλή επιτυχία στην προσπάθειά σας, είμαστε στη διάθεσή σας για κάθε παραπέρα διευκόλυνση .

Ο Προϊστάμενος Τμ. Τρίτης Ηλικίας
Γεωργός Κολοκυθάς
Γεωργός Κολοκυθάς
MSc Κοινωνικός Λειτουργός



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

02 Έχεις μελετήσει ποιοι είναι οι γείτες γύρω σου;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Απόλαυσα χάρηκα να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
03 Έχεις μελετήσει κανένα να τρώει σταμάτας για διάφορα θέματα;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Απόλαυσα να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
04 Μπορείς να γίνεις το μεγαλύτερο κολυμβητή στην κατηγορία σου;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Απόλαυσα να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:				
01 Κατάλαξες ποιος δεν ήξερε τίποτα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
02 Έχεις μελετήσει ποια είναι η ζωή σου τώρα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
03 Έχεις μελετήσει σε ποια ομάδα είσαι τώρα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
04 Δεν ήξευρες ποιος ήταν ο πατέρας σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Ήξερα από το παιδί μου	Είχαμε μια όμορφη σχέση
05 Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
06 Έχεις ποια να είναι η ζωή σου τώρα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
07 Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Δεν νομίζω	Ήξερα από το παιδί μου	Είχαμε μια όμορφη σχέση

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΜΠΕΔΩΤΗΘΕ ΒΥΛΟΣ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Είχα πραγματοποιήσει φάση στο Τμήμα Ηλεκτρονικής της Τ.Ε.Ι. Δυτικής Ελλάδας. Το ερωτηματολόγιο που έλαβα στο είδος σας είναι μέρος της προεργασίας μου σχετικά από την επίβλεψη του Κ. Ηλεκτρονικής Μηθός. Περιλαμβάνει συνολικά 36 ερωτήσεις.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Παρακαλώ απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα, χωρίς να παραλείψετε κανένα υποερωτηματολόγιο από την απάντηση που ναζήσατε ότι σας παρακάω καλύτερα.

Σε κάθε ερώτηση είναι δοσμένοι μόνο μία απάντηση.

Πρακτικά, θα έπρεπε να ήξερα τις σωστές και πρόσθετες ενδείξεις σας, και όχι σωστές που είχατε στα παραδείξω.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΦΑ ΚΡΑΤΗΣΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΙΩΣ ΑΠΟΡΡΗΚΤΕΣ.

Η συμμετοχή σας είναι καθαρά εθελουθική και οι απαντήσεις φρονικά στείλω της έρωτας θα μπορέσει να απαντήσει τη συμμετοχή σας.

Εάν δεσμευτείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή θεωρητική, μη δεσμευτείτε να με ενημερώσει.

Σας ευχαριστώ πολύ για την συνεργασία.

Τοίχο Σοφία

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο: Άρσος ΜΗΑ

2. Οικονομικά κατάσταση: Έπρωτος Άρσος

3. Έργω σελίδα: ΑΔ ΟΔ

4. Στοιχ μελέτη έρωτ: ΑΔ ΟΔ

5. Έργω σελίδα: ΑΔ ΟΔ

6. Στοιχ σελίδα έρωτ: ΑΔ ΟΔ

7. Στοιχ σου το ποσοστό σου σελίδα: ΑΔ ΟΔ

8. Τέρω ΚΑΤΩ: ΑΔ ΟΔ

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

01-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
02-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
03-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
04-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
05-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
06-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
07-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

01-Έχεις μελετήσει ποιοι είναι οι γείτες γύρω σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
02-Έχεις μελετήσει κανένα να τρώει σταμάτας για διάφορα θέματα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
03-Έχεις μελετήσει ποια είναι η ζωή σου τώρα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
04-Έχεις μελετήσει σε ποια ομάδα είσαι τώρα;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
05-Έχεις μελετήσει ποιος ήταν ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
06-Έχεις μελετήσει ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ
07-Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Καθόλου	Όχι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ

ΤΟΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΚΑΙΡΟ:

01 Έχεις μελετήσει ποιοι είναι οι γείτες γύρω σου;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
02 Δεν μελέτησες κανένα να τρώει σταμάτας για διάφορα θέματα;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
03 Έχεις μελετήσει ποια είναι η ζωή σου τώρα;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
04 Δεν ήξευρες ποιος ήταν ο πατέρας σου;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
05 Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
06 Έχεις ποια να είναι η ζωή σου τώρα;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ
07 Μπορείς να πεις ποιος είναι ο πατέρας σου;	Παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Το ίδιο σου συνέβη	Μάλλον παραδέχομαι να 'τα σκεφτώ	Είναι καλύτερα από τίποτ